Las adicciones en el trabajo y su impacto en el bienestar de la empresa

Las adicciones en el trabajo y su impacto en el bienestar de la empresa

José Guadalupe Salazar Estrada

FEJAL
FE EN JALISCO
Fundación Social del Empresariado Jalisciense
GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD
CECAJ
Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco

Primera edición, 2012

D.R. © 2012, Fundación Social del Empresariado Jalisciense
Rubén Darío 1313 int. 4
Col. Providencia
44630 Guadalajara, Jalisco
(33)3817-0020
info@fejal.org

ISBN: 978-607-9147-50-1

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Contenido

Agradecimientos 11

Introducción 13

1. Las adicciones y el impacto en el bienestar 17

2. Cultura corporativa, salud y bienestar en la empresa 23

3. ¿Qué son las adicciones? 29
   Droga 32
   Sustancias psicoactivas en relación con lo social-legal 33
   Clasificación de las drogas que producen dependencia 34
   Criterios para el diagnóstico 36
   Dependencia 38
      Dependencia psicológica 40
   Tolerancia 46
   Alcohol 48
      Farmacología clínica del alcohol 51
   Tabaco 53
      El tabaquismo en México 54
      Tabaquismo en adultos 54
      Tabaquismo en adolescentes y adultos jóvenes 55
      Mortalidad relacionada con el consumo de tabaco 55
   Otras drogas o sustancias 57
      Uso ilícito de sustancias controladas 57
      Sedantes e hipnóticos 57
      Opioides 58
      Cannabinoides 58
      Cocaína (clorhidrato y crack*)* 59
      Anfetaminas 59
      Éxtasis 60

Solventes volátiles 61
Alucinógenos 61

4. Consumo de sustancias en población general 63
Consumo a escala mundial 63
Alcohol en el ámbito internacional 64
Tabaco a escala internacional 66
Cocaína 68
Heroína 69
Los estimulantes de tipo anfetamínico 70
Cannabis 71
Consumo a escala nacional 71
Tabaco 71
Alcohol 72
Otras drogas 74
Consumo local 76
Tabaco 76
Alcohol 76
Otras drogas 77
Situación en el estado de Jalisco 78

5. Consumo de sustancias en el ámbito laboral 81
Prevalencia de uso y abuso en el consumo de sustancias en el trabajo 83
Situación en México 90
Situación en Jalisco 92
Consecuencias derivadas del consumo de sustancias 92
Factores de riesgo en el consumo de sustancias 95
¿Qué hacer? 97

6. Calidad de vida en el trabajador 103
Calidad de vida laboral 108
Factores intervinientes en el concepto de calidad de vida 112
Una visión afectivo – emocional 114
Satisfacción laboral 116
Promoción de la salud ocupacional 118

7. Intervención para prevenir el consumo de drogas y promover
el bienestar de las empresas 123
¿Cuáles son los niveles de intervención? 125
Intervención en un primer nivel 126
Intervención en un segundo nivel 128
Intervención en un tercer nivel 129

8. Diagnóstico de las adicciones y el bienestar en los trabajadores de la Zona Metropolitana de Guadalajara 133
Objetivos. 133
Tipo de estudio 134
Variables 134
Tablas de resultados 137
Figuras 185
Principales hallazgos 193
Descripción de los datos sociodemográficos 193
Satisfacción general en el trabajo. 194
Hábitos en el consumo de tabaco 195
Hábitos en el consumo de alcohol 196
Hábitos en el consumo de drogas 197
Experiencia en el uso de drogas 198
Satisfacción en el trabajo en consumidores de sustancias 199
Uso de drogas médicas 199
Uso de drogas ilegales 200
Consumo de tabaco, alcohol, drogas médicas y drogas ilegales 202
Variables de calidad de vida en consumidores de sustancias 204
Satisfacción en el trabajo por variables de calidad de vida en consumidores de sustancias 205

Referencias 209

Sobre el autor 215

Agradecimientos

Todo empezó en 2009, cuando Claudia Marín llegó a las instalaciones de la institución en la que me he desempeñado como profesor investigador durante los últimos 34 años; llevaba bajo el brazo una propuesta de trabajo interinstitucional a iniciativa de la Fundación Social del Empresariado Jalisciense (Fejal), más llena de buenos deseos que de un proyecto definido, pero con su energía, visión, empeño, gestión y esfuerzo ha hecho posible el paso de esos buenos deseos a proyectos y a logros. Estaré eternamente agradecido con Claudia Marín, Fejal y sus empresarios que directa e indirectamente me dieron esta oportunidad.

El presente libro no hubiera sido posible sin el apoyo y el financiamiento del Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco (CECAJ), a través de su titular Joel Salvador Chávez Rivera, quien nunca tuvo dudas de la importancia que tiene la investigación en la comprensión del problema del consumo de sustancias adictivas, como una herramienta fundamental en su incansable labor de implementar proyectos sociales no lucrativos en contra de las adicciones en sectores de alto riesgo y en beneficio de la población jalisciense.

Desde el principio, mi ambición ha sido tener un perfil o mapa del consumo de sustancias adictivas y su relación con el bienestar personal, en general con la calidad de vida de los trabajadores, con el propósito de identificar áreas de oportunidad en bien del trabajador y de las empresas del estado de Jalisco. Tengo la suerte de que colegas, amigos y contactos tuvieron la amabilidad de darme su opinión. Conté, por supuesto, con el apoyo constante de mis autoridades universitarias, de mis compañeros de Cuerpo Académico, de Fejal y de CECAJ, a quienes encarecidamente quiero reconocerles su respaldo.

Si cada apartado del libro tuviera un reconocimiento y agradecimiento personal, no sería suficiente el espacio para agradecer su participación; sin embargo —y con el temor de omitir algunos nombres— es oportuno agradecer y dar crédito a José Emmanuel Flores, quien inicio conmigo el trabajo de diseño del instru-

mento, capacitación, supervisión, captura de la información y de la redacción de los capítulos 3, 4 y 5. Fueron meses de arduo trabajo: gracias, Manu.

Un reconocimiento especial a quienes han sido los principales críticos de todo trabajo que emprendemos. Me refiero a Eva Zúñiga, Andrea Araiza, Astrid Euadne Rodríguez, Gerardo Rodríguez y Diana Magaña, quienes fueron los responsables de la capacitación y supervisión del trabajo de campo para este libro, pero además, por su constante e incondicional apoyo. Son un excelente equipo de trabajo y a todos ustedes les agradezco.

También quiero agradecer a todas las personas que ayudaron a concertar entrevistas y a realizar el trabajo de campo, caminar por manzanas, calles, tocar puertas y lograr el propósito de obtener información a: Alejandro Pérez, Andrea Montaño, Anell Álvarez, Carolina Cruz, Julio Estévez, Jorge Flores, Karen Montaño, Lorena Cruz, Luz Trejo, Marian Torres, Mario Silva, Minerva Ascencio, Nalleli Robles, Nohemí Espinoza, Vanessa Gaeta, Víctor A. Abarca, Yadira I. Guzmán, Andrea V. Villanueva, Irma Y. Alonso, Blanca E. Romero, Viridiana Velázquez, Claudia Y. Chávez, Leticia Zamora, María C. Ochoa, Carolina Muñoz, Mitzel Vallejo, Nalleli Sánchez, José L. Cuevas, Abner Sánchez, Yazmin García, Sara Pando, Patricia Ayala, Ana maría Navarro, Tania L. García, Saúl E. Macías, Janet S. González, Vianey Rivera, Adriana Garibay, María M. Santana, Brianda García, Paulina González, Sofía Torres, Joanna B. Cacho, Katya Ramírez, Sergio D. Núñez, Christian Hernández, Adriana M. Quintero, Laura Mercado, Yonatan Casillas, Rosa M. Uribe, Alejandra J. Solís, Ramón H. Martínez, Carla E. Aguilar, Maribel Bautista, Juan C. Luna, Javier Velázquez, Johana Gonzalez, Brenda Lorena, Fernando Gonzalez, Gustavo Reyes, Lucy S. estrada, Maritza Bravo, María D. Cabello, Estrella C. De México, Anabel Ochoa, Sofía Esqueda, Helena Ayala, Athzari J. Gutiérrez, Jessica L. James, Dulce K. Ruiz, Blanca E. Romero, Ángela J. Bautista, José G. Olazava, Abril Rodríguez. Así mismo, gracias a todo el trabajador "anónimo" que confió en nosotros, aportando la información solicitada.

Agradezco a Eduardo Medina Becerra, quien ha sido —en más de alguna ocasión— un gran apoyo. La elaboración de tablas, la edición de la mayor parte del texto y las referencias se deben a la disponibilidad total y profesionalismo que lo caracteriza. Las omisiones son de mi entera responsabilidad.

A ti, Fátima Parra, que te diste el tiempo para leer y comentar los primeros borradores del libro.

Por último —y lo más importante—, mi familia. Deseo agradecer a mi esposa Norma Silvia a mis hijos Daniela Elizabeth y José Fernando, por el tiempo que les quité. La única justificación que les ofrecí fue "tengo mucho trabajo" y a cambio recibí paciencia y amor.

Introducción

Uno de los mayores problemas de salud pública en los países industrializados es el consumo de drogas, cuyo incremento en las últimas décadas ha sido significativo a pesar de todas las campañas realizadas por el los estados y en particular por las comunidades. En un inicio se suponía que el consumo de drogas correspondía propiamente a los grupos marginados; actualmente sabemos que es un error pensar eso, ya que el consumo de drogas afecta a una gran parte de la población laboral activa como reflejo del consumo de drogas en la población general, lo que ocasiona graves consecuencias laborales: aumento de absentismo, conflictividad interna en las empresas y accidentabilidad elevada, entre las más importantes (sin contar con otros problemas más difíciles de cuantificar: La disminución de la producción, la baja calidad del producto, el daño moral a la empresa, etcétera).

Mucho se ha hablado sobre las causas de la adicción a drogas en los trabajadores, como un fenómeno multicausal, pero entre las diversas causas que condicionan el consumo de sustancias adictivas (nombre que daremos en este libro al consumo de tabaco, alcohol, drogas médicas y drogas ilegales) también se pueden considerar algunos aspectos psicosociales del trabajo (situaciones de estrés constante, altas demandas de tarea, condiciones organizacionales desfavorables, etcétera). El riesgo en una empresa que cuenta con trabajadores que de forma habitual consumen drogas, es que en algún momento pueden representar un riesgo para sí mismos o para terceras personas (compañeros, accidentes en el traslado, etcétera), según el nivel de responsabilidad o las tareas asignadas, además de los costos elevados que representan para la empresa en daños a equipos, accidentes de trabajo, incapacidades, rotación, y otros que, al cuantificarlos, demuestran perdidas millonarias para las empresas. Las consecuencias del consumo de drogas en los trabajadores pueden generar responsabilidades personales (para el propio consumidor), sociales (problemas de seguridad, delitos asociados al narcotráfico, etcétera) y laborales (accidentabilidad, absentismo, etcétera). En ocasiones se pueden producir daños a otras personas (daños a terceros), derivados unas veces

de accidentes ocasionados por un consumidor con estado psicofísico alterado, sin intencionalidad, o actos delictivos cometidos con intención de conseguir dinero para el consumo (robos, violencia, inseguridad, etcétera).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), desde hace ya casi dos décadas, ha reconocido los problemas que suponen el consumo de drogas y alcohol en cuanto problema de seguridad laboral y elevado coste para la producción, ya que suele tener como consecuencia absentismo, enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo (1998). La misma OIT estimó que las lesiones que las lesiones relacionadas con drogas y alcohol suponían entre un 15% y un 30% del total de los accidentes relacionados con el trabajo.

La repercusión en el consumo de sustancias adictivas en el medio laboral es muy importante, ya que afecta negativamente la productividad y ocasiona importante perjuicios a la organización en general por la presencia de absentismos, desajustes laborales, incapacidades laborales, rotación de personal, reducción del rendimiento laboral y mala calidad del trabajo. Los trabajadores que consumen algún tipo de sustancia adictiva presentan un absentismo laboral de dos a tres veces mayor que el resto de trabajadores. Las bajas por enfermedad de estos trabajadores dependientes del alcohol u otra droga tienen un costo tres veces mayor que las del resto de los empleados, a la vez que esas mismas personas perciben también incapacidades por una cantidad cinco veces mayor que el resto de sus compañeros. Entre el 20% y 25% de los accidentes laborales ocurren con trabajadores que se encuentran bajo los efectos del alcohol u otras drogas, y que se causan lesiones a ellos mismos o a otros. La accidentabilidad laboral es tres veces superior en trabajadores con adicción a drogas y alcohol, un tercio de los accidentes laborales mortales está relacionado con el consumo de sustancias, la tasa de accidentes se duplica o triplica en estos trabajadores de la misma manera con las bajas laborales y el absentismo (Ochoa y Madoz, 2008). No es, pues, de extrañar que en todo el mundo se esté registrando un creciente interés por la aplicación de los programas de prevención, y concretamente los que están vinculados al lugar de trabajo.

En esencia, el presente libro informa los resultados obtenidos en una investigación realizada entre 2011 y 2012, en trabajadores de la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG), México, donde se describe la distribución porcentual del consumo de sustancias adictivas en el ámbito laboral y su relación con el bienestar que perciben los propios trabajadores de su contexto laboral. Con antelación a esto se presentan cinco capítulos que enmarcan los resultados, con el propósito de tener un marco de referencia, para el análisis y la interpretación de los resultados. En el primer capítulo se plantea el impacto de la relación del trabajo con el consumo de sustancias adictivas, como conexión directa del daño a la salud y el bienestar.

El segundo capítulo examina la relación existente entre la cultura organizacional y el bienestar dentro de un ámbito de trabajadores con dificultades para entender, enfrentar y resolver lo relacionado con la salud emocional, entre ellas el consumo de sustancias adictivas. En el tercer capítulo se define el consumo de sustancias adictivas como un problema de salud pública, y se establece la clasificación y sus consecuencias en los diversos ámbitos de la vida cotidiana. El cuarto capítulo hace una revisión de la presencia de consumo de sustancias adictivas a escalas internacional, nacional y local, sobre la base de los datos registrados e informes de investigación. El quinto capítulo hace referencia a la gravedad del consumo de sustancias adictivas en el ámbito laboral, su impacto y sus consecuencias, los efectos nocivos del consumo, la seguridad profesional y la productividad en trabajadores que laboran bajo la influencia de distintas sustancias psicoactivas. El impacto en las empresas, la familia y la sociedad en general, en términos de pérdida de ingresos, estrés, baja productividad, conflictos familiares etc. En el sexto capítulo se discute cómo la relación del trabajador con la organización, los instrumentos de trabajo, recursos, los medios, las actividades laborales, va sufriendo constantemente cambios, sujetos al desarrollo de la tecnología y a la economía de mercado, que deja en el olvido formas de trabajo y de organización en que el interés se centraba en la generación de empleos y donde la actividad laboral tenía una parte importante en la vida y su repercusión en la calidad de vida del trabajador. En el séptimo capítulo se plantean los diferentes niveles de atención e intervención en el ámbito de la salud ocupacional y en concreto en el consumo de sustancias adictivas, así como las formas de intervenir para interrumpir los vínculos entre el trabajo y el consumo de sustancias adictivas. En el último capítulo se presenta el diagnóstico de las adicciones y el bienestar en los trabajadores de la ZMG, cuál fue su metodología, las variables y el procedimiento para la obtención de resultados que pueden ser referidos al resto de la población activa (trabajadora) de la ZMG. Los resultados se presentan en forma de tablas con frecuencias y porcentajes, que dan la posibilidad de hacer diversos análisis e interpretación de acuerdo con los objetivos planteados y desde la perspectiva de cada lector.

En conclusión, el libro se enmarca en un ámbito laboral, especialmente sensible a las consecuencias del consumo de drogas y la dimensión de los riesgos con el consumo, considerando que las empresas son lugares para realizar actuaciones preventivas como una necesidad; el medio laboral constituye un entorno propicio para la prevención y el control del consumo de drogas y para lograr ser una empresa con bienestar. Un lugar de trabajo sin drogas protege la salud y la seguridad, mejora niveles de productividad, incrementa la satisfacción y el bienestar en el

trabajador, y contribuye con una sociedad cada más productiva, satisfecha y, en general, una mejor calidad de vida.

1. Las adicciones y el impacto en el bienestar

El impacto potencial del consumo de sustancias adictivas con el trabajo y el bienestar de los trabajadores ha sido claramente establecido en la investigación a escala mundial desde hace más de 50 años, junto con la noción de que los individuos y las organizaciones comparten la responsabilidad de optimizar el bienestar personal y social. Para lograr esta optimización es esencial examinar la gama de factores que pueden contribuir en lo personal en la salud física y el bienestar psicológico y determinar la influencia en el área de productividad en una empresa, sobre todo la identificación de factores perjudiciales para el trabajador individual y saber cuál es la contribución positiva para la salud y el bienestar.

Existen riesgos y factores relacionados con el aspecto del consumo de sustancias adictivas y el bienestar del trabajador. Estos términos se refieren a que unos individuos están más expuestos que otros. El concepto de riesgo se deriva de la literatura sobre los riesgos y gestión de riesgos y factores estresantes; el término está más estrechamente alineada con los modelos teóricos de la tensión y las formas de gestión (incluido el afrontamiento); por el momento, son funcionalmente equivalentes y usualmente se utiliza el término de estresores para describir los estímulos que tienen potencial para generar consecuencias negativas para los individuos.

Las diversas investigaciones se centran en seis factores (principalmente) relacionados con los aspectos específicos de empleo y de organización y su relación con el consumo de sustancias adictivas:

- Las características intrínsecas del propio puesto de trabajo.
- La función de la(s) persona(s) en la organización.
- Sus relaciones con otras personas en el trabajo.
- Las perspectivas de carrera o perspectivas al futuro.

- Los factores de organización, incluida la estructura, la cultura y el clima de la organización.
- La interfase de inicio en el trabajo.

Cooper et al. presentan una tipología que ha sido proporcionada por Johnson y sus colegas (Johnson et al., 2005), quienes agregaron nuevas categorías a la lista anterior: la seguridad en el empleo, la remuneración y las prestaciones, y los recursos y la comunicación. Las primeras cinco categorías de incorporar los riesgos en el lugar de trabajo, que el sexto refleja el desenlace entre las experiencias en el trabajo y aquellos fuera del trabajo. Algunos factores de estrés son predominantemente de naturaleza física (por ejemplo, la temperatura del ambiente de trabajo) y otros se refieren principalmente a la seguridad física (por ejemplo, el diseño de equipos). Para el consumo de sustancias adictivas se enumeran más aquellos factores relacionados con la seguridad del empleo, la remuneración, los factores culturales y los de autoestima y seguridad personal.

Pero no podemos dejar a un lado aspectos que están relacionados con el bienestar personal y lo relativo al propio trabajo como: las demandas de trabajo, horas de trabajo y relación con superiores o patrones, así como aquellos factores externos al trabajo como son: conflicto de apoyo y familia, cambios de roles y conductas antisociales: Es importante tener en cuenta que los factores de estrés relacionados con el consumo de sustancias adictivas no operan en forma aislada unos de otros, y que sus efectos interactivos sobre la salud y el bienestar pueden ser acumulativos. Por ejemplo, Wellens y Smith (2006) observaron que la exposición a una combinación de factores de estrés físico y presión de tiempo estaba vinculada con mayores niveles de cortisol salivar y la presión sanguínea, así como al incremento en el consumo de alcohol y tabaco. Sin embargo, la exposición a un factor de estrés individual también puede ser perjudicial para el bienestar, especialmente si ese factor de estrés es intenso o muy pronunciado.

Un caso específico donde se identifica esta relación es en los trabajadores de la salud; las demandas intelectuales y tareas complejas eran consideradas como estresores cognitivos, por su relación directa con la emergencia, la muerte o tareas demasiado exigentes a las que se enfrenta el trabajador de la salud, lo que lo lleva a un mayor consumo de sustancias adictivas como producto de una perdida de "control" personal, de una búsqueda de "relajantes" o de "elementos evasivos". Por lo tanto, definir un factor provocador de consumo adictivo en particular como menoscabo del estado emocional cognitivo o físico no siempre puede ser posible.

Entre los factores relacionados con el consumo de sustancias adictivas y el empleo está la percepción del trabajador o del propio individuo de que no pue-

de satisfacer las demandas laborales, personales y familiares y, en consecuencia, siente la incapacidad de dominar la situación. Frente a este tipo de factores es probable dar positivo en lugar de dar negativo en la adicción a una sustancia, y en consecuencia a un deterioro del bienestar personal. Otro factor importante es que el individuo percibe el trabajo y las condiciones del trabajo (salario, horario, exigencias, demandas y otros) como una "amenaza" para su estabilidad personal, familiar y social, por un lado, y, por otro, siente que no puede ser capaz de controlar esas demandas o exigencias laborales. Los factores primarios de demandas de trabajo y volumen de trabajo son vistos como estresantes; constituye un desafío para unos, pero para otros es cuestión de una ambigüedad y conflicto interpersonal sumado a que las políticas de la empresa son elementos estresores que obstaculizan en lugar de favorecer el desarrollo de bienestar personal. A partir de un metaanálisis de diversas investigaciones relacionadas con el consumo de sustancias adictivas en los trabajadores, se concluye que los factores estresantes laborales son positivamente un desafío para la organización en cuanto a la búsqueda de motivadores relacionados con el rendimiento laboral y su no relación con el consumo de sustancias adictivas.

Investigar el impacto de la relación del trabajo con el consumo de sustancias adictivas, en relación directa con el daño a la salud y el bienestar, no es tarea fácil; el presente libro intenta dar a conocer un estado "real" de la situación de los trabajadores en la zona metropolitana de Guadalajara, con características similares a cualquier otra gran ciudad, y su consumo de sustancias adictivas relacionado con aspectos de satisfacción laboral o con un estado general de bienestar. No hay pruebas sólidas de que las demandas excesivas de trabajo sean perjudiciales, en términos de resultados personales u organizacionales. Por supuesto, las exigencias del trabajo puede adoptar diversas formas, entre ellas las exigencias físicas, cognitivas y emocionales, y se ha demostrado que estos tres tipos de demanda influyen en el bienestar y en el consumo de drogas (legales e ilegales). El pensamiento inicial fue que la relación entre demandas de trabajo y bienestar (o estrés) está relacionada con el tipo de trabajo y las condiciones laborales; es decir, que los niveles de demanda muy baja y muy alta serían perjudiciales y llevaría al trabajador a un exceso de consumo de algún tipo de droga, mientras que un "moderado" nivel de las demandas de trabajo lo haría en realidad aumentar el bienestar y el desempeño laboral; sin embargo, en este trabajo intentamos identificar esta relación como una primera fotografía y no como una respuesta contundente que apoye una asociación lineal entre estas variables.

La importancia que tiene la prevención hace posible evitar los enormes gastos directos e indirectos que el consumo de sustancias adictivas puede provocar.

Aunque es muy difícil estimar el costo por el abuso de drogas en una empresa, en una revisión de investigaciones por D. Otero (2011) y en guías para la mejora de la gestión preventiva se plantean los siguientes costos:

1. Costos directos:
   - Costos del programa de prevención y ayuda al empleado (horas de recursos humanos empleados en formación, información y supervisión, coste de pruebas analíticas y tratamiento adecuado de las muestras, costos de laboratorio).
2. Costos indirectos:
   - Costos de atención sanitaria por enfermedad o accidente.
   - Costos de incapacidad temporal u otro tipo de incapacidad (absentismo).
   - Costos de rotación de puestos o contratación por sustitución de bajas.
   - Costos por caída de la productividad.
   - Costos producidos cuando la imagen de la empresa ha sufrido perjuicio.
   - Costos por supervisión del trabajo de operarios que no rinden en su puesto.
   - Costos por daños a equipos o productos.
   - Costos por responsabilidad legal.
   - Costos por baja moral en la empresa y aumento de la conflictividad interna.
   - Costos por malas decisiones tomadas por abuso de drogas (incidentes, mala calidad del producto).
   - Los costos del abuso de drogas también incluirían a otros miembros del grupo familiar del adicto que no son consumidores (son más generadores de bajas laborales que el resto de los trabajadores).

Desde esta perspectiva, la propuesta de la creación de grupos de bienestar a través del programa de Empresa de Bienestar, Libre de Adicciones (EMBIENLA), propuesta iniciada por la Fundación Social del Empresariado Jalisciense (FEJAL), como una alternativa o modelo de intervención donde el propio trabajador logre tener mejores condiciones de control y apoyo social en relación con las demandas de trabajo y con el bienestar personal, y que esto se vea reflejado en variables de rendimiento y en la prevención del consumo de sustancias adictivas.

Numerosos estudios han puesto de manifiesto que las demandas cuantitativas y cualitativas son indicadores importantes de la salud y el bienestar; sin embargo, poco se ha relacionado con el consumo de sustancias adictivas de una manera directa, la relación ha sido como uno de los factores que influyen en que un

trabajador atienda o evite el consumo. Por ejemplo, la presión del tiempo (para completar las tareas) se relacionó con altos niveles de tensión, la ansiedad y la depresión. El trabajo repetitivo y la falta de trabajo se asociaron con la experiencia de la monotonía, que está vinculada con la satisfacción laboral reducida y mayor angustia, pero también con el consumo de drogas. Estudios más recientes han confirmado la influencia de las exigencias del trabajo (cuantitativas y cualitativas) sobre el bienestar de variables relacionadas. Por ejemplo, Mikkelsen, Ogaard y Landsbergis (2005) demostraron directas asociaciones positivas entre las exigencias cuantitativas, exigencias emocionales, y el riesgo, con las demandas de quejas subjetivas de salud (tanto física como psicológica).

Por desgracia, solo tenemos un conocimiento muy rudimentario del tiempo necesario para diversos trabajos que se requiere para ejercer un impacto considerable en la salud y el bienestar; la investigación actual solo nos sugiere plantear algunas asociaciones o relaciones multifactoriales, los estudios longitudinales nos llevarían en cierta medida a hacer frente a este crucial planteamiento de identificar relaciones más directas y a la implementación de programas de intervención que beneficien la salud del trabajador, su bienestar y, por ende, los niveles de productividad en su ámbito laboral.

Uno de los aspectos que el presente libro pone de manifiesto es el reconocimiento de que los límites entre los roles de trabajo y no trabajo son permanentes y que el rendimiento de trabajo está influido por casa / demandas de la familia (y viceversa), lo que pone en la discusión de los expertos en el área los antecedentes comunes, moderadores y consecuencias del conflicto trabajo-familia. Las consecuencias del conflicto trabajo-familia se pueden desarrollar en tres grupos principales:

1. Relacionadas con el trabajo, los resultados (como la satisfacción laboral, el compromiso, el absentismo y el desempeño del trabajo).
2. No relacionadas con el trabajo (incluidos los resultados de pareja, familiares y satisfacción con la vida y el ocio).
3. Los resultados relacionados con el estrés (como psicológico, tensión, salud física, depresión, agotamiento y abuso de sustancias adictivas).

La investigación ha demostrado que la experiencia de los altos niveles de conflicto trabajo-familia pueden influir negativamente en las actitudes de los trabajadores en su puesto de trabajo. La incapacidad para desarrollarse de manera óptima en el trabajo o en el hogar, por las demandas de la familia, puede directamente reducir la satisfacción del trabajador y repercutir en el desempeño laboral. El nulo o poco reconocimiento al trabajador por su desempeño laboral está influenciado por las exigen-

cias familiares con altos niveles de conflicto trabajo/familia. Este último punto pone de manifiesto que las organizaciones que apoyan activamente a sus empleados que experimentan una experiencia crítica de la vida (como el nacimiento de un niño, o una enfermedad de un familiar /personal, consumo de drogas en lo personal o de un familiar) tienden a fomentar mayores niveles de satisfacción y compromiso dentro de sus trabajadores y, por ende, mejores niveles de productividad.

El consumo de sustancias adictivas se relaciona fuertemente con los comportamientos antisociales en el trabajo, tales como violencia laboral, acoso, intimidación y conflictos en la relación con superiores (supervisores, gerentes, empleadores), y estos a la vez tienen un impacto en el bienestar personal y en la propia empresa o centro de trabajo. Si bien estas experiencias son de implicaciones individuales que generan angustia en los trabajadores afectados, o en los colegas, también se tiene un impacto en la familia y en el desempeño organizacional.

Los informes recientes han observado un marcado aumento en la cantidad de violencia y agresión experimentado por los trabajadores. El crecimiento del empleo en las empresas (por ejemplo, comercio, turismo, hotelería, salud, educación y trabajo social), que se caracteriza por las frecuentes interacciones con el cliente, representa una parte significativa de aumento de la violencia en el trabajo. Se estima que un promedio de veinte empleados estadounidenses son asesinados y 18,000 trabajadores son asaltados cada semana en el trabajo. Neuman y Baron (1998) describieron tres factores para que se presente la agresión en el lugar de trabajo:

I. Expresión de hostilidad (burla de un compañero de trabajo, difusión de rumores y agresión sexual verbal).
II. Obstruccionismo (hacer intencionalmente caso omiso de las llamadas telefónicas o correos electrónicos y evidenciar errores de un compañero de trabajo, saboteando su trabajo, y llegar tarde a sus reuniones).
III. Agresión manifiesta (agresiones físicas y emocionales, robo o destrucción de una propiedad privada personal, destrucción de herramientas o equipo de trabajo).

Lo antes mencionado es solo una "ventana" de lo que se da en el interior de cualquier organización / empresa, y en su mayor parte está relacionado con trabajadores que tienen o han tenido un problema en el consumo de cualquier sustancia adictiva. La relación es multifactorial; sin embargo, diversos estudios reflejan la importancia de esta relación, las consecuencias y repercusiones que se tiene en el desempeño laboral, con graves daños económicos directos e indirectos para el trabajador y la misma empresa.

2. Cultura corporativa, salud y bienestar en la empresa

En este capítulo se examina la relación existente entre la cultura organizacional y el bienestar dentro de un ámbito de trabajadores con dificultades para entender, enfrentar y resolver lo relacionado con la salud emocional, en particular el consumo de sustancias adictivas. Se pueden destacar cuatro grandes áreas de interés para el bienestar en las empresas:

1. En materia de seguridad, salud y bienestar. El trabajo, en términos amplios, puede tener consecuencias negativas para los individuos (enfermedades físico-emocionales, consumo de sustancias o insatisfacción en general), y organizaciones (absentismo, poco compromiso con la empresa y, en consecuencia, baja productividad).
2. Los empleados que utilizan largas horas en relación con el trabajo (transporte, distancia y horas laborales) están en mayor riesgo de fatiga, somnolencia, problemas de salud, problemas del corazón, los malos hábitos en el estilo de vida (tabaquismo, alcoholismo, mala alimentación y falta de ejercicio), presión arterial alta y dolores de cabeza crónicos.
3. Algunas investigaciones indican que altos niveles de control están relacionados con la disminución de la ansiedad, la depresión y los trastornos psicosomáticos de salud y, en consecuencia, el consumo de sustancias tóxicas y el aumento de la satisfacción de vida y el desempeño laboral. La relación directa positivamente con la productividad no se ha demostrado, se parte del hecho de que un trabajador con mayor compromiso, mayor satisfacción y bienestar tendría mejoras en los niveles de productividad.
4. No se debe dejar a un lado la evidencia de que un estilo gerencial negativo, falto de comunicación efectiva y retroalimentación entre trabajador y niveles supervisores o directivos influye negativamente en el bienestar del empleado.

> Se ha encontrado en diversos estudios que los comportamientos gerenciales, tales como la intimidación de los empleados, resultan en mala salud, síntomas de estrés, síntomas psicosomáticos músculo-esqueléticos, ansiedad y depresión. Y estos, a la vez, están relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias.

Si bien los gerentes, directivos y administradores de toda empresa, por lo general, hacen todo lo posible para planear y dirigir de manera racional, con toda la intención de mejorar los niveles de productividad y de cumplir con el objetivo para el cual fue contratado o considera que debe cubrir. La realidad suele ser diferente: las convicciones personales, los hábitos, las emociones, los conflictos, los valores y los modelos mentales aprendidos superan las buenas intenciones y propósitos y sobresalen en la toma de decisiones y el comportamiento real de las personas y las organizaciones. Además, en forma general y amplia, la salud del trabajador, el bienestar, el compromiso, la motivación, la productividad y la creatividad de las personas en el trabajo están influidos por los valores y la cultura organizacional.

Existen valores que no se discuten, y en muchas ocasiones algunos valores son más importantes que los valores esenciales de la vida humana. Las empresas tienen que ganar dinero, si lo dejan de hacer mueren o son absorbidas, lo que hace que sea un valor por encima de aspectos individuales, de valores corporativos, de sustentabilidad social, cuidado ambiental, etcétera. Las empresas dan sentido a su existencia, mejorando así su posición en la sociedad como un valor cultural que rebasa el cuidado de la salud de los trabajadores y las mejoras en condiciones y calidad de vida de todos los que interactúan directa o indirectamente en una empresa.

Se dice que la cultura de una organización comprende los valores (a menudo tácitos); las normas, las actitudes, los mitos y las visiones de la realidad son parte fundamental en el comportamiento de cualquier empresa en sus valores, su estructura y los sistemas como principales determinantes de la identidad de cada empresa u organización, lo que pasa a ser un bien social y comunitario de gran impacto con la vida cotidiana de una sociedad. El cultivo de una organización determina "cómo hacemos las cosas aquí". A menudo, el conocimiento de la cultura sigue siendo en parte inconsciente o subconsciente. La cultura es generalmente transferida a los nuevos miembros del grupo u organización través de procesos de socialización implícitos. Schein (2002) aclaró que no siempre son capas diferentes en una cultura, y distingue tres niveles, que están íntimamente relacionados: supuestos básicos, valores propugnados centrales y objetos (incluidos los aspectos de la conducta). Los supuestos básicos no pueden ser observados directamente

o percibidos, sino son el núcleo de la cultura de una organización. Valores defendidos que la organización y su alta dirección proclaman como importantes. Por último, los objetos son fenómenos co-determinados por la cultura corporativa, que pueden ser fácilmente observados o medidos, pero no es tan fácil aclarar el enlace con las dos capas subyacentes de cultura como elemento estático que se puede medir fácilmente, sino más bien un conjunto de patrones que pueden ser identificados y entendidos. La cultura organizacional está fuertemente influida por el estilo de liderazgo; muchos directivos son conscientes de que el trabajo y los negocios no son un fin en sí mismo, sino medios para realizar algo significativo, más cerca de un concepto de liderazgo de servicio donde el trabajo y los negocios determinan una cultura corporativa vinculada con la ética empresarial y la responsabilidad social. Se entiende esta como la incorporación de preocupaciones sociales y medioambientales en operaciones comerciales, en la relación con sus colaboradores (en lugar de subordinados o trabajadores), en la "apuesta" al factor humano, en sus relaciones con las partes interesadas, todo a través de valores humanos / ecológicos y de gestión de la prevención y atención a la salud de todos los integrantes de una empresa dentro y fuera (comunidad, familias, etcétera) de la misma empresa.

La salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1948). La definición de la OMS expresa claramente que la salud y el bienestar son interdependientes y están estrechamente relacionados. Sin embargo, por lo general el concepto de salud está asociado con la profesión médica, a su vez centrada en la curación y la prevención de enfermedades, y en prestar atención a los grupos en riesgo de contraer enfermedades, a menudo con énfasis en la salud física. El concepto de bienestar se asocia sobre todo con aspectos ambientales y sociales de la salud, y con la gestión de los recursos humanos.

El concepto de salud también se utiliza para referirse a la "salud" de las organizaciones: la salud organizacional. Sin embargo, hay varias definiciones a este respecto. Una definición de organización saludable derivada de una perspectiva de salud individual está dada por la *empresa para la salud* como una red cuya cultura, la gestión, el clima de trabajo y otras prácticas de negocio crean un ambiente que promueve la salud, la eficacia y el rendimiento de sus empleados.

Desde una perspectiva empresarial, De Geus (1997), tomado de Leka y Houdmont (2010), introdujo el concepto de "sociedad viva" e investigó la mortalidad y la esperanza de vida de las empresas. De esta manera, De Geus ha identificado cuatro características básicas de las empresas sanas: son sensibles a su

entorno (y siempre están aprendiendo a adaptarse), son cohesivos, con un fuerte sentido de la identidad, a la par que son tolerantes con las actividades en el margen y descentralizan iniciativas, experiencias, y son conservadoras en el financiamiento. Obviamente, esto es relevante para los valores de la organización: las creencias fundamentales que guían y motivan las actitudes y acciones.

Tradicionalmente se ha visto la salud en una empresa o la salud ocupacional como la reducción y control de riesgos, partiendo de que la mala salud es un problema individual con una relación multicausal y de gasto o costos muy altos para la empresa, por lo que se busca la intervención y responsabilidad del Estado (sector salud, seguro social, etcétera); la promoción de la salud pocas veces se realiza en las empresas, donde se atiende la enfermedad para el pronto retorno al trabajo, pero la salud debería ser un recurso e inversión importante como capital humano y social de cualquier empresa.

Además de la prevención de riesgo en el trabajo, la promoción de la salud ha de considerarse como uno de los objetivos en toda planeación organizacional (manteniendo la capacidad de trabajo y la empleabilidad) aumentando su productividad, llegando a considerar que el trabajo no es una amenaza para la salud sino una condición favorable a la salud. La perspectiva de los recursos en materia de salud hace hincapié en que la salud está relacionada con trabajadores más satisfechos, menos propensos a tener conflictos con el consumo de sustancias adictivas, y con un mejor funcionamiento individual, familiar y social. Todo esto significa la "apuesta" al factor humano, en donde la empresa puede valorarse de acuerdo con su capital humano. Cada vez más, este enfoque es seguido por la atención a la creación de valor añadido, principalmente para la empresa, su gente y la sociedad en general.

Existen muchas teorías o modelos de salud que hacen hincapié en la importancia de los factores socio-culturales y ambientales para determinar la relación entre la salud y el bienestar, así como con las conductas adictivas. Ejemplos de ello son los modelos sociales de aprendizaje (Bandura, 1986), los ecológicos (Stokhols et aI., 1996), los modelos cognitivo conductuales como la teoría del comportamiento planificado (Ajzen y Fishbein, 1975). El ambiente social se reconoce como un factor co-determinante de la salud psicosocial, por ejemplo, en el trabajo, y su relación con el modelo de estrés (Karasek y Theorell, 1990), el trabajo de las demandas de trabajo como modelo de recursos (Demerouti et al., 2001). Los factores sociales, generalmente reconocidos, como importantes para la salud psicosocial, incluyen el apoyo social (Thoits, 1995) y la recompensa (Siegrist, 1998). Peterson y Wilson (2002) presentan un modelo de cultura-trabajo-salud para aclarar que tanto lo individual como lo organizacional de la salud están muy influidos por la cultura de la organización.

Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el trabajo es aspecto central en el bienestar de los trabajadores. Además de proporcionar un ingreso económico, el trabajo puede facilitar el camino para el progreso social y económico, el fortalecimiento de los individuos, sus familias y comunidades. Pero para poder lograr esto realmente es necesario tener un trabajo digno para que se realicen las aspiraciones de las personas en su vida laboral, por lo que generar una cultura preventiva de seguridad y salud es fundamental para este aspecto.

Para que una empresa tenga colaboradores sanos y vitales deben trabajar seguros, saludables y las condiciones estimulantes para estas compañías son los principales requisitos para la productividad, la flexibilidad, la continuidad y la innovación, como clave para sobrevivir como empresa. Desde una perspectiva empresarial, la salud es un activo que tiene valor añadido en términos de innovación y desarrollo, además de reducir diversos costos derivados de la enfermedad, como son incapacidades, gastos médicos, absentismo y baja productividad.

El abordaje del bienestar, el consumo de tabaco, alcohol y drogas por trabajadores, al igual que el tratamiento de enfermedades crónicas, ha recaído tradicionalmente sobre los gobiernos nacionales y, en menor medida, en las organizaciones no gubernamentales. Pero hasta ahora no ha habido mucha conciencia entre los empleados y los empleadores. Afortunadamente, la búsqueda de estrategias para mejorar el bienestar de los trabajadores y el interés por mejorar los climas organizacionales están adquiriendo una importancia y una mayor atención en la agenda de los diferentes sectores productivos (cámaras, empleadores, sindicatos); como ejemplo está lo realizado por la Fundación Social de Empresariado Jalisciense (FEJAL), en coordinación con el Instituto Tecnológico de Estudios de Occidente (ITESO), la Universidad de Guadalajara (UdeG) y el Consejo Estatal contra las Adicciones (CECAJ), con una estrategia autogestiva orientada hacia el bienestar de los trabajadores en su ámbito de trabajo y la prevención del consumo de sustancias adictivas, con consecuencias favorables en el bienestar de las personas y de la propia empresa.

Tener condiciones de trabajo saludables derivadas de una cultura corporativa tiene dimensiones éticas con un paradigma de responsabilidad individual que identifica sus condiciones y modos de vida sanos y no sanos, y por otro lado la responsabilidad solidaria de la sociedad. Una cultura corporativa con colaboradores saludables es la asociación no solo con una contribución fundamental a la salud de los empleados, sino que también gobiernan el éxito económico de una empresa. Porque solo una fuerza de trabajo altamente motivada y sana hace que las empresas puedan sobrevivir frente a la competencia a largo plazo: los colabo-

radores (empleados) son la clave potencial para el desarrollo de productos y servicios innovadores, desempeñan un papel decisivo en la satisfacción del cliente.

Las empresas deberán estar convencidas de la fuerte necesidad de desarrollar estrategias para ser una organización saludable: una organización cuya cultura, gestión, clima laboral y otras prácticas de negocio creen un entorno que promueva la salud, la eficacia y el rendimiento de sus empleados. Las organizaciones sanas son financieramente exitosas y tienen la fuerza de trabajo saludable. Las organizaciones sanas son capaces de equilibrar los objetivos económicos de rendimiento con la salud de los empleados y la meta de bienestar, y se puede adaptar dentro del contexto de una mente de continua evolución del entorno económico y social.

Los desafíos de una empresa saludable y libre de adicciones no son tarea fácil, son desafíos alrededor de los cambios tecnológicos, de las exigencias económicas, de la diversidad, de la flexibilidad laboral, de la gestión del conocimiento, del aprendizaje permanente y de la promoción de un estilo de vida saludable. Una cultura organizacional hacia la salud y el bienestar de la persona requiere mejorar flujos de trabajo y condiciones ambientales; es necesario creatividad con respecto a las mejoras en el producto y el servicio. Se pide un cambio de cultura, de valores, haciendo una "apuesta" al factor humano, donde el valor agregado sea a través de una mejor planificación de los procesos como resultado de menores tasas de enfermedad (física y mental), de reducir la rotación de personal, de la reducción de tiempos de desarrollo en los procesos, productos y servicios, disminuir la probabilidad de fallos y errores; en consecuencia, el diseño de un entorno sano de trabajo es una tarea fundamental de la gestión para ese cambio de cultura, donde, por ejemplo, los supervisores, sobre todo, asumen una posición clave y ejemplar, tienen una influencia crucial en la percepción por sus empleados del estrés, del bienestar y de modos de vida saludables.

3. ¿Qué son las adicciones?

A lo largo del tiempo, el término *adicción* ha conocido muchas modificaciones, y ha estado sujeto a imprecisiones y a errores de conceptualización. La confusión se debe en parte a una discusión arcaica entre si algunas drogas son física o psicológicamente adictivas. La distinción ha girado históricamente en torno a si los síntomas de la abstinencia física se producen o no cuando una persona deja de tomar una droga, lo que en el ámbito especializado ahora se llama "dependencia física" (Leshner, 1997).

Leshner es muy contundente cuando dice que la adicción es una enfermedad cerebral [...] y afirma que la investigación científica ha revelado muchas diferencias entre el cerebro de un individuo que sufre de adicción y el de una persona no adicta, al mismo tiempo que ha indicado elementos comunes de la adicción, con independencia de la sustancia (Leshner, 1997).

El término adicción está definido como *el hábito de quien se deja dominar por el uso de alguna o algunas drogas tóxicas, o por la afición desmedida a ciertos juegos*. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que *adicción* es un concepto que actualmente se ha sustituido por el término técnico *dependencia de una sustancia* o *síndrome de dependencia.* En el núcleo de este concepto está la noción de que se disminuye o incluso se pierde el control y la voluntad que tiene el usuario sobre el uso de la droga. El usuario ya no opta por consumirla simplemente por los beneficios aparentes; el uso se ha hecho habitual, y las ansias de volver a usarla significan que siente que el hábito ya no está bajo su control. Por consiguiente, la dependencia del usuario es la causa del uso ulterior, a pesar de las consecuencias adversas que pudieron haber impedido seguir utilizando las sustancias a otros que no son dependientes [...] Además, es importante tener en mente que la dependencia no es el único mecanismo que asocia potencialmente el uso de sustancias con los daños sociales y a la salud (OMS, 2005).

A efectos de la Norma Oficial Mexicana, se entiende por adicción o dependencia el conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrolla luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva.

La adicción ha sido considerada una enfermedad cerebral, idea no exenta de problemas y detractores. En el caso de que la adicción fuera una enfermedad cerebral, sería una enfermedad muy particular, ya que, al no ser un proceso degenerativo ni inflamatorio, como el mayor número de las enfermedades cerebrales, sin duda el cerebro de un adicto es diferente al cerebro de un no adicto. El conocimiento de las bases neurobiológicas de un no adicto debería permitir un mejor abordaje clínico y terapéutico; sin embargo, el enorme incremento de la investigación no siempre ha estado a disposición de los clínicos.

Hasta hace unos años, tolerancia y síndrome de abstinencia fundamentaban el diagnóstico de dependencia y la gravedad del consumo de sustancias adictivas. Sin embargo, la abstinencia es pasajera y tiene tratamientos efectivos, y la tolerancia es un fenómeno reversible (Pérez y Orellana, 2007). Por lo demás, hay sustancias que no tienen un claro síndrome de abstinencia, o bien es muy ligero y pasa más o menos inadvertido; en cambio, producen una intensa adicción, como la cocaína y la nicotina. Por el contrario, la compulsión a consumir tiende a permanecer por muchos años y provoca un significativo deterioro en la vida de un sujeto, sin que existan tratamientos completamente efectivos. Esta es genuinamente la adicción, que genera un real problema en los individuos, sus familias y la sociedad.

Las farmacodependencias pueden considerarse como el resultado de la acción de varios factores. En las primeras etapas del uso de sustancias, como consecuencia de curiosidad, presión social, factores sociomercadotécnicos, la ubicuidad de la exposición, características de la personalidad y otros factores similares, el sujeto entra en contacto con una droga con efectos adictivos. Las propiedades de reforzamiento de la droga, junto con la composición biológica del individuo y los antecedentes del entorno, pueden contribuir a la exposición ulterior a la droga. Las propiedades de aprendizaje por asociación relacionadas con la liberación de dopamina en el núcleo *accumbens* también intensifican los efectos de reforzamiento de la droga y del entorno, así como las emociones asociadas con su uso. En esta etapa, el sujeto responde a la droga y a los estímulos relacionados con ella de forma que no difiere de la respuesta motivada normal. Mediante la activación de los centros emocionales y motivacionales del cerebro, se aducen procesos de aprendizaje. Es importante hacer notar en este punto que la exposición a sustancias psicoactivas y el uso de sustancias en la vida cotidiana y a través de los medios de información, particularmente al presentarse en un entorno positivo, pueden producir emociones placenteras. Se puede condicionar fácilmente a un individuo

para que asocie estas emociones con el uso de sustancias, lo que produce aprendizaje, atención enfocada, memoria facilitada y desarrollo de actitudes alrededor del uso de sustancias que guían la motivación. Estos factores interactúan con factores individuales, biológicos, sociales y culturales que determinan si se repetirá o no el uso de una sustancia, y si su uso dará lugar al conjunto de síntomas conocidos como dependencia.

Con la exposición reiterada a drogas existe la asociación de su recompensa y los estímulos relacionados con ellas, paralelos a la estimulación de la transmisión de dopamina en el núcleo *accumbens*, lo que produce la atribución de valores motivacionales a estímulos asociados con drogas. Esta es la etapa de la sensibilización por incentivos. En ella, la persona puede seguir controlando la ingesta de drogas en ausencia de estímulos relacionados con la misma, y no es dependiente, aunque puede experimentar consecuencias sociales y de salud por el uso de la sustancia. Esta misma etapa a veces se llama uso peligroso de sustancia.

La etapa de dependencia está definida clínicamente a partir de cuando menos tres de los siguientes criterios:

- Un deseo intenso o sensación de compulsión de tomar la sustancia.
- Dificultades para controlar el comportamiento de consumo de la sustancia en términos de su inicio, terminación o niveles de uso.
- Un estado fisiológico de abstinencia.
- Evidencias de tolerancia.
- Abandono progresivo de placeres o intereses alternativos.
- Uso persistente a pesar de evidencias claras de consecuencias nocivas.

El ansia y la búsqueda compulsiva de droga son provocadas por la presencia de las mismas o estímulos asociados.

Además, el drogodependiente puede "enriquecer" su dependencia con las siguientes consecuencias relacionadas con ella: a) reacciones antisociales (tales como hurto, agresividad, tráfico ilegal, homicidios prostitución, etcétera.); b) síndrome de déficit de actividad; c) infecciones y disminución de las defensas; d) peligro de sobredosificación; e) riesgo de "escalada" (o el aumento en el consumo de cada vez más drogas distintas); f) riesgo de recaída, y g) efectos tóxicos específicos de cada droga.

Droga

El término *droga*, así como el de *adicción*, es amplio y ambiguo. Se utilizó en la farmacología clásica para designar un medicamento tal como aparece en la naturaleza. Para otros designa un producto que se deriva de algún tipo de manipulación química. En 1969, la OMS, la definió como "toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones". De esta manera, droga viene a ser sinónimo de fármaco, y así continúa utilizándose en la literatura inglesa (*drug*). En 1982, la OMS intentó delimitar cuáles serían las sustancias que producían dependencia y declaró como droga de abuso "aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser auto administrada". Actualmente, y desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo *droga* para definir un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

- Introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias de sus funciones psíquicas.
- Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el placer que generan.
- El cese de su consumo puede dar lugar a un gran malestar somático o psíquico (dependencia física o psicológica).
- No tienen ninguna implicación médica y, si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Por tanto, el término *droga* se aplica a "aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica y física, y que ocasionan, en muchos casos, un grave deterioro psico-orgánico y de conducta social". La nocividad social puede establecerse en tres niveles: el familiar, el laboral y el personal. En la familia produce disputas y graves conflictos de relación, abandono de responsabilidades, disgregación, etc. En lo laboral se traduce en disminución de rendimientos, incremento de la accidentabilidad, absentismo, etc. En lo personal hay deterioro socioeconómico, conductas de vagabundeo, actos delictivos, proselitismo hacia el consumo, etc. En este contexto, diversas sustancias, como la cafeína, la teína y el tabaco, no podrían considerarse drogas. En la última década, los autores anglosajones han reemplazado el término *droga* por el de *sustancia psicoactiva*, justificando dicha sustitución por el hecho de que

muchos productos con capacidad de producir trastorno por abuso o dependencia se dan de forma natural (*cannabis*) o no están fabricados para el consumo humano (pegamento); esta iniciativa se ha seguido también por otros autores en el mundo.

Sustancias psicoactivas en relación con lo social-legal

Las *sustancias psicoactivas* actúan en el cerebro mediante mecanismos que normalmente existen para regular las funciones de estados de ánimo, pensamientos y motivaciones. El uso de estas sustancias se divide en tres categorías, según su estatus socio-legal. En primer lugar, muchas de ellas se utilizan como medicamento. Actualmente, la mayoría de las medicaciones psicoactivas están restringidas al uso por prescripción médica. Una segunda categoría de uso es su estatus ilegal o ilícito. De conformidad con tres convenciones internacionales, la mayoría de los países se han comprometido a considerar como ilegal el comercio y uso no médico de los opiáceos, *cannabis*, alucinógenos, cocaína y muchos otros estimulantes, al igual que los hipnóticos y sedantes. A pesar de tales prohibiciones, el uso ilícito de sustancias psicoactivas está muy difundido en numerosas sociedades, particularmente entre adultos jóvenes, casi siempre con el propósito de disfrutar o beneficiarse de las propiedades psicoactivas de la sustancia. La tercera categoría de uso es el consumo legal o lícito. Por ejemplo, una bebida alcohólica puede ser una fuente de nutrientes, para calentar o refrescar el cuerpo, o para aliviar la sed; puede funcionar también para un propósito simbólico en una ronda de brindis o como sacramento. Sin embargo, sea cual sea su propósito, el uso de la sustancia inevitablemente va acompañado de sus propiedades psicoactivas. Las sustancias psicoactivas legales de uso más común son las siguientes: cafeína y estimulantes similares, comúnmente bebidos en forma de café, té y muchos refrescos; nicotina, que actualmente se consume con mayor frecuencia al fumar cigarrillos y tabaco; y bebidas alcohólicas, que vienen en una amplia variedad, incluyendo cerveza, vino y destilados.

Aunque hay una clara justificación para que exista un estatus legal aparte de la medicación, es más problemático argumentar cómo distinguir entre sustancias que están bajo control internacional y aquellas que no lo están. Las sustancias que se incluyen en las convenciones internacionales reflejan los conocimientos históricos que tiene cada cultura sobre lo que debe considerarse como especialmente peligroso o ajeno. Por ejemplo, algunos psicofarmacólogos o epidemiólogos sostienen en la actualidad que el alcohol es inherentemente tan peligroso o nocivo como las drogas incluidas en las convenciones internacionales. Además, la depen-

dencia de la nicotina en el tabaco se asocia con más muertes y problemas de salud que la existente respecto de cualquier otra sustancia psicoactiva.

Clasificación de las drogas que producen dependencia

Existen muchos criterios para clasificar las drogas capaces de producir dependencia. Una clasificación básica es aquella que se atiene a los efectos psicopatológicos más importantes e inmediatos de las sustancias. Tres son los grupos que se pueden establecer:

1. *Drogas depresoras* (psicolépticos): retrasan la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales; sus representantes más notorios son el alcohol, la heroína, las benzodiacepinas y los disolventes volátiles.
2. *Drogas estimulantes* (psicoanalépticos): excitan la actividad nerviosa e incrementan el ritmo de las funciones corporales; sus representantes fundamentales son la cocaína, las anfetaminas, las drogas de síntesis y el tabaco.
3. *Drogas alucinógenas* (psicodislépticos): las cuales producen un estado de conciencia alterado, distorsionan las cualidades perceptivas de los objetos (intensidad, tono y forma), y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial (alucinaciones); sus representantes más característicos son el acido lisérgico (LSD), el *cannabis* y las drogas de síntesis.

En poco se diferencia esta clasificación de la que la propia OMS, a través de la CIE-10, defiende actualmente. En la CIE-10 se aplica el criterio de sustancias que pueden producir dependencia: *alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes* e *hipnóticos, cocaína,* otros estimulantes (incluyendo la *cafeína*), *alucinógenos, tabaco, disolventes volátiles,* y deja margen para incorporar a la lista a otras sustancias psicotrópicas.

Por su parte, la American Psychiatric Association (APA), en el *Manual diagnóstico de las enfermedades y estadístico de las enfermedades mentales,* en su cuarta edición revisada (DSM-IV-TR), establece como sustancias que pueden producir dependencia: *alcohol, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, cocaína, cannabis, anfetamina, alucinógenos, inhalantes, fenciclidina, nicotina*; también se deja margen para incorporar a la lista otras sustancias psicotrópicas, y para ello prevé una categoría de dependencia a otras sustancias.

Este apartado lo completamos con la clasificación que se da a las drogas desde una perspectiva legal. Las drogas, según esta perspectiva, se agrupan en cuatro bloques:

1. *Drogas institucionalizadas:* son aquellas cuya producción y tráfico (compra-venta) es legal; en nuestro país están dentro de esta categoría el alcohol y el tabaco.
2. *Drogas que son fármacos:* son sustancias que disponen de indicaciones médicas.
3. *Drogas de utilización industrial:* su comercialización es legal, pero su finalidad no es el consumo humano; todos los inhalantes.
4. *Drogas clandestinas:* su producción y tráfico (compra-venta) es ilegal.

Formas de consumo de drogas:

1. *Experimental:* es un consumo fortuito o durante un tiempo muy limitado o en cantidad muy reducida. La droga se puede probar una vez o incluso varias veces, pero ya no se vuelve a consumir. Es un patrón inicial y común a todas las drogodependencias.
2. *Ocasional:* es un consumo intermitente de cantidades, a veces importantes, cuya principal motivación es la integración grupal, a través de mayores niveles de desinhibición personal. También pueden darse propósitos concretos, como el deseo de obtención de un mayor rendimiento deportivo, académico, resistencia física en una actividad lúdica, goce sexual, etcétera.
3. *Habitual:* es un consumo que tiene lugar a diario y presenta un doble propósito. Por un lado, aliviar el malestar psicoorgánico que la persona padece (dependencia psicológica o física) y, por otro, mantener un rendimiento (caso de los consumidores diarios de cocaína).
4. *Compulsivo:* es un consumo muy intenso, que se produce varias veces al día. Existe un trastorno muy importante del comportamiento que da lugar a un sinnúmero de consecuencias sociales (pérdida de trabajo, rupturas afectivas, vagabundeo, actos delictivos, etcétera). El consumidor tiene incapacidad de enfrentarse a los problemas básicos de la vida diaria.

Los consumos habitual y compulsivo también reciben el nombre de consumos sistemáticos. La persona con este tipo de consumo cumple criterios de trastorno por dependencia y, en general, si no encuentran la droga escogida, emplea otras afines. El consumo ocasional puede ser de dos tipos: socio-recreativo y circunstancial-situacional. El consumo socio-recreativo está ligado a una "facilitación del comportamiento social"; el ejemplo más frecuente es la ingesta de alcohol. El consumo circunstancial-situacional es autolimitado y, generalmente, está unido a

deseos de incrementar los rendimientos de tipo deportivo, laboral o sexual; el consumo de cocaína en su etapa inicial se encuentra frecuentemente en este contexto.

Criterios para el diagnóstico

En estos momentos contamos con dos sistemas diagnósticos, casi paralelos. En Europa son más aceptados los de la OMS (CIE-10, 1992), y en Norteamérica los de la APA (DSM-IV-TR, 2000).

El sistema CIE-10 define el síndrome de dependencia como un trastorno que presenta lo siguiente:

- Aspectos comportamentales y características cognitivas.
- Se da máxima prioridad al consumo de la sustancia.
- Hay un deseo (fuerte o insuperable) de administración.
- Las recaídas, después de un periodo de abstinencia, llevan a instaurar más rápidamente este síndrome que en los no dependientes.

Y da las siguientes pautas diagnósticas: si durante algún momento en los doce meses previos, o de un modo continuo, han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

1. Fuerte deseo o sensación de compulsión de tomar la sustancia.
2. Dificultades para controlar la conducta de tomar la sustancia en términos de su inicio, finalización o niveles de uso.
3. Estado de abstinencia fisiológica si se suspende o reduce el uso de la sustancia, evidenciado por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o su uso (o de alguna estrechamente relacionada), con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Evidencias de tolerancia, de forma tal que se requieren dosis mayores de la sustancia psicoactiva para obtener los efectos originalmente producidos en dosis menores.
5. Abandono progresivo de placeres o intereses alternativos debido al uso de la sustancia psicoactiva, invertir cada vez mayor tiempo para obtener o tomar la sustancia, o para recuperarse de sus efectos.
6. Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de haber claras evidencias de consecuencias abiertamente nocivas, como daño hepático por beber en exceso, estados de ánimo depresivos debidos al uso intenso de la sustancia o

limitaciones en el funcionamiento cognitivo relacionadas con la droga. Se deberá hacer lo posible para determinar si el consumidor era consciente, o debía serlo, de la naturaleza y el grado del daño (OMS, 1992).

Por su parte, la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos (1994) en el DSM-IV-TR, hace la siguiente descripción de la dependencia de sustancias psicoactivas. Se trata de un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los apartados siguientes en algún momento de un periodo continuado de doce meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
   a) Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
   b) El efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
   a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (ver criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
   b) Se toma la sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o suprimir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos, o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa administrando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

En ambos sistemas diagnósticos está prevista la codificación evolutiva de la dependencia. Con esta codificación se señala la forma de consumo, continuada o episódica, la situación actual con relación al consumo, en abstinencia o no, y el tipo de tratamiento para mantener la abstinencia. La Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima edición (CIE-10), en concreto, permite especificar el estado del drogodependiente utilizando una 5ª posición en la codificación del trastorno, cuyo dígito hace referencia a siete situaciones.

Por su parte, el DSM-IV-TR proporciona para la codificación evolutiva seis términos modificadores que pueden añadirse al diagnóstico. Estos parámetros evolutivos exigen la desaparición de los criterios de dependencia durante, por lo menos, un mes. A pesar de que hablamos de seis calificaciones, estas se reducen a tres valores numéricos (0, 1, 2), que se expresan en la codificación diagnóstica, al igual que en la CIE-10, en la 5ª posición, por ejemplo: 304,01, significa 304 = *dependencia*, 0 = *de opiáceos* y 1 = *en la actualidad en abstinencia en medio controlado* (por ejemplo, una comunidad terapéutica). En el sistema DSM-IV-TR, además, se indica la conveniencia de especificar la existencia o no de *dependencia fisiológica*, de manera que habría dos grupos de adictos:

- *Con dependencia fisiológica:* los que presentan signos de tolerancia o abstinencia (si se cumple alguno de los puntos 1 o 2 de la lista de criterios diagnósticos).
- *Sin dependencia fisiológica:* los que no presentan signos de tolerancia o abstinencia (no se cumple ninguno de los puntos 1 y 2 de la lista de criterios diagnósticos). Algunos autores siguen considerando al grupo de drogodependientes con dependencia fisiológica como una forma más grave de dependencia.

Dependencia

La dependencia es un trastorno complejo; la manera en que un individuo se hace dependiente de las drogas es probablemente tan compleja como el cerebro mismo. Son claros algunos aspectos del síndrome, aunque queda mucho por conocerse, por ejemplo en lo que se refiere a la avidez y la pérdida de control. No existe una relación lineal entre la cantidad de sustancia empleada y la gravedad de la dependencia; no hay relación única entre el patrón de uso y el inicio de la dependencia, y no existe una relación fija entre la dependencia y la experimentación. En consecuencia, a pesar de nuestros conocimientos sobre aspectos como la vulnerabilidad, los mecanismos de tolerancia, la abstinencia y la avidez, en la actualidad no podemos predecir quién perderá el control por el uso para luego hacerse dependiente.

La dependencia física, que recibe hoy en día la denominación de *neuroadaptación*, es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de cierta droga en el organismo, con lo que se desarrolla un vínculo droga-organismo. Sus dos componentes principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo. No obstante, se debe saber que algunos aspectos de la tolerancia no son de tipo neuroadaptativo.

La tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo son elementos clave que apoyan la idea de que los procesos de neuroadaptación se han iniciado; otro elemento clave es la sensibilización; este es un fenómeno opuesto a la tolerancia, es decir, se trata de la respuesta aumentada a una droga tras una presentación intermitentemente repetida. Los fenómenos de sensibilización persisten mucho tiempo después de que la droga ha sido eliminada del cerebro. Cuando la administración de la droga se suspende bruscamente o se administra una sustancia antagonista, es decir, se rompe el vínculo droga-organismo, se presenta un cuadro denominado síndrome de abstinencia agudo o de retirada *(withdrawal syndrome),* que se caracteriza por manifestaciones más o menos agudas de un conjunto de signos y síntomas físicos y psíquicos de gravedad y perfil variables, según la droga, los cuales ceden con la administración de la droga o con sustitutivos farmacológicos que amortiguan el vacío que se produce en los neurorreceptores. El síndrome que resulta de la retirada de la droga se denomina *abstinencia por supresión,* mientras que el producido por la administración de un antagonista (por ejemplo, naloxona, a un adicto a heroína), se llama *abstinencia precipitada*.

La aparición del síndrome de abstinencia agudo es lo que define la existencia de la dependencia física y no es un elemento indispensable en el diagnóstico de la drogodependencia. La dependencia física es característica de las sustancias depresógenas (alcohol, opiáceos, hipnóticos, sedantes); menos marcada entre las drogas estimulantes (anfetaminas y derivados, cocaína y nicotina) y apenas perceptible en el caso de los alucinógenos. Se difunde la idea de que algunas drogas, como la cocaína, no crean dependencia física, como sucede con los opiáceos (heroína), ya que al suspender su administración no se padecen las manifestaciones de un síndrome de abstinencia agudo como el que se produce al suspender la administración de opiáceos, de donde se deduce erróneamente que el usuario de la cocaína puede interrumpir su consumo sin sufrir ningún tipo de trastorno. Esto es falso desde el punto de vista científico, pues la cocaína en realidad genera un síndrome de abstinencia importante cuando se deja de consumir. Los efectos clínicos del síndrome de abstinencia agudo varían según el tipo de droga (ver tabla 1). En términos generales, se puede decir que los signos y síntomas del síndrome son los contrarios a los que caracterizan el efecto inmediato de la droga, es decir,

son manifestaciones de rebote de los sistemas fisiológicos alterados por ella, si bien el cuadro general suele superar en intensidad al esperado por las modificaciones producidas por la droga. La intensidad del síndrome de abstinencia agudo depende de varios factores: tipo de droga, cantidad, vía de administración, frecuencia de administración, velocidad de absorción y eliminación, existencia de metabolitos activos, etc. Estos factores farmacocinéticos son importantes, pues, si la droga se elimina lentamente, el síndrome de abstinencia se instaura de manera lenta, progresiva y atenuada, mientras que si se elimina rápidamente, los síntomas aparecen antes y de manera más intensa. Finalmente, si se produce un bloqueo de los receptores con un antagonista, mientras se está consumiendo la droga se produce un cese inmediato y brusco de la acción de la sustancia, lo que da lugar a un síndrome de abstinencia agudo con manifestaciones intensas. No se conoce el mecanismo íntimo de la dependencia física; no obstante, todas las teorías sugieren que existe una alteración neurobiológica. Podría deberse a la puesta en marcha de mecanismos enzimáticos (por ejemplo, aumento de la síntesis de determinados neurotransmisores), que estaban controlados por la droga retirada, con la consiguiente hiperactividad de rebote. Cuando la dependencia física se extiende a otros fármacos de la misma familia farmacológica, se habla de dependencia cruzada. Esto significa que cuando aparece un síndrome de abstinencia por supresión de determinada droga, se puede neutralizar con la administración de otra droga del mismo grupo. Para ello es preciso que las drogas que desarrollan dependencia cruzada actúen o interactúen sobre los mismos receptores biológicos. En este hecho se basa el tratamiento con metadona del síndrome de abstinencia por heroína.

La APA destaca que es importante diferenciar el trastorno de dependencia del estado fisiológico de dependencia física de una droga. Esta última situación, como se ha visto, es un estado orgánico que tiene lugar cuando se ha administrado cualquier droga en dosis y tiempo suficiente, de forma que provoque en el organismo una reacción de abstinencia aguda cuando deja de consumirse. La dependencia a sustancias psicoactivas, como trastorno, debe diagnosticarse si la persona comienza a utilizar la droga de forma problemática. Por ejemplo, a un paciente se le prescribe una benzodiacepina para un trastorno de ansiedad, o un opiáceo durante un episodio de dolor; si la dosis, el tiempo de tratamiento o ambos es suficiente, se producirá un estado fisiológico de dependencia física, pero mientras no utilice estas sustancias fuera de la pauta terapéutica, no se podrá realizar un diagnóstico de dependencia. Por tanto, debe tenerse presente que la dependencia no solo está determinada por las propiedades farmacológicas de una droga; a estas se suman otros aspectos que se revisan a continuación.

Dependencia psicológica

La dependencia psicológica es el deseo irresistible de repetir la administración de una droga para: a) obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones) o b) evitar el malestar que se siente con su ausencia. Por tanto, son las actividades de búsqueda de la droga por parte de la persona y la asociación de patrones de consumo morboso las que condicionan la dependencia. Desde la perspectiva del conductismo operante o instrumental, el consumo ocasional o recurrente de drogas puede explicarse como un comportamiento que persiste por sus consecuencias. El refuerzo puede ser definido como cualquier acontecimiento que aumenta la probabilidad de una conducta y da lugar a un condicionamiento respondiente. En este sentido, los efectos inmediatos de las drogas son reforzadores y lo son positivamente porque son un premio o recompensa; es decir, pueden producirse una, varias o todas las siguientes situaciones: vivencia placentera, vivencia de evasión y vivencia de aprobación de los amigos (refuerzo positivo). Por otra parte, con la retirada de la droga, la persona sufre un cuadro clínico muy desagradable y este pasa a ser, también, un elemento reforzador, empero negativo, porque se busca y se consume la droga para suprimir los efectos aversivos debidos a su falta (refuerzo negativo). En ambos casos se responde ingiriendo más droga. Para la instauración de la dependencia se suman los efectos reforzadores positivos y negativos de la sustancia, que abocan directamente a cambios comportamentales en la persona; es decir, a una acción incoercible de búsqueda, obtención y consumo. Estos refuerzos contribuyen al aprendizaje y el mantenimiento de las conductas preparatorias (de acercamiento) y consumatorias. El conocimiento que ya se tiene de la acción de las drogas sobre los circuitos cerebrales de recompensa y sus mecanismos neuroquímicos permite vislumbrar la interconexión de los componentes neurobiológicos y psicobiológicos de estas sustancias. Se entra en un consumo de sustancia psicoactiva por la recompensa (los componentes hedónicos, el placer) y se continúa en dicho consumo con el afán de aumentar dicha recompensa, a lo que se suma el evitar las manifestaciones desagradables que implica su falta.

En la mayoría de las situaciones clínicas es imposible distinguir entre refuerzos positivos y negativos; por ejemplo, el heroinómano, al administrarse su dosis vía endovenosa, experimentará de forma simultánea o secuencial atenuación de los síntomas de abstinencia, sensación de tranquilidad y una cierta euforia. De igual forma, el fumador que enciende el primer cigarrillo del día posiblemente sienta algo más que una compensación de la falta de nicotina. Cuando se emplean drogas de acción breve, como la heroína, la nicotina o el *crack*, el refuerzo ocurre varias veces al día, con lo que se crea un vínculo psicológico más poderoso aún.

Por otra parte, desde la perspectiva del conductismo clásico o pavloviano, todos los implementos (agujas, frascos, botellas, paquete de cigarrillos) y las conductas asociadas (estímulos ambientales: amigos, hora del día, calle, etcétera), así como los estímulos interoceptivos (piloerección, sudoración, taquicardia, inquietud motora, etcétera), se convierten en señales de la posible disponibilidad de droga y, en su presencia, el deseo de experimentar los efectos de ella aumenta, es decir da lugar a un condicionamiento contingente. Este tipo de aprendizaje, al cual antes no se prestaba atención, se considera hoy en día muy involucrado, más que los síntomas del síndrome de abstinencia agudo propiamente dichos, en las recaídas del drogodependiente. De manera que ver a alguien consumir heroína o encender un cigarrillo o recibir una oferta de droga por parte de un amigo son circunstancias que claramente despiertan grandes deseos de consumo, probablemente porque se induzca también un síndrome de abstinencia condicionado. Este aspecto del consumo se tiene muy en cuenta en los enfoques terapéuticos actuales. La dependencia psicológica está sujeta tanto a la capacidad reforzadora de la droga y a los niveles de condicionamiento clásico existentes como a la forma que estos fenómenos se han integrado en la persona y configurado su particular estilo de vida. La dependencia psicológica es una situación compleja, y la intensidad y rapidez con la que se instaura, así como la dificultad para salir de ella una vez establecida, obedecen a un conjunto de factores, entre otros: educativos, sociales, ambientales, motivacionales, antropológicos y, también, biológicos y relacionados con características de la propia droga (propiedades intrínsecas, vía de administración, etcétera). Esta dependencia también se denomina *dependencia conductual*.

Hay dos síndromes de abstinencia que parecen estar relacionados más directamente con la dependencia psicológica:

- *El síndrome de abstinencia tardío,* el cual puede aparecer a los pocos días o semanas de haber abandonado el consumo de la droga, bien después del síndrome de abstinencia agudo o bien, a veces, en su lugar. Las manifestaciones de este síndrome pueden durar meses e incluso años. Se trata de un conjunto de síntomas y signos derivados de una desregulación del sistema neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas (afectividad, pensamiento, percepción, memoria, etcétera). De manera característica, la clínica de ansiedad se reduce con la administración de un placebo cuando el drogodependiente supone que es droga. Este síndrome da lugar a que la persona recuerde cada día a la sustancia de la que ha sido dependiente y se reaviven anhelos pasados, en definitiva con grave riesgo de recaída en su consumo. Por tanto, los

problemas que este síndrome acarrea al drogodependiente y a su terapia de deshabituación son muy importantes.

- *El síndrome de abstinencia condicionado* se caracteriza por la aparición de un conjunto de síntomas típico del síndrome de abstinencia agudo en un drogodependiente que lleva meses o años sin consumir. El cuadro se puede desencadenar cuando la persona vuelve a exponerse a los estímulos ambientales donde tenía lugar su consumo, o cuando los estímulos del entorno en que se encuentra son similares a aquellos. Se trataría de un mecanismo psicológico de condicionamiento o aprendizaje contingente; es decir, la presencia de elementos vinculados al consumo de la droga inician una cadena de anhelos, deseos, necesidades (*craving*) de droga, junto con las manifestaciones psicofisiológicas de su ausencia o retirada, en cuyo origen neurobiológico, no bien determinado, parece implicada la liberación de dopamina en los circuitos cerebrales de recompensa. Este síndrome va seguido de un periodo de gran ansiedad y miedo, pues la persona se ve a sí misma como en el momento inicial de abandono de su dependencia, de manera que estas manifestaciones desagradables, que se presentan sin razón aparente, pueden motivar una recaída. No debe confundirse este síndrome con el trastorno conocido con el nombre de *flashback*.

En definitiva, los conocimientos actuales llevan a la conclusión de que los síntomas y signos que señalan la existencia de dependencia física y psicológica están mucho más interrelacionados de lo que se creía. La dependencia psicológica es tan destructiva como la física, pero resulta más difícil de superar. La dependencia psicológica es la que impulsa al drogodependiente a administrarse de nuevo la droga después de llevar meses o años de abstinencia. La dependencia física que pueda desencadenar una droga no se considera componente imprescindible en el contexto de una drogodependencia; por el contrario, la dependencia psicológica es el fenómeno clave de ella. Por eso, cuando se usa el término *dependencia* sin ningún calificativo en los tratados publicados en los últimos años, se está haciendo referencia al cuadro conductual global, mientras que el empleo de la expresión *dependencia física o fisiológica* implica las modificaciones neurobiológicas que determinan los síntomas del síndrome de abstinencia agudo.

Respecto de la dependencia social, considerado un tercer tipo de dependencia, ella está determinada por la necesidad de consumir la droga como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona una clara señal de identidad personal. El abandono del consumo de la sustancia puede generar en el drogodependiente graves crisis de relación capaces de provocar la reanudación de su consumo con el objeto de restablecer el equilibrio social en el cual se encontraba confortable.

Tabla 1
Clasificación de las drogas según su mecanismo de acción en el SNC

Depresores	*Estimulantes*		*Perturbadoras*
	Mayores	*Menores*	
Opiáceos (heroína, morfina...) *Formas de consumo:* • Dependencia psicológica y física intensa a un ritmo muy acelerado. • Heroína: polvo blanco o marrón para fumar o inyectar. También sublingual, inhalada, etcétera. *Efectos psicológicos:* • Apatía, sedación, paz, euforia, somnolencia. efectos sedantes e hipnóticos mayores con fentanilo. • S. abstinencia (mono) muy potente. *Efectos fisiológicos:* • Analgesia, inhibidor de la tos, respiratorio y del vómito (SNC), miosis. Sequedad de mucosas, sensación de calor y disminución de la temperatura corporal. Disminuciónde tensión arterial. • Alcohol • Tranquilizantes (benzodiacepinas) • Hipnóticos (barbitúricos y no barbitúricos)	**Cocaína** *Formas de consumo:* • Hoja mascada o en infusión. • Pasta de coca (fumada mezclada con tabaco o *cannabis*). • Hidrocioruro de cocaína (polvo) inhalado, también se fuma e inyecta. • Pasta base inhalada o fumada. • *Crack* (se fuma). • Mezclas con heroína. *Efectos psicológicos:* • Euforia, locuacidad, aumento de la sociabilidad, aceleración mental, hiperactividad, aumento del deseo sexual. *Efectos fisiológicos:* • Disminución de la fatiga, reducción del sueño, inhibición del apetito, aumento de la tensión arterial (HTA).	• Nicotina • Xantinas • Inhalantes (acetona, bencinas, etcétera)	**Derivados del cannabis** *Formas de consumo:* • Planta con cuya resina, hojas y flores se elaboran diversas sustancias, como hachís y marihuana, que son las drogas ilegales más usadas. *Efectos psicológicos:* • Relajación, desinhibición, hilaridad, sensación de ralentización del tiempo, somnolencia, alteraciones sensoriales, dificultad en el ejercicio de funciones complejas. *Efectos fisiológicos:* • Aumento del apetito, ojos brillantes y enrojecidos, taquicardia, sudoración, somnolencia, descoordinación de movimientos.

Depresores	*Estimulantes*		
	Mayores	*Menores*	*Perturbadoras*
	Anfetaminas *Formas de consumo:* En pastillas o comprimidos -suelen ser un componente de otras drogas (drogas de diseño). Efectos psicológicos: -Agitación, euforia, sensación de autoestima aumentada, verborrea, alerta y vigilancia, agresividad. Efectos fisiológicos: -Falta de apetito, taquicardia, sequedad de boca, sudoración, aumento de presión arterial, contracción mandibular.		**Alucinógenos (lsd)** **Drogas de síntesis** *Formas de consumo:* • En pastillas (éxtasis, eva...), gammahidroxibutirato (GBH) o éxtasis líquido, es depresor SNC. *Efectos psicológicos:* • Sociabilidad, empatía, euforia, desinhibición, sensación de aumento de autoestima, irritabilidad, deseo sexual aumentado, agobio. *Efectos fisiológicos:* • Taquicardia, arritmia, HTA, sudoración, temblores, contracción mandibular, hipertermia, deshidratación.

Fuente: Tomado de D. C.Otero, *Medicina y seguridad del trabajo* (2011).

Tolerancia

La tolerancia a las drogas es una manifestación más acentuada que la tolerancia farmacológica en general. Esta última se caracteriza por una disminución gradual del efecto de un fármaco tras la administración repetida de la misma dosis, lo que obliga a incrementarla para obtener el efecto inicial. Puede llegar a considerarse un fenómeno adaptativo del organismo; la tolerancia trata de situarlo en un estado equivalente a la condición sin fármaco, sin droga. Se desarrolla en función de las propiedades farmacológicas de la droga y de los efectos que en el nivel bioquímico produce en el organismo. Hay distintas variantes de tolerancia que pueden deberse al individuo consumidor o a la droga en sí. Atendiendo a la perspectiva del individuo, podemos clasificar la tolerancia en *innata* o *adquirida*.

La tolerancia innata se produce cuando existe una disminución de la sensibilidad a la sustancia desde su primera administración. Puede ser un factor de riesgo para desarrollar una dependencia temprana. Por ejemplo, la tolerancia innata al alcohol puede representar un rasgo biológico que contribuye al desarrollo del alcoholismo. Se ha demostrado que los hijos de alcohólicos presentan menor sensibilidad al alcohol, con necesidad de beber más para experimentar los mismos efectos que otras personas presentan con niveles menores de alcoholemia. Hay, pues, un peligro evidente de que tales consumos deriven en una dependencia alcohólica prematura, con sus consecuencias somáticas y psiquiátricas.

La tolerancia adquirida puede clasificarse, a su vez, en tres tipos: farmacocinética, farmacodinámica y aprendida (conductual o condicionada).

a) *Tolerancia farmacocinética:* se produce por cambios en la distribución o el metabolismo de la droga después de la administración repetida, por reducirse su concentración en el plasma y, como consecuencia, en los lugares de acción. El mecanismo más frecuente es la inducción enzimática que provoca la propia sustancia, al promover un aumento de la síntesis de enzimas microsomales hepáticas. Esta inducción enzimática, si no se originan metabolitos activos, reduce la bio-disponibilidad y la eficacia de la sustancia. Esta tolerancia es muy marcada cuando se administran barbitúricos, solos o asociados a otras drogas, ya que los barbitúricos son potentes inductores enzimáticos, así como lo es el alcohol.
b) *Tolerancia farmacodinámica:* tiene lugar por cambios adaptativos que se producen en los sistemas biológicos afectados por la sustancia, de manera que la respuesta fisiológica a dicha sustancia es menor. En este sentido, se puede producir tolerancia por una disminución de la densidad o la sensibilidad de

receptores *(down regulation);* por una reducción de la capacidad del receptor para acoplarse a los sistemas de traducción de señales; por un cambio de afinidad en el nivel del segundo mensajero o en las proteínas G, etcétera.

c) *Tolerancia aprendida (condicionamiento por contingencia o clásico):* se refiere a la reducción de los efectos de una sustancia por mecanismos compensadores que se desarrollan con el consumo recurrente en situaciones semejantes. Su base fisiológica es, por el momento, desconocida. Se supone que sería un tipo de tolerancia que resultaría del intento de superar el efecto de la droga por parte de la persona. A escala de experimentación animal, solo se consigue con niveles bajos de intoxicación. En los drogodependientes se observa este tipo de tolerancia cuando la administración de la sustancia se asocia a determinadas "señales" ambientales (por ejemplo, determinados olores durante la preparación, visión de la jeringa del cuarto de baño, etcétera) premonitorias de la administración de la droga. Entonces se ponen en marcha reacciones fisiológicas pre-adaptativas a la sustancia que se va a recibir. Si su administración va precedida siempre de las mismas "señales", se produce un "aprendizaje de la respuesta adaptativa" y, con ello, se impide la manifestación completa de los efectos de la dosis, por lo que se necesita más sustancia (tolerancia). Este fenómeno de tolerancia aprendida permite explicar cuadros de intoxicación aguda con dosis "habitual" de sustancia. En estos casos, al realizar la historia clínica se verifica que se ha producido un cambio en las condiciones ambientales en que usualmente la persona se administraba la sustancia, de forma que el drogodependiente ha consumido en esta oportunidad la droga sin que las "señales" ambientales lo hayan "preparado" para ello. Así, pues, el fenómeno de tolerancia aprendida no se produce y, en consecuencia, la dosis pasa a ser "excesiva".

Atendiendo a la perspectiva de la propia sustancia, podemos clasificar la tolerancia en *aguda*, *invertida* y *cruzada*.

a) *Tolerancia aguda*: es la que se genera precozmente con la administración repetida de una droga con motivo de un acontecimiento determinado. Por ejemplo, hay consumidores de cocaína que repiten dosis en unas pocas horas con motivo de una sesión festiva. En esta forma de dosificación, la reacción a las dosis sucesivas de la droga va disminuyendo a lo largo de la sesión.

b) *Tolerancia invertida*: es una propiedad por la que algunas drogas producen los mismos efectos o aun más acentuados con dosis más bajas. Puede deberse a la acumulación de la droga en determinados tejidos y a su liberación progresiva, o puede explicarse por una incapacidad de metabolización. Es característica

en los alcohólicos, debido su progresiva hepatopatía, a consecuencia de consumo intenso y prolongado. Es una dificultad cada vez mayor en la metabolización del alcohol ingerido. En estos casos, después de haber sido capaces por una tolerancia farmacocinética de consumir importantísimas cantidades de alcohol sin traslucir sus efectos en signos y síntomas de embriaguez, el bebedor presenta "repentinamente" manifestaciones de intoxicación aguda con pequeñas dosis de bebida. Debe diferenciarse de la sensibilización, el fenómeno de supersensibilidad receptorial *(up regulation).* En este caso se producen los mismos efectos o más acentuados con dosis iguales o más bajas. La tolerancia invertida parece producirse con la administración de la droga a intervalos más prolongados entre dosis. Suele presentarse con mucha frecuencia en el consumidor de cocaína.

c) *Tolerancia cruzada o recíproca:* se desarrolla cuando un consumidor que presenta tolerancia a una droga se hace tolerante a los efectos de otra cuya acción es semejante. Se suele presentar entre drogas del mismo grupo farmacológico o que actúan por un mecanismo idéntico o análogo. Por ejemplo, la heroína presenta tolerancia cruzada con todos los fármacos opiáceos que tengan afinidad por los receptores *mi* (ft).

En general, la tolerancia, la dependencia física y el síndrome de abstinencia agudo son fenómenos biológicos. Son consecuencias naturales del consumo de una sustancia. Se pueden producir no solo cuando se consumen drogas, sino también cuando se consumen ciertos medicamentos, aunque sean prescritos en indicaciones médicas apropiadas y en dosis correctas. La administración prolongada puede generar tolerancia y el cese brusco de su administración puede desarrollar un síndrome de abstinencia. Por ejemplo, si se suspende bruscamente la administración de un medicamento antihipertensivo que desciende la presión arterial, puede originarse, como efecto rebote, una elevación de la presión arterial en grado superior al que tenía antes de iniciar el tratamiento.

Alcohol

Las bebidas alcohólicas (alcohol etílico o etanol) se consumen en todo el mundo con propósitos recreativos y religiosos. Se producen mediante la fermentación y destilación de productos agrícolas. El etanol se toma casi siempre por vía oral y se absorbe rápidamente en el torrente sanguíneo a través del intestino delgado. Los efectos del etanol difieren mucho de un individuo a otro, debido a la variación

genética en sus enzimas metabólicas. Esto puede contribuir al hecho de que algunas personas sean más propensas que otras a desarrollar la dependencia al alcohol.

El alcohol y el tabaco son similares desde varios puntos de vista: ambas son sustancias legales, ambas pueden obtenerse fácilmente en la mayor parte del mundo (...). Según un informe del estado global del alcohol, el nivel de consumo de alcohol ha declinado en los últimos veinte años en los países desarrollados, pero se está incrementando en los países en vías de desarrollo, especialmente en la región del Pacífico Occidental, donde el consumo anual per cápita en adultos es de entre cinco y nueve litros de alcohol puro, y también en algunos países de la antigua Unión Soviética.

Se espera que una mayor precisión en las estimaciones sobre el uso de alcohol produzca un mejor conocimiento de la asociación entre el uso y sus problemas. Al respecto, cabe hacer notar el proyecto de Análisis de Riesgos Comparativos (ARC) de la OMS. El ARC utiliza datos de consumo per cápita junto con patrones del beber para vincular el uso con la carga de morbilidad. En la mayoría de los países las mujeres beben considerablemente menos que los varones, y en algunos de estos países el índice de abstención para mujeres mayores es muy elevado.

En la región de las Américas, el beber intenso (es decir, tomar cinco o más bebidas en cuando menos una ocasión durante un mes) es un comportamiento de beber común entre jóvenes. Tanto el consumo de alcohol como el beber intenso se registran con mucha mayor frecuencia entre varones que entre mujeres, tanto en México como en Estados Unidos (Carreño, Medina, Martínez, Juárez y Vázquez, 2006).

Los efectos conductuales agudos del etanol en las personas varían de un individuo a otro debido a múltiples factores como dosis, ritmo de ingesta, sexo, peso corporal, nivel de alcohol en la sangre y tiempo transcurrido desde la dosis anterior. El etanol tiene efectos conductuales bifásicos. En dosis bajas, los primeros efectos que se observan son desinhibición y una mayor actividad; en cambio, en dosis más elevadas disminuyen las funciones cognitivas, perceptivas y motoras. Como ya se comentó, los efectos sobre el estado de ánimo y las emociones varían mucho de una persona a otra.

Las consecuencias del abuso del alcohol son realmente serias, en muchos casos se acompañan de episodios de amenaza o peligro para la vida. El alcohol puede desarrollar, además, ciertos tipos de cáncer, generalmente en hígado, esófago, garganta y laringe. Puede ocasionar también cirrosis hepática y problemas en los sistemas inmunológico, cardiovascular y nervioso. La ingestión de alcohol aumenta el riesgo de muerte por accidentes automovilísticos, en actividades recreativas y en el trabajo, así como la probabilidad de que ocurran homicidios y

suicidios. Desde el punto de vista económico, los problemas relacionados con el alcohol le cuestan a la sociedad miles de millones de dólares por año. El costo en vidas es incalculable, sin dejar de mencionar cómo afecta además la calidad de esta.

La (OMS) tiene catalogada la *enfermedad alcohólica* en el epígrafe 303 del glosario de enfermedades, y la ubica entre las no transmisibles. Se ha sustituido el término *alcoholismo* por el de *síndrome de dependencia del alcohol*, en la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, donde se define como:

> Un estado de cambio en el comportamiento de un individuo que incluye, además de una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas, una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente socio-cultural, a pesar de las dolorosas consecuencias directas que pueden sufrir, como enfermedades físicas, rechazo por parte de la familia, perjuicios económicos y sanciones penales.

Este informe también se refiere a un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente sobre su forma de beber, existe la urgencia de ingerir alcohol y se pone de manifiesto una importancia fundamental del alcohol en que el planteamiento de las ocasiones de beber puede tener preferencia sobre el resto de sus actividades. Además de estos cambios, se observa un estado de alteración psico-biológica, con signos y síntomas de privación del alcohol, ingestión de bebidas alcohólicas para lograr su alivio y aumento de la tolerancia. Como se aprecia en la definición de la OMS, no todas las personas que consumen alcohol son adictos.

En los alcohólicos se encuentran características tales como: deseo insaciable, pérdida de control, dependencia física y tolerancia. No obstante, antes de llegar a la dependencia alcohólica el individuo pasa por dos etapas que, de seguir aumentando el consumo, baja de un peldaño a otro hasta llegar irremediablemente al alcoholismo. Estas etapas son las de *consumo de riesgo* y la de *consumo perjudicial de alcohol*. Por *consumo de riesgo* se entiende cuando se consume con más frecuencia y en más cantidad que las normas establecidas socialmente. La frecuencia normal se refiere a no más de dos veces por semana, en tanto la cantidad a no más de un cuarto de botella de ron, coñac o whisky, o una botella de vino, o cinco latas de cerveza por cada día de consumo. Otros autores incluyen además dentro de esta etapa al estado de embriaguez ligera que ocurre más de una vez por mes.

El *consumo perjudicial de alcohol* es el escalón que se encuentra entre el consumo de riesgo y la dependencia al alcohol o alcoholismo; es aquel estado en que el individuo comienza a presentar daños o afectaciones físicas, psíquicas o sociales. Por eso, como se planteaba con anterioridad, no todos los que consumen el

producto se convierten en alcohólicos, e incluso a veces no llegan a incluirse en ninguna de las dos etapas previas al alcoholismo. Pero no por ello están exentos de riesgo.

En esta toxicomanía confluyen múltiples factores y circunstancias, la mayoría de ellas ajenas a la voluntad y a la razón de la persona enferma. Entre otras, se encuentran las características biológicas, el tipo de personalidad, de actividad y de situación laboral, la situación familiar, el ambiente social y cultural imperante e incluso el lugar geográfico donde se habita. Se piensa que en América Latina existen en la actualidad alrededor de 38 millones de alcohólicos. El alcoholismo afecta más a los varones adultos, pero está aumentando su incidencia entre las mujeres. Hace diez años, de cada siete hombres que consultaban por problemas relacionados con el alcohol consultaban tres mujeres, hoy la relación es de seis hombres por cuatro mujeres. La OMS plantea que, a escala internacional, la cantidad de jóvenes que consume alcohol aumentó en 20% en los últimos años.

En la etiología del alcoholismo se involucran factores genéticos, psicosociales y ambientales. Por ello en su estudio hay que observar los tres niveles básicos de la vida del paciente: individual, familiar y social. Los fenómenos que contribuyen al desarrollo de dependencia son los relacionados directamente con el sistema de recompensa (refuerzo positivo) y los que implican a otros sistemas, de forma que el consumo de alcohol se comporta como un refuerzo negativo. En ambos procesos intervienen diferentes sistemas de transmisión.

Farmacología clínica del alcohol

El alcohol se absorbe rápidamente en el estómago (20%) y el intestino delgado, por difusión simple. La rapidez de absorción depende de la presencia de alimentos en el estómago, la cantidad de alcohol ingerida y el tipo de bebida. Parte del alcohol se metaboliza en el estómago por la alcohol-deshidrogenasa (ADH), que es menor en la mujer. Se distribuye rápidamente por todo el organismo, excepto por el tejido graso, y alcanza la máxima concentración a los 30-90 minutos de su ingesta. Atraviesa con facilidad todas las barreras. Se metaboliza en su mayor parte por vía hepática, y se elimina principalmente por vía renal.

El alcohol ejerce importantes efectos farmacológicos que dependen de su concentración en sangre, del tipo de consumo (agudo o crónico) y de las características de la persona.

La duración de un episodio de intoxicación depende de factores como la cantidad y el tipo de bebida alcohólica ingerida. Cuando la intoxicación se hace progresivamente más intensa pasa por tres fases: excitación psicomotriz, incoor-

dinación con depresión cerebral y coma. Puede asociarse a amnesia para los acontecimientos ocurridos durante la intoxicación. Con el desarrollo de tolerancia, los efectos motores, sedantes y ansiolíticos del alcohol disminuyen de intensidad.

Los *trastornos* relacionados con el alcohol se clasifican en abuso (DSM-IV-TR), consumo perjudicial (CIE 10) y dependencia, intoxicación y síndrome de abstinencia.

Se habla de *consumo problemático* cuando aparece algún problema relacionado con el alcohol. El *consumo perjudicial* (CIE 10) se refiere a la existencia de problemas médicos o psicológicos como consecuencia del consumo, independientemente de la cantidad consumida. El abuso de alcohol (DSM-IV-TR) habla de un patrón desadaptativo que conlleva problemas. El *síndrome de dependencia* de alcohol se refiere a la existencia de síntomas conductuales y fisiológicos que indican que se ha perdido el control sobre el consumo y se sigue bebiendo a pesar de las consecuencias adversas.

La mayor complicación de la intoxicación etílica son los accidentes de tránsito. Se relaciona también con actos criminales y suicidios, accidentes y caídas que producen fracturas y traumatismos cráneo-encefálicos. La exposición a la intemperie puede ocasionar congelación o quemaduras. Por supresión de los mecanismos inmunológicos, puede predisponer a las infecciones.

La *intoxicación patológica* se define por alteración conductual importante que incluye, casi siempre, agresividad, que aparece a los pocos minutos de la ingestión de alcohol en una cantidad que es insuficiente para provocar intoxicación en la mayor parte de la gente. La conducta es atípica, en el sentido de que no se presenta cuando el sujeto no ha bebido.

El *delirium por abstinencia alcohólica* (antes *delirium tremens*) se caracteriza por confusión de conciencia, agitación, temblor intenso de manos, alucinaciones frecuentemente zoópsicas y micrópsicas (espontáneas o provocadas), delirio ocupacional e hiperactividad autonómica.

La *alucinosis alcohólica* o trastorno psicótico debido al alcohol con alucinaciones (DSM-IV-TR) se caracteriza por ser una alucinosis orgánica de desarrollo breve (48 horas) con alucinaciones vívidas y persistentes (auditivas o visuales) tras la interrupción o disminución de la ingesta alcohólica en un individuo que parece presentar una dependencia alcohólica, pero que no evoluciona con *delirium*.

La encefalopatía de Wernicke y el síndrome de Korsakoff son encefalopatías agudas o subagudas que se producen por deficiencia de tiamina en pacientes alcohólicos crónicos, después de varios años de evolución. La encefalopatía de Wernicke se caracteriza clínicamente por confusión de conciencia, parálisis óculo motoras, nistagmus vertical y ataxia. Debe tratarse urgentemente con tiamina por

vía parenteral (inyección), para evitar su evolución hacía un síndrome de Korsakoff. Este síndrome se caracteriza por amnesia retrógrada, amnesia anterógrada, confabulación, alteración de la atención/concentración, introspección limitada de su incapacidad, apatía e indiferencia.

El síndrome alcohólico *fetal* es una embriofetopatía que se presenta entre los hijos de madres alcohólicas. Se caracteriza por retraso prenatal y postnatal del crecimiento, deficiencia mental y psicomotora, y algunas otras malformaciones.

Tabaco

En el mundo se consumen muchos tipos de productos de tabaco, aunque su forma más popular es el uso de la nicotina en cigarrillos. Aunque el tabaco contiene miles de sustancias, la nicotina es la que más frecuentemente se asocia con la dependencia, porque es el componente psicoactivo y causa efectos observables sobre el comportamiento, como cambios en el estado de ánimo, reducción del estrés y mejoras en el rendimiento. Los efectos conductuales asociados con la nicotina, producidos al fumar, incluyen estimulación, mayor atención y concentración, aumento de la memoria, reducción de la ansiedad y supresión del apetito. El fumar es una actividad generalizada: anualmente se producen más de 55,000 millones de cigarrillos, y existen 1,200 millones de fumadores en el mundo. Se espera que esta cantidad se incremente a 2,000 millones para 2030. El fumar se está difundiendo rápidamente en los países en vías de desarrollo, y entre mujeres. Actualmente, fuma el 50% de los varones y el 9% de las mujeres en los países en vías de desarrollo, en comparación con el 35% de varones y el 22% de mujeres en los países desarrollados.

La vida media de la nicotina, al ser fumada en los cigarrillos, es de aproximadamente dos horas. En los humanos, la nicotina produce efectos psicoactivos que son directamente relacionados con la dosis, similares a los de los estimulantes; además, eleva las calificaciones de pruebas normativizadas de euforia y preferencia que utiliza la OMS para evaluar el potencial de dependencia. El potencial de dependencia asociado con el fumar parece igual o mayor que el de otras sustancias psicoactivas.

Según la Encuesta Global del Tabaquismo en Adultos, México 2009 (GATS, por su sigla en inglés), en México el consumo de tabaco es la primera causa prevenible de muerte prematura y enfermedad en todo el mundo. En la actualidad, más de cinco millones de personas mueren cada año debido a enfermedades relacionadas con el tabaco, y se estima que causará cerca de ocho millones anuales para

2030. A pesar que las tendencias actuales están cambiando, la mayoría de estas muertes ocurrirán en países en desarrollo. La OMS, a través de su Iniciativa por un Mundo Libre de Tabaco (TFI, por su sigla en inglés) y del Secretariado para el Convenio Marco de la OMS (CSF, por su sigla en inglés) trabaja con los países para reducir la carga mundial de enfermedad y muerte causadas por el tabaco. Así, se protege a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas ocasionadas por el consumo de tabaco y la exposición a su humo.

El tabaquismo en México

Desde hace 25 años, México ha implementado estrategias para el control del tabaco a través de la Ley General de Salud (LGS). Sin embargo, solo después de la firma y ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), en 2005, se ha impulsado una estrategia integral de control. Desafortunadamente, al igual que otros países del mundo y de América, la epidemia de tabaquismo en México continúa siendo un grave problema de salud pública. Las enfermedades relacionadas con el tabaquismo activo y pasivo (infarto agudo del miocardio, enfermedades cerebrovasculares, respiratorias crónicas y cáncer de pulmón) continúan dentro de las diez primeras causas de mortalidad en el país.

En un esfuerzo conjunto, la Secretaría de Salud (SSA) y las instituciones académicas han seguido el comportamiento de la epidemia del tabaquismo desde hace más de veinte años, a través de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), la cual permite tener información nacional, estatal y por zona geográfica. De igual manera, y con apoyo técnico internacional, se ha realizado la Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes (GYTS) y la Encuesta en Estudiantes de Profesiones de la Salud (GHPSS). México ha impulsado otros estudios epidemiológicos que permiten caracterizar y entender el comportamiento de la epidemia en grupos vulnerables, la exposición al humo de tabaco ajeno en el ambiente en lugares públicos y privados y sus efectos en niños, mujeres y población trabajadora.

Tabaquismo en adultos

La Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) estima una prevalencia de tabaquismo en México en población mayor de veinte años del 21.5% (hombres 33.7%, mujeres 10.1%), cerca de once millones de fumadores. En 2006 se realizó nuevamente la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006), la cual estima una prevalencia de consumo de tabaco en mayores de veinte años

del 18.9% (hombres 30.4%, mujeres 9.5%), y una prevalencia de consumo diario del 13.3% (hombres 21.6%, mujeres 6.5%). En 2008 se realizó la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2008) en población de doce a sesenta y cinco años, y se encontró una prevalencia de tabaquismo del 18.5% (hombres 27.8%, mujeres 9.9%). La prevalencia en las zonas urbanas (20.4%) fue mayor que en zonas rurales (11.3%), especialmente para las mujeres.

Tabaquismo en adolescentes y adultos jóvenes

Uno de los grupos de población para el que resulta fundamental analizar la prevalencia de fumadores es el de los adolescentes, ya que en esa etapa se inicia el consumo de tabaco. La Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes (ETJ) realizada en 32 ciudades capitales de México durante 2005, 2006 y 2008, en estudiantes de entre trece y quince años, encontró una prevalencia de consumo de tabaco entre el 10.5 y el 27.8%. La ETJ encontró que entre el 8% y el 15% de los estudiantes ha probado el cigarrillo antes de los trece años de edad. No se debe perder de vista la relación entre el consumo de tabaco y las drogas ilegales. Carreño y colaboradores (2006) encontraron que los mexicanos que empiezan a fumar antes de los quince años de edad registran mayor porcentaje de experimentación con drogas ilegales.

La OMS y los CDC desarrollaron la GHPSS para obtener datos del consumo de tabaco en los futuros profesionales de la salud. Los estudios han demostrado que el consejo médico puede reducir el consumo de tabaco en los pacientes en el 10%. La GHPSS, realizada en México en 2007 en estudiantes de tercer año de medicina y odontología de universidades públicas y con representatividad nacional, encontró una prevalencia de fumadores del 33.3% en estudiantes de medicina y del 43.6% en estudiantes de odontología, sin que existieran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

Mortalidad relacionada con el consumo de tabaco

Teniendo en cuenta las estadísticas de mortalidad publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y la Secretaría de Salud de México (SSA) se estimó que en 2000 ocurrieron cerca de 25,383 muertes prematuras atribuibles al consumo de tabaco, de las cuales 5,165 fueron por neoplasias, 9,057 por enfermedades respiratorias, 5,345 por enfermedades cardiovasculares y 5,816 por otras causas médicas relacionadas con el consumo de tabaco. Estos resultados permiten concluir que el consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo causal de las diez primeras causas de morbilidad y mortalidad en México.

En cuanto a los resultados que nos proporciona la encuesta global del tabaquismo en México, se destaca lo siguiente:

- *El consumo de tabaco*. Actualmente el 15.9% de la población mayor de quince años en México es fumadora, lo que representa 10.9 millones de mexicanos fumadores. Los hombres (24.8%) fuman más que las mujeres (7.8%). Aproximadamente ocho millones de hombres y 2.8 millones de mujeres son fumadores. El porcentaje de hombres y mujeres que fuman diariamente (11.8% y 3.7%, respectivamente) es similar al de los fumadores ocasionales (13.0 y 4.1%, respectivamente). Esto quiere decir que 5.2 millones de mexicanos son fumadores diarios (3.9 millones de hombres y 1.3 millones de mujeres). En general, el 27.4% de los fumadores diarios fuman en los primeros 30 minutos después de despertar (14.1% a los cinco minutos de haber despertado). En México, 15.8%, casi once millones de mexicanos usan algún producto de tabaco, la mayoría de ellos (15.6%) fuma cigarrillos. Los fumadores actuales utilizan diferentes productos de tabaco.
- *Dejar de fumar*. Casi una tercera parte (32%) de las personas que refirieron haber fumado diariamente fueron exfumadores en 2009. La tasa de cesación incrementó con la edad (11.4% para 15-24 años, y 66.3% para los mayores de 65 años), y fue mucho más alta para los que vivían en las zonas rurales (39.8%). No se encontraron diferencias significativas entre hombres (31.6%) y mujeres (33.1%). Una tercera parte de los exfumadores diarios (33.5%) dejaron de fumar durante los últimos cinco años y el 46.4% dejó de fumar en los últimos diez años. No hubo diferencia estadísticamente significativa al comparar el comportamiento entre hombres y mujeres. Casi la mitad (49.9%) de los que fumaron durante el año previo (fumadores actuales y exfumadores que dejaron de fumar en los últimos doce meses) intentaron dejar de fumar en el último año. La proporción de mujeres fumadoras que intentó dejar de fumar en el último año (57.4%) fue mayor en comparación con el grupo de hombres fumadores (47.2%).
- *Conocimientos, actitudes y percepciones*. En general, el 98.1% de los adultos en México cree que el tabaquismo causa enfermedades graves, incluyendo cáncer de pulmón (97.7%) y ataque al corazón (80,5%), en comparación con el 61.1% que cree que fumar causa derrame cerebral. Dos tercios (67.5%) cree que los productos de tabaco sin humo causan enfermedades graves y el 92.5% cree que los cigarrillos son adictivos. En general, el 95.6% de los adultos cree que respirar el humo de tabaco ajeno causa enfermedades graves.

Otras drogas o sustancias

Uso ilícito de sustancias controladas

Según las estimaciones de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), aproximadamente 185 millones de personas hacen uso ilícito de algún tipo de sustancias ilegales. La *cannabis* es la que más se consume entre los usuarios de drogas ilícitas, seguido de anfetaminas, cocaína y opiáceos. El uso de drogas ilícitas es una actividad predominantemente masculina, mucho más que el fumar y el consumo de alcohol. El uso de drogas es también más prevalente entre jóvenes que en adultos. En muchos países desarrollados, por ejemplo Canadá, Estados Unidos y varios de Europa, más del 2% de los jóvenes informó el uso de heroína, y casi el 5% admitió haber fumado en alguna ocasión. Ciertamente, el 8% de los jóvenes de Europa occidental y más del 20% en Estados Unidos ha reconocido haber utilizado cuando menos un tipo de droga ilícita además de *cannabis*. A pesar de sus beneficios reales o aparentes, el empleo de sustancias psicoactivas también conlleva, a corto o largo plazo, un potencial de daños. Estos daños pueden ser resultado de la cantidad acumulativa de la sustancia psicoactiva usada; por ejemplo, el efecto tóxico del alcohol, que produce cirrosis hepática. Los efectos nocivos también pueden ser producidos por el patrón de uso o por la forma o medio en que se toma.

El patrón de uso es de obvia importancia (por ejemplo, en el caso de muertes debidas a sobredosis), no solo en términos de la cantidad consumida en una ocasión en particular, sino también en cuanto al contexto de uso (por ejemplo, el uso de heroína acompañado de beber intenso). La forma o medio de uso también puede ser de importancia crucial. La mayoría de los efectos adversos para la salud por fumar, por ejemplo, proviene no de la nicotina en sí, sino de los alquitranes y el monóxido de carbono que se liberan al consumir nicotina en forma de cigarrillo.

Sedantes e hipnóticos

Aunque el alcohol se ubica en la categoría de los sedantes e hipnóticos, se ha considerado por separado, por lo que en esta sección se tratarán otros sedantes e hipnóticos y tranquilizantes menores. Los tranquilizantes menores más comunes son los somníferos (benzodiacepinas y barbitúricos). Los sedantes e hipnóticos pueden frenar las funciones del cerebro y otras partes del sistema nervioso.

Los efectos de los sedantes e hipnóticos sobre la conducta van desde la sedación leve hasta la anestesia general y, en caso de sobredosis grave, incluso la muerte. Estos fármacos se utilizan generalmente por sus propiedades embriagantes y desinhibitorias. Los somníferos también forman hábito y la tolerancia a estos fármacos se desarrolla fácilmente. Los síntomas más comunes del uso de sedantes e hipnóticos son somnolencia, descoordinación motora de leve a moderada y obnubilación de las funciones mentales. A mayores dosis, estos efectos se agudizan y producen daños generales de la función motora, aumento en el tiempo de reacción y daños en la función cognitiva y en la memoria. En casos graves inducen el sueño e incluso es posible la muerte por depresión respiratoria. Asimismo, pueden ocurrir efectos posteriores de fatiga, dolor de cabeza y náusea.

Opioides

Las drogas opioides son compuestos extraídos de la semilla de la amapola. Estas drogas abrieron el camino para el descubrimiento del sistema opioide endógeno del cerebro. El término "opioides" incluye "opiáceos", así como compuestos semisintéticos y sintéticos con propiedades similares. Las evidencias sobre la existencia de receptores opioides se basaron en la observación de que los opiáceos (es decir, la heroína y la morfina) interactúan con lugares específicos de enlace en el cerebro.

Los efectos sobre la conducta que tiene la inyección intravenosa de opioides son producir un rubor cálido de la piel y sensaciones que los usuarios describen como "éxtasis"; sin embargo, la primera experiencia con opioides también puede ser desagradable e incluir náusea y vómito. Los opioides tienen efectos euforogénicos, analgésicos, sedantes y de depresión del sistema respiratorio.

Cannabinoides

Entre todos los cannabinoides contenidos en la *cannabis sativa*, el delta-9- tetrahidrocannabinol (THC) es el principal compuesto químico con efectos psicoactivos. Los cannabinoides generalmente se inhalan fumándolos, aunque a veces también se ingieren. La intoxicación máxima al fumar se alcanza de 15 a 30 minutos después, y los efectos duran de dos a seis horas. Los cannabinoides permanecen en el cuerpo durante periodos prolongados y se acumulan tras el uso repetido. Se pueden hallar cannabinoides en la orina a los dos o tres días de haber fumado un solo cigarrillo y, en usuarios intensos, hasta seis semanas después del último uso. Varios estudios han

demostrado efectos terapéuticos de los cannabinoides, por ejemplo, para controlar la náusea y el vómito en algunos pacientes de cáncer o sida.

En el consumo de *cannabis*, la percepción del tiempo se hace más lenta, hay una sensación de relajación, conciencia sensorial aguzada, percepción de mayor confianza en uno mismo y mayor creatividad; estas dos últimas no están asociadas a un mejor rendimiento. Asimismo, hay disminución en la memoria a corto plazo y en la coordinación motora. Los efectos centrales descritos a veces como de relevancia clínica son analgesia, acción antiemética, antiepiléptica y más apetito. Los derivados de la *cannabis* producen claras reacciones motivacionales subjetivas en humanos, lo que conduce a comportamientos de búsqueda de drogas y uso repetido. Ciertamente, los derivados del *cannabis* son las drogas ilícitas que se emplean más comúnmente en todo el mundo.

Cocaína (clorhidrato y crack*)*

La cocaína es un poderoso estimulante del sistema nervioso que puede aspirarse intranasalmente, inyectarse intravenosamente o fumarse. El uso que han dado distintas culturas a la cocaína está presente en las hojas de *Erythroxylon coca*, árbol originario de Bolivia y Perú.

La cocaína incrementa la lucidez, la sensación de bienestar y la euforia, aumenta la energía y la actividad motora, la sensación de vigor y la capacidad sexual. También son frecuentes ansiedad, paranoia e inquietud. Se puede aumentar el rendimiento atlético en deportes en los cuales se requiere atención y resistencia. Con una dosis excesiva se presentan temblores, convulsiones y mayor temperatura corporal. La activación del sistema nervioso simpático aparece concomitantemente con los efectos sobre la conducta. Durante una sobredosis de cocaína puede ocurrir taquicardia, hipertensión, infarto del miocardio y hemorragias cerebrovasculares. Conforme disminuyen los efectos de la droga, el usuario se siente disfórico, cansado, irritable y levemente deprimido, lo que puede incitar de nuevo al uso de la droga para recuperar la experiencia anterior.

Anfetaminas

Las anfetaminas incluyen D-anfetamina, L-anfetamina, efedrina, metanfetamina, metilfenidato y pemolina. Las anfetaminas se usan no solamente por la "onda" subjetiva que producen, sino para extender los periodos de vigilia, como son usadas por choferes de vehículos de carga y estudiantes en temporada de exámenes. Además, se utilizan como inhibidores del apetito, aunque en este caso su

efecto es breve. Médicamente, las anfetaminas se emplean actualmente solo para el tratamiento de la narcolepsia y para el tratamiento de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños. Su uso no médico es un problema mundial creciente.

Las anfetaminas son estimulantes del sistema nervioso central que producen mayor lucidez, excitación, energía, actividad motora y del habla, mayor confianza en uno mismo y capacidad de concentración, sensación general de bienestar y menos apetito. Los efectos a corto plazo de dosis bajas de anfetamina incluyen inquietud, mareo, insomnio, euforia, confusión leve, temblores y pueden inducir episodios de pánico o psicóticos. Hay un aumento general en la lucidez, la energía y la actividad, así como una reducción de la fatiga y la somnolencia. Pueden presentarse palpitaciones cardiacas, ritmo cardiaco irregular, incremento en la respiración, resequedad en la boca y supresión del apetito. A dosis más elevadas estos efectos se intensifican, provocando éxtasis y euforia, flujo rápido de ideas, sensación de mayor capacidad mental y física, excitación, agitación, fiebre y sudoración. Se han observado pensamientos paranoides, confusión y alucinaciones. Las sobredosis graves pueden producir fiebre, convulsiones, coma, hemorragia cerebral y la muerte.

Éxtasis

El éxtasis puede clasificarse como un psicoestimulante que pertenece al mismo grupo de la cocaína y las anfetaminas, ya que muchos de sus efectos agudos son similares a estas sustancias. Asimismo, es posible clasificarlo como un alucinógeno, debido a la inducción potencial de alucinaciones si se utiliza en dosis extremadamente elevadas. Dado que los efectos subjetivos en humanos no son iguales a los producidos por el LSD, ni su estructura o actividad farmacológica son similares a los alucinógenos, se ha propuesto el término "entactógenos", que significa "entrar en contacto con uno mismo" (Nichols, 1986; Morgan, 2000), para definir una nueva clase farmacológica.

El éxtasis puede producir efectos subjetivos sobre la conducta en humanos similares a los provocados por los psicoestimulantes D-anfetamina y cocaína, aunque distinguibles. En estudios no controlados se describe una mayor confianza en sí mismo, comprensión y empatía, junto con una sensación de más proximidad e intimidad con otras personas, así como mejora en las capacidades de comunicación y relación. Se afirma que ocurre euforia y una mayor energía emocional y física con este psicoestimulante. También pueden presentarse efectos psicológicos negativos de ansiedad, paranoia y depresión (OMS, 2001).

Solventes volátiles

Varios compuestos químicos volátiles (incluyendo gases como óxido nitroso, solventes volátiles como tolueno y nitritos alifáticos) producen efectos sobre el sistema nervioso central. Debido a su fácil disponibilidad, son utilizados principalmente por niños y adolescentes. El término inhalante se aplica a un grupo muy diverso de sustancias que se hallan en productos como gasolina, removedores de esmalte para uñas, removedores de pinturas y adhesivos. Estos compuestos se aspiran, directamente o a través de un trapo empapado en solvente, que se coloca en la boca de la persona o en una bolsa de plástico. Los compuestos solventes volátiles tienen pocas características en común, fuera de su toxicidad y los efectos conductuales que producen.

La intoxicación inducida por la inhalación de vapores de solventes produce algunos efectos similares a los del alcohol. Pocos minutos después de la inhalación se observa mareo, desorientación y un breve periodo de excitación con euforia, seguido de una sensación de ligereza y un periodo más prolongado de depresión de la conciencia. Además, se inducen cambios marcados en el estado mental de las personas que abusan del tolueno y otros solventes. La mayoría de los usuarios refiere una elevación del estado del ánimo y alucinaciones. También ocurren delirios potencialmente peligrosos, como creer que se puede volar o nadar, los pensamientos muchas veces se frenan, el tiempo parece transcurrir más rápidamente y son comunes las alucinaciones táctiles. Estos efectos conductuales van acompañados de perturbaciones visuales, nistagmo, descoordinación y andar inestable, dificultades para hablar, dolor abdominal y ruboración de la piel.

Alucinógenos

Los alucinógenos conforman una clase químicamente diversa, pero se caracterizan por su capacidad de producir distorsiones en las sensaciones y alterar marcadamente el estado de ánimo y los procesos de pensamiento. Incluyen sustancias de una amplia variedad de fuentes naturales y sintéticas, y son estructuralmente disímiles. El término alucinógeno se refiere a la propiedad de estas drogas de producir alucinaciones. Sin embargo, estas no son los únicos efectos que causan, y con frecuencia ocurren solo en dosis muy elevadas. Las alucinaciones son comúnmente visuales, pero pueden afectar cualquiera de los sentidos, así como la percepción del tiempo, del mundo y del yo del individuo. Los efectos subjetivos varían notoriamente de un individuo a otro, y de un uso al otro en la misma persona.

Estas drogas producen un incremento en el ritmo cardiaco y la presión sanguínea, elevan la temperatura corporal, reducen el apetito, provocan náusea, vómito, incomodidad abdominal, reflejos rápidos, descoordinación motora y dilatación de las pupilas (Jacobs y Fehr, 1987). Los efectos alucinógenos pueden estar relacionados con la dosis y provocar distorsiones de cualquiera de las modalidades sensoriales. También es posible la unión esas modalidades (por ejemplo, la música se "ve"), lo que se conoce como sinestesia. Asimismo, estas drogas afectan la memoria y los procesos del pensamiento. La intensidad de los efectos, junto con la reacción emocional a ellos, difiere de una persona a otra. Las reacciones pueden variar de felicidad y euforia a temor y pánico. Incluso puede haber una sensación de introspección profunda, así como episodios psicóticos.

Los efectos de los alucinógenos son muy similares entre las diversas clases de drogas de esta categoría y van de la excitación a la depresión, efectos analgésicos y anestésicos, en dependencia de la dosis tomada y la situación. La PCP y la ketamina pueden producir alucinaciones en muy bajas dosis.

4. Consumo de sustancias en población general

Consumo a escala mundial

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2010) estima que entre 155 y 250 millones de personas en todo el mundo (3,5 a 5,7% de la población entre 15 y 64 años de edad) consumieron sustancias ilícitas en 2008. A escala mundial, los consumidores de *cannabis* constituyen el principal grupo de consumidores de drogas ilícitas (entre 129 y 190 millones de personas). Le siguió en volumen de consumo el de sustancias del grupo de las anfetaminas, y a continuación la cocaína y los opiáceos.

En el epicentro del consumo de drogas se encuentran los "consumidores problemáticos", es decir, aquellos que se las inyectan o son considerados drogodependientes, quienes, en consecuencia, sufren graves repercusiones de índole social y sanitaria. Sobre la base de estimaciones del número de consumidores de *cannabis*, opiáceos, cocaína y estimulantes tipo anfetamínico (ETA), a escala mundial, se calcula que en 2008 había de 16 a 38 millones de consumidores problemáticos en el mundo. Ello corresponde a una proporción de entre el 10% y el 15% de todas las personas que consumieron drogas ese año.

La OMS indica que la falta de datos en muchos países sigue limitando la comprensión del problema del consumo de drogas, especialmente en África, algunas partes de Asia y las islas del Pacífico. La amplitud de la gama de estimaciones refleja la incertidumbre de los datos disponibles a escala mundial.

En el Informe Mundial sobre Drogas de la UNODC se registra que actualmente los mercados ilícitos de opiáceos y cocaína a escala mundial son dos de las amenazas transnacionales más graves derivadas de la droga y el delito. Siguen siendo, al parecer, problemas legados por la fiscalización de drogas del pasado, esferas de intervención prioritarias por la gravedad de sus repercusiones sociales

en las comunidades afectadas, y buenas razones para llegar a una solución internacional en un plazo razonable. Puesto que el origen de ambos problemas son zonas de producción relativamente concentradas, la mayoría de sus componentes están vinculados entre sí directa o indirectamente. Además, los estimulantes de tipo anfetamínico han acaparado una gran proporción del mercado de drogas a escala mundial en los últimos dos decenios, y pasaron a ser una nueva e importante amenaza para la fiscalización de drogas, tanto en el presente como en el futuro. Desde 1990, la producción de ETA se ha extendido, y se prevé que el número de consumidores a escala mundial supere al de los consumidores de opiáceos y cocaína en su conjunto.

Alcohol en el ámbito internacional

Las bebidas alcohólicas son consumidas en todos los países alrededor del mundo. La mayor parte de la población tiene un consumo de bajo riesgo casi todo el tiempo, o se abstiene por completo de consumir bebidas alcohólicas; sin embargo, existe una amplia gama en los patrones de consumo, desde el consumo frecuente (más de tres veces por semana) hasta el consumo de alcohol en grandes cantidades por ocasión de consumo, lo cual genera significativos problemas para la seguridad y la salud pública en casi todos los países del mundo. En esta sección se examina el consumo de alcohol a escala mundial, la abstinencia del consumo de alcohol y los patrones y hábitos de consumo. La fuente principal de información para obtener estos datos es el Sistema Mundial de Información sobre Alcohol y Salud (GISAH, por su sigla en inglés) de la OMS.

Respecto de los hábitos de consumo, el panorama real lo encontramos envuelto en innumerable cantidad de mitos y suposiciones. Hacer una presentación estadística y cartográfica de los niveles y patrones de consumo a escala mundial, regional y nacional por adultos mayores de quince años nos proporciona una base sólida para el análisis de los problemas relacionados con el alcohol. El principal indicador que nos muestra el GISAH para la población adulta es el consumo de alcohol per cápita (CAP) en litros de alcohol puro.

Otro factor latente es el *consumo no registrado de alcohol,* el cual constituye un problema importante según lo que informa la OMS, hace prácticamente imposible medir la verdadera dimensión de la naturaleza del consumo de alcohol a escala mundial. Los datos deben ser extraídos de diversas fuentes para poder estimar con precisión este sector de consumo, el cual representa casi el 30% del consumo total de la población adulta en todo el mundo. El alcohol no registrado se refiere al

alcohol que se encuentra fuera del control gubernamental; el que se ha producido, distribuido y vendido fuera de los medios formales.

En cuanto a las bebidas alcohólicas más preferidas para su consumo, se registra que las diferentes regiones geográficas marcan diferencias en el tipo de bebidas alcohólicas que se consumen; por ejemplo: los destilados son las bebidas más consumidas en Asia y algunos países de Europa oriental; el vino constituye la mayor proporción de alcohol que se consume en algunos países del sur de Europa, así como en Argentina y Chile, países productores por excelencia de vino; en algunos países del norte de Europa, así como en el África subsahariana y en la mayor parte de Australia la bebida, más consumida es la cerveza.

Del 100% del alcohol que se consume en todo el mundo, el 45% es en forma de destilados (sobre todo en la región de Asia Sur-Oriental y Occidental del Pacífico), el 36% es para la cerveza (en América sobre todo); el consumo de vino, en relación con el total del alcohol consumido a escala mundial es significativamente bajo (8.6%), y encuentra sus más altos índices de consumo en algunas partes de Europa y América, como antes se dijo. El resto de las bebidas (por ejemplo fermentos hechos con arroz, maíz, entre otras) tienen el mayor registro de consumo en regiones de África.

Sin embargo, es importante señalar que solo se presenta mayor consumo de bebidas alcohólicas en términos de litros de alcohol puro, y esto no necesariamente refleja que el nivel general del consumo de esta bebida alcohólica sea alto. Por ejemplo, en la India, los destilados son las bebidas alcohólicas más consumidas, pero esto no significa que el nivel de consumo de bebidas alcohólicas sea alto.

Los patrones de consumo de alcohol son tan importantes como el CAP en la creación de una imagen precisa de las consecuencias que trae el consumo de alcohol en la salud mundial. Los indicadores más influyentes relacionados con los hábitos de consumo, que tienen un impacto desmedido en el escenario mundial del alcohol, son el abstencionismo y el consumo episódico intenso.

A escala mundial, el 45% de la población nunca ha consumido alcohol (hombres: 35%, mujeres: 55%). Además, el 13,1% (hombres: 13,8%, mujeres: 12,5%) no han consumido alcohol durante el último año. El CONADIC en México regsitraba en 2002 que el 35.14% de las personas entre 12 a 65 años no había consumido nunca alcohol, el 46.4% en mujeres y el 21.37% en hombres. En conclusión, casi la mitad de todos los hombres y dos tercios de todas las mujeres en todo el mundo se han abstenido de beber alcohol en los últimos doce meses.

Hay solo unos cuantos países en el mundo con un índice bajo en torno a los patrones de consumo de alcohol. Los índices altos en la manera de beber, o los patrones de mayor riesgo al momento de beber, prevalecen en países como Ka-

zajstán, México, la Federación Rusa, Sudáfrica y Ucrania. En América del Sur (con excepción de los productores de vino, como Argentina), y muchos países de África y Asia Sur-Oriental, conservan una posición intermedia.

El *consumo episódico intenso* es otro patrón de riesgo en el consumo de alcohol. Se define como consumo episódico intenso el hecho de beber por lo menos 60 gramos o más de alcohol puro, por lo menos en una ocasión en los últimos siete días. El consumo episódico intenso es uno de los indicadores más importantes, por las consecuencias graves que trae consigo, tales como lesiones. Algunos países con un índice de consumo bajo, como la India, Malawi, Pakistán y Zambia, muestran una alta proporción de bebedores con un patrón de consumo episódico intenso, lo que sugiere un tipo de comportamiento de "todo o nada" (Clausen et al., 2009). En algunos países europeos, como Francia, con un alto CAP, el consumo episódico intenso es bastante bajo, lo que sugiere que el CAP puede ser impulsado por los patrones de consumo más regular, pero moderado.

A escala mundial, aproximadamente el 11,5% de los consumidores ha tenido un consumo excesivo episódico por lo menos una vez a la semana durante los últimos doce meses, superando los hombres a las mujeres en una proporción de cuatro a uno. Los hombres siempre participan en el consumo de riesgo en niveles mucho más altos que las mujeres en todas las regiones del mundo.

No hay datos concisos sobre la relación entre los ingresos de un país y el consumo episódico intenso. En las regiones más desarrolladas, como Europa o América, el consumo episódico intenso es más común en los países con menores ingresos económicos. Sin embargo, en las regiones señaladas por la OMS como regiones en desarrollo o emergentes (como África o Asia sudoriental), los países más ricos muestran una probabilidad más alta de mujeres que tienen un consumo episódico intenso.

Tabaco a escala internacional

El consumo de tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública del mundo. El consumo de tabaco mata a más de cinco millones de personas al año —un promedio de una persona cada seis segundos— y representa una de cada diez defunciones en la población adulta; esta cantidad podría aumentar a más de ocho millones en 2030, a menos que se tomen medidas urgentes para controlar la epidemia de tabaquismo.

En los últimos 30 años, el consumo de tabaco se ha reducido sustancialmente en muchos países industrializados; por un lado, se debe a la concientización en torno a los peligros asociados a su consumo, y, por el otro, a la aplicación de

políticas cada vez más efectivas y agresivas de control. En contraste, durante el mismo período el consumo de tabaco ha ido aumentando en los países en vías de desarrollo, los cuales consumen actualmente la mayor parte de los cigarrillos que se producen en el mundo. Más del 80% de los mil millones de fumadores del mundo vive en países de bajos y medios ingresos.

Así como el consumo mundial de tabaco ha ido cambiando entre los países industrializados y los países en desarrollo, la pandemia del tabaco se está extendiendo entre las mujeres en gran una variedad de matices. El aumento del tabaquismo en las mujeres se puede atribuir al debilitamiento de las restricciones sociales, culturales y políticas. Hoy en día, algunos países muestran una alta prevalencia de mujeres fumadoras, mientras que otras regiones advierten el uso cada vez mayor entre los jóvenes, especialmente las niñas.

En el año 2006, la OMS informa que más de un millón de fumadores en el mundo consumieron cerca de 5.7 trillones de cigarrillos. Existe una amplia variación en la prevalencia del tabaquismo entre hombres y mujeres. A escala mundial, el 40% de la población masculina es fumadora, mientras que en las mujeres casi el 9% del total de la población consume tabaco.

Actualmente, las estimaciones mundiales de la prevalencia del consumo de tabaco por grupos de edad se encuentran muy limitadas. Esto se debe a que las tendencias en la prevalencia del consumo de tabaco por edad son siempre dinámicas y se encuentran al margen de una combinación de distintas variables, como son el mismo grupo etario, el momento histórico y la región donde se quiera realizar el estudio. En la mayoría de los casos, el inicio del consumo de tabaco se produce durante la adolescencia, y la prevalencia va en aumento hasta la edad adulta, a partir de la cual comienza a disminuir nuevamente el hábito de fumar conforme avanza el tiempo.

Además de las diferencias en la prevalencia por sexo y grupo de edad, hay variaciones significativas por nivel de ingresos. La mayoría de los fumadores del mundo (81%) se encuentran en países de ingresos bajos y medios. La prevalencia de tabaquismo entre los hombres en los países de ingresos medios (45%) es mayor que entre los hombres en los países de ingresos altos (32%), mientras que sucede lo contrario para las mujeres (7% en los países de ingresos medios y 18% en los países de ingresos altos). Estos datos pueden ser afectados por algún sub-registro del consumo de tabaco entre las mujeres, sobre todo en países en los que es social y culturalmente aceptable para las mujeres el hecho de fumar.

Hay un fenómeno muy particular en torno al consumo de tabaco; se trata de las personas que son fumadores pasivos gracias al *humo de segunda mano*, aquel que llena restaurantes, oficinas u otros espacios cerrados cuando las personas que

sí fuman encienden productos que contienen tabaco como cigarrillos, habanos o pipas. No hay un nivel seguro de humo de tabaco de segunda mano. Cada persona debe ser capaz de respirar aire libre de humo. Las leyes antitabaco se preocupan por proteger la salud de los no fumadores, estas leyes son populares, no hacen daño a las empresas y al mismo tiempo alientan a los fumadores a dejar de fumar.

Algunos datos en torno a estas leyes y al humo de segunda mano nos señalan lo siguiente:

- Solo el 5,4% de las personas está protegido por las leyes generales nacionales libres de humo.
- De 2007 a 2008, el número de personas protegidas por el humo de segunda mano aumentó un 74% (de 208 a 362 millones de dólares invertidos).
- De las 100 ciudades más pobladas del mundo, tan solo veintidós son para no fumadores.
- Casi la mitad de los niños respira regularmente aire contaminado por humo de tabaco.
- Más del 40% de los niños tienen al menos un padre fumador.
- El humo de segunda mano causa 600,000 muertes prematuras al año.
- En 2004, los niños representaron el 28% de las muertes atribuibles al humo de segunda mano.
- Hay más de 4,000 productos químicos en el humo del tabaco, de los cuales al menos 250 se sabe que son dañinos y más de 50 se sabe que causan cáncer.
- En los adultos, el humo de segunda mano causa graves enfermedades cardiovasculares y respiratorias, incluyendo la enfermedad coronaria y cáncer de pulmón. En los bebés, causa muerte súbita. En las mujeres embarazadas, causa bajo peso al nacer del bebé que esperan.

Cocaína

Las zonas de producción, tráfico y consumo de cocaína han variado considerablemente a lo largo del tiempo. En los Estados Unidos se ha registrado una disminución a largo plazo de la demanda de cocaína; se estima que en 1982 10,5 millones de personas habían consumido cocaína; en 2008, esa cifra fue de 5,3 millones. Sin embargo, el número de consumidores de cocaína en Europa se ha duplicado, de dos millones en 1998 a 4,1 millones.

La región de América del Norte es el mayor mercado (referente a la compraventa) de cocaína del mundo, y le corresponde casi el 40% de los consumidores de esa droga a escala mundial. Las encuestas por hogares y escuelas, así como los re-

sultados de diversas pruebas forenses, confirman que el número total de personas que consumen cocaína en América del Norte es menor que en el pasado. El consumo de cocaína en los Estados Unidos viene disminuyendo desde hace tiempo, probablemente debido a las repercusiones en la oferta de las medidas de represión aplicadas en Colombia y México. El segundo flujo de cocaína más importante del mundo tiene por destino Europa, y ese flujo ha venido aumentando con rapidez. El mayor mercado nacional de cocaína de Europa es el Reino Unido, seguido de España, Italia, Alemania y Francia. Los niveles de prevalencia del consumo (porcentaje de la población que consume respecto de la población total) de cocaína son mayores en el Reino Unido y en España que en los Estados Unidos.

Heroína

La heroína es el opiáceo ilícito más consumido en el mundo. Es un derivado del opio, que a su vez también puede tener un consumo ilícito. Dos terceras partes del opio que no se transforma en heroína se consume únicamente en cinco países, como son la República de Irán (42%), Afganistán (7%), Pakistán (7%), la India (6%) y la Federación de Rusia (5%). Aunque también se usan otros opiáceos, incluidos diversos brebajes de paja de adormidera (planta de donde es extraído el opio) y los opiáceos que requieren receta médica, la heroína sigue siendo el opiáceo más problemático internacionalmente.

Si bien la producción de la mayor parte de los opiáceos ilícitos del mundo tiene lugar en Afganistán (6,900 toneladas métricas de opio, lo que correspondió al 89% de la producción mundial en 2009), también se producen cantidades importantes en Myanmar (330 toneladas métricas) y en América Latina (sobre todo en México y en Colombia). Desde 2003 México es el tercer productor más importante de opio en el mundo, con un volumen en 2008 (325 toneladas métricas), muy parecido al de Myanmar en 2009.

El mercado más grande de heroína en el mundo es Europa Occidental, y aproximadamente la mitad corresponde tan solo a tres países: el Reino Unido, Italia y Francia. El consumo de heroína parece estar disminuyendo en la mayoría de los países de Europa Occidental, aunque los daños causados por ese consumo aparentemente están aumentando, como refleja el número de muertes a causa de la heroína.

El segundo mercado más grande de heroína en el mundo es la Federación de Rusia; alrededor del 25% de toda la heroína afgana (95 toneladas métricas) es traficada cada año desde Afganistán hasta Asia central a lo largo de la "Ruta del Norte" para satisfacer la demanda en la Federación Rusa, de unas 70 toneladas métricas.

Se estima que en ese país el número de consumidores de opiáceos oscila entre 1,6 y 1,8 millones, lo que supone un índice de prevalencia del 1,6% de la población de entre 15 y 64 años de edad. Entre los consumidores de drogas es también muy alta la prevalencia del VIH (alrededor del 37%).

Los estimulantes de tipo anfetamínico

Los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) comprenden un conjunto de sustancias sintéticas del grupo de las anfetaminas (principalmente la anfetamina y la metanfetamina) y sustancias del grupo del éxtasis (metilendioximetanfetamina o MDMA, y otras sustancias análogas). Los ETA pueden producirse en cualquier lugar en que se disponga de precursores (así llamadas las sustancias o los compuestos químicos utilizados para su producción), por lo que tienden a elaborarse cerca de los principales mercados de consumo. En más de una tercera parte de los países que presentaron información a la UNODC se advirtió producción de ETA.

Las tendencias y los hábitos de consumo de estas sustancias también están variando:

América del Norte tuvo que hacer frente a un período de intenso consumo de metanfetamina, que progresivamente se desplazó desde el oeste hasta alcanzar la costa este. Los éxitos alcanzados en la fiscalización de precursores parecen haber reducido esa amenaza, a pesar del aumento del volumen de las incautaciones registrado en 2009.

- El éxtasis va adquiriendo mayor relevancia en muchas partes del mundo, particularmente en Asia, mientras que en Europa parece mantenerse constante. La situación sigue siendo dinámica, debido al surgimiento de nuevos centros de producción ilícita de éxtasis en todo el mundo y al hecho de que en los mercados de Europa y otras partes del mundo se descubran cada vez más sustancias sicotrópicas sintéticas de sustitución, en comprimidos que se venden como éxtasis. Las piperazinas, la ketamina y otras sustancias sucedáneas, sean comercializadas como éxtasis o con su propio nombre, se consumen cada vez más en los centros de recreación nocturna. Como consecuencia de esas variaciones en la demanda, ha variado la ubicación de las actividades de producción. Anteriormente, la mayoría de los comprimidos vendidos como éxtasis se fabricaban en Europa, pero ya no parece ser así. La producción de éxtasis ha aumentado en América del Norte (en particular, en Canadá) y en varias partes de Asia.

Cannabis

En contraste con los principales mercados internacionales ya mencionados, muy poco puede decirse sobre la evolución del mercado del *cannabis* a escala mundial, puesto que esa droga se produce localmente y su consumo está muy extendido en todo el mundo. Los mercados de resina de *cannabis* están más concentrados que los de la hierba de *cannabis*. Afganistán y Marruecos son los principales exportadores a escala internacional.

El *cannabis* sigue siendo la sustancia ilícita más consumida en el mundo. Se calcula que el número de personas que la habían consumido al menos una vez en 2008 osciló entre 129 millones y 191 millones, es decir, del 2,9% al 4,3% de la población mundial de 15 a 64 años de edad. El consumo de *cannabis* parece estar en declive a largo plazo en algunos de sus mercados más importantes, en particular América del Norte y algunas partes de Europa Occidental. Se ha informado de un consumo cada vez mayor en América del Sur, sin embargo la prevalencia anual sigue siendo muy inferior a la de América del Norte. Aunque se carece de datos científicamente válidos sobre el consumo de *cannabis* tanto en África como en Asia, los expertos nacionales de ambos continentes observan una tendencia al alza.

Consumo a escala nacional

En la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en su versión 2008, se nos da la pauta para conocer el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, tanto el consumo como las razones y las edades de comienzo entre otros indicadores, así como aspectos de percepción en torno al consumo de sustancias. Vamos a poner atención solamente a los índices de consumo y de adicción/dependencia a efectos de esta publicación.

Tabaco

En el ámbito nacional, entre la población de 12 a 65 años se encontró que 18.5% corresponde a fumadores activos, lo cual representa cerca de catorce millones de mexicanos fumadores; el 17.1% corresponde a exfumadores, los cuales indican no haber consumido productos derivados del tabaco en los últimos doce meses.

Tomando en cuenta específicamente a los fumadores activos en el ámbito nacional, los fumadores activos de entre 12 y 65 años inician el consumo diario de

cigarrillos a los 16.7 años. La edad promedio de inicio de consumo diario de cigarrillos fue de 13.7 años y de 16.7 años en adolescentes y adultos, respectivamente.

Los fumadores activos fuman siete cigarrillos al día en promedio. La duración promedio del hábito de fumar diariamente en los adolescentes de entre doce y diecisiete años de edad fue de 2.2 años y de 11.4 años en los adultos que se encuentran entre los 18 y los 65 años de edad. El 85.3% de los fumadores activos consume menos de dieciséis cigarrillos al día; 11.7%, de 16 a 25 cigarrillos, y cerca de 3% más de 25 cigarrillos.

Algunas de las características de los fumadores activos, tanto adolescentes como adultos que fumaron cigarrillos durante el último año, son las siguientes: 75.4% le "dan el golpe" al cigarro algunas veces o siempre; 11% fuman el primer cigarrillo del día durante la primera media hora después de levantarse; en más del 92% de los casos el periodo en el que fuman con mayor frecuencia corresponde al transcurso de la tarde y la noche.

Alcohol

La ENA nos presenta cifras que nos revelan que la población mexicana no bebe diario o casi diario, pues ocho de cada 1,000 personas informaron consumir todos los días, en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer. Este tipo de consumo aumenta con la edad; por ejemplo, es 3.4 veces más frecuente en hombres mayores de 50 años que en aquellos que tienen entre 18 y 29. La cerveza es la bebida de preferencia de la población mexicana. Le siguen los destilados y, en una proporción significativamente menor, el vino de mesa y las bebidas preparadas. El pulque es consumido por una proporción menor de la población, pero su consumo prevalece.

La ENA también nos muestra que el patrón de consumo típico es de grandes cantidades por ocasión de consumo. En total, casi 27 millones de mexicanos (26,828,893) entre 12 y 65 años beben con este patrón y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario. Esto significa que, aunque beban con poca frecuencia, cuando lo hacen ingieren grandes cantidades. Casi cuatro millones (3 986 461) beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia.

Tanto en hombres como en mujeres, el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el de 18 a 29 años. Los niveles descienden después conforme aumenta la edad.

La proporción de la población que presenta abuso/dependencia al alcohol es muy elevada. Poco más de cuatro millones de mexicanos (4,168,063) cumple con

los criterios para este trastorno; de estos, tres y medio millones (3,497,946) son hombres y poco más de medio millón (670,117) son mujeres.

Esta forma de beber se asocia con una proporción importante de problemas. Las dificultades más frecuentes ocurren con la familia (10.8%), a continuación aparecen las peleas (6%). Los problemas con la policía son menos frecuentes (3.7%), pero en una proporción importante (41.3%) se encontraron personas que fueron detenidas bajo los efectos del alcohol. Los problemas laborales no son muy comunes (3.7%) y en una proporción aún menor los problemas derivaron en la pérdida del empleo o en la posibilidad de perderlo (1.4%).

Los problemas con la familia son más frecuentes en los hombres, especialmente entre los mayores de edad (3.8 hombres por cada mujer). Entre los adolescentes, estas diferencias son menos marcadas (1.3 hombres por cada mujer). Más mujeres adolescentes (7.8%) que mujeres adultas (3.9%) informaron haber tenido problemas con la familia. Como era de esperarse, la población que calificó para el trastorno abuso/dependencia tiene más problemas que aquella que no presenta este problema.

Los mayores índices de consumo alto de alcohol se ubican en el centro-occidente del país (Aguascalientes, Zacatecas, Nayarit, Michoacán, *Jalisco*, Distrito Federal, Hidalgo, Tlaxcala, Morelos, Puebla y Querétaro). A estos se suman Campeche y Quintana Roo, de la zona sur, y Sonora, Baja California Sur, Nuevo León y Tamaulipas, en el norte. En el caso de los hombres, se incluyen Chihuahua, San Luis Potosí y Guerrero.

Cuando solo se considera el consumo consuetudinario, sobresalen los estados del centro norte y vuelven a aparecer Baja California Sur, Tamaulipas, Nuevo León, Zacatecas, Nayarit, *Jalisco*, Querétaro, Morelos e Hidalgo y, en el sur, Quintana Roo y Campeche. Para este parámetro se suman Colima, San Luis Potosí, Sinaloa, Durango y Chihuahua. Para las mujeres, no aparece Campeche como estado con niveles de consumo consuetudinario superiores a la media nacional.

Cuando solo se considera la población con abuso o dependencia del alcohol, la distribución se mueve más hacia el centro y sur del país. De la región norte, permanecen Tamaulipas y Baja California Sur; del centro del país, Aguascalientes, Durango, Nayarit, Michoacán, San Luis Potosí, Zacatecas, Morelos, Puebla, Querétaro, Hidalgo, y se suma Guerrero. De la zona sur, permanecen Quintana Roo y Campeche. Para los hombres, se suma Oaxaca. Para las mujeres adolescentes se suman Veracruz y Distrito Federal, y para las mujeres adultas, Tabasco y nuevamente Distrito Federal.

Otras drogas

En cuanto a los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, el total de la población que ha usado alguna vez drogas ilegales, inhalables o medicamentos con potencial adictivo fuera de prescripción, entre la población de 12 a 65 años que habita en zonas rurales y urbanas de México es del 5.7%; y esta proporción aumenta a 9.1% si solo se considera a los hombres, y desciende a 2.6% si se considera solo a las mujeres, quienes históricamente han estado menos expuestas al consumo de estas sustancias en una razón de 3.5 hombres por cada mujer. Por grupos de edad, la mayor proporción se ubica entre la población de 18 a 34 años de ambos sexos: 12.1% para los hombres y 3.3% para las mujeres. Entre los hombres el siguiente grupo más afectado corresponde a aquéllos de 35 años o más (8.6%). Para las mujeres, la incidencia se da en un 2.1% entre aquellas que tienen 35 años o más.

La ENA también estimó la prevalencia anual sobre la base del el número de personas que informaron haber usado drogas durante el año previo al estudio. Casi una tercera parte de quienes notificaron haber usado drogas alguna vez lo había hecho durante el último año. El índice de casos activos durante el año anterior a la encuesta en la población de entre 12 y 65 años, fue de 1.6%. Esta cifra aumenta a 2.5% cuando solo se considera a los hombres y a 3.4% cuando solo se considera a los hombres jóvenes (18 a 34 años). Después de averiguar sobre la presencia de una o más ocasiones de consumo durante los doce meses previos al estudio, la encuesta pregunta si este consumo ocurrió en los últimos 30 días. Los resultados indican que 62 de cada 100 casos activos en el último año también lo fueron durante el último mes.

La marihuana (*cannabis*) es la droga de preferencia en la población. Su incidencia acumulada alcanza 4.2%, seguida en orden por la cocaína, con 2.4% (una cuarta parte de los usuarios de cocaína consumen *crack*). En tercer lugar, se sitúan los inhalables (0.7%), seguidos muy de cerca por las metanfetaminas (0.5%), los alucinógenos (0.4%) y la heroína (0.1%).

La encuesta no solo permitió estar al tanto de la situación del problema nacionalmente, permitió también conocer cómo varía el problema a lo largo del país. En este informe se presentan las principales variaciones en los índices de consumo por tipo de sustancia y por características demográficas de la población. Los datos de la medición en 2008 muestran que dos estados, Quintana Roo en el sur y Tamaulipas en la frontera norte, tienen el mayor nivel de consumo, con una incidencia acumulada de 11.2 y 11.1% respectivamente. Se trata de dos de los catorce estados que tuvieron estimaciones de incidencia acumulada de cualquier clase de

droga, en población rural y urbana entre 12 y 65 años de edad, por encima de los intervalos de confianza de la prevalencia nacional.

Si bien un mayor número de estados que se ubican en este grupo están localizados en la zona norte, tenemos estados con niveles altos de consumo repartidos a lo largo del país. Tres estados más de la frontera norte se ubican en este grupo, Baja California (9.6%), Baja California Sur (8%) y Chihuahua (8.2%). También encontramos a Sinaloa (6.6%), Nayarit (7.6%), Durango (8.2%) y a Zacatecas (6.4%). De la zona centro del país encontramos a Hidalgo (9.2%) y al Distrito Federal (8.5%), que ocupan el cuarto y quinto lugar en niveles de consumo en el país. Guanajuato (6.9%) y Querétaro (6.8%) también se ubican entre los estados con altos niveles de consumo. De la zona sur, además de Quintana Roo, a quien ya habíamos mencionado, encontramos a Tabasco, con una prevalencia acumulada de 6.4%.

Seis estados se ubican alrededor de la media nacional, Michoacán (5.6%), Sonora (5.5%), **Jalisco (5.3%)**, Aguascalientes (5.3%), Campeche (5.3%) y Guerrero (5.2%). Por debajo de la media tenemos a dos estados en la Frontera Norte, Coahuila (3.6%) y Nuevo León (4.4%); y un estado más de la región norte, San Luis Potosí (3.4%). De la zona centro tenemos cuatro estados, Morelos (4.6%), el Estado de México (4.8%), Puebla (3.6%), y Tlaxcala (3.0%). Y de la zona sur, cinco estados, Yucatán (4.7%), Oaxaca (3.5%), Veracruz (3.3%), Colima (2.8%) y Chiapas (2.2%) que es el estado con los índices más bajos de consumo. Es decir, excluyendo a Quintana Roo y a Tabasco, que se ubican en los niveles más altos de consumo, y a Campeche que tiene un nivel medio de consumo, la mayor parte de los estados de la región sur del país tienen los niveles más bajos de consumo; en contraste, cuatro estados de la frontera norte están en el primer grupo. Hidalgo y el Distrito Federal tienen niveles equiparables de consumo a lo que se observa en la zona norte.

Jalisco se encuentra entre los diez estados que tienen niveles de consumo de estimulantes tipo anfetamínico superiores al promedio. No así para la marihuana, la cocaína y la heroína, para los cuales el estado de Jalisco se encuentra dentro de la media nacional.

Consumo local

Tabaco

De la misma manera, en la ENA en el estado de Jalisco se encontró que los fumadores activos constituían el 20.8% de la población (cerca de 820,000 personas), con una prevalencia mayor que el promedio nacional. Los fumadores activos iniciaron el consumo diario de cigarrillos a los 16.2 años, fuman en promedio nueve cigarrillos diarios y el 18.5% de ellos fuma el primer cigarro del día durante la primera media hora después de levantarse. El 81.9% de los fumadores activos consume menos de dieciséis cigarrillos al día, el 15.8% de dieciséis a 25 cigarrillos y el 2.3% más de 26 cigarrillos. Algunas de las características de los fumadores activos (aquellos que fumaron cigarrillos durante el último año) en la población entre 18 y 65 años residente en Jalisco, son las siguientes: el 92.1% "le da el golpe" al cigarro algunas veces o siempre; el 18.5% fuma el primer cigarro del día durante la primera media hora después de levantarse; el periodo en el que fuman con mayor frecuencia, en el 82.8% de los casos, es en el transcurso de la tarde y la noche.

El 16.1% de la población en el rango estudiado, cerca de 636 mil, son exfumadores, y la razón más importante por la que dejaron de fumar fue la conciencia de los daños a la salud que provoca el consumo de tabaco. El 63.1% de este sector poblacional, cerca de 2,487,000 personas, refirió nunca haber fumado.

Alcohol

En términos de la ENA, los resultados en el estado de Jalisco con respecto del consumo diario de alcohol, en los hombres (3.0%) está muy por encima del promedio del país, y en las mujeres (0.1%) se encuentra por debajo. En cuanto al consumo alto, tanto los hombres (42.9%) como las mujeres (19.9%) se encuentran por encima del promedio nacional.

Para el consumo consuetudinario, en los hombres (10.3%) se observa un consumo por encima del promedio nacional, lo cual también ocurre en el caso de las mujeres (2.8%). Finalmente, en relación con el abuso/dependencia, en el estado se encuentra que para los hombres (9.3%) el porcentaje es igual al promedio nacional y en las mujeres (2.3%) el abuso/dependencia es mayor que el promedio nacional.

Otras drogas

Los resultados en Jalisco muestran que la exposición al consumo de drogas (que les hayan regalado o intentado vender) es ligeramente mayor en hombres y mujeres que el promedio nacional. Al comparar la exposición en el estado con la nacional, para los hombres, la razón es de 1.1 hombres del estado por cada uno del país y, en el mismo sentido, en las mujeres la razón es de 1.2 en el estado por una nacional. Como en los resultados nacionales, más hombres (32%) que mujeres (9.5%) están expuestos. En las prevalencias del consumo global de drogas (sin incluir tabaco ni alcohol), en los hombres el consumo es menor que el promedio nacional; sucede lo contrario con las mujeres cuyo consumo es mayor en el estado.

Para las drogas ilegales, el consumo en el estado es menor que el promedio nacional en un 1.3% en el caso de los hombres, en contraste con un consumo mayor en el estado en un 0.6% por parte de las mujeres. Para las drogas médicas, el consumo de los hombres del estado está debajo del promedio nacional, por el contrario, el consumo de las mujeres del estado está encima del promedio nacional.

Para algunas drogas específicas, como la marihuana, la cocaína y las metanfetaminas, en general, el consumo está dentro del promedio, en ambos sexos; sin embargo, el consumo de cocaína en los hombres es menor que el promedio y el consumo de metanfetaminas en mujeres es mayor que el promedio nacional. Adicional a lo señalado anteriormente, en casi todos los casos, el consumo de estas drogas es mayor en los hombres en comparación con las mujeres, a excepción de drogas médicas, cuyo consumo es igual para ambos sexos.

Los datos de la encuesta permiten aproximarnos a la demanda de necesidades de atención de la población total, de manera que en lo alto de la pirámide de atención se observa que el 0.6% presenta dependencia, lo que corresponde a 29,756 personas en el estado. Al analizar otros aspectos sobre el consumo de drogas, alrededor de tres cuartas partes de los hombres y mujeres del estado señalan que el número de usuarios en el país se ha incrementado en los últimos cinco años. De la misma forma, prevalece la concepción de que el adicto a las drogas es alguien que necesita ayuda (70.7%) y es una persona enferma (66.8%); en tanto, una menor proporción considera que es alguien egoísta (21.8%), o que es independiente (14.6%). En cuanto a qué hacer para rehabilitar a las personas adictas a las drogas, la mayor parte de los encuestados señala que deben ser enviadas a granjas especiales fuera de la ciudad (55.8%). Con relación a la percepción de cuán adictivas son las drogas, la cocaína (89.3%), la marihuana (88.0%) y el alcohol (78.7%), son las que se señalan en el estado como las de mayor potencial adictivo. Al analizar algunas de las características de quienes usan drogas, especialmente en la pobla-

ción de 12 a 25 años, se observa que son personas principalmente que ya no están estudiando o que viven solamente con el papá, además de que en el entorno social en que se mueven hay personas que consumen drogas.

Situación en el estado de Jalisco

En el estado de Jalisco, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), pretende dar respuesta a la necesidad de conocer la conducta de la población hacia las sustancias psicoactivas y el entorno en que se desarrolla, mostrando la distribución porcentual en el consumo de sustancias, el perfil y patrón de los usuarios; nos permite también conocer la morbilidad y la mortalidad que hay en torno al consumo de sustancias y se presentan datos relevantes en cuanto a los riesgos que se corren en el ámbito laboral en relación con el consumo de sustancias.

Tomando en cuenta el *patrón de consumo* del uso y abuso de sustancias adictivas que se registra en el SISVEA, el 53.9% de los pacientes atendidos por instituciones y organismos no gubernamentales que participan en el Sistema durante el año 2008 consume sustancias adictivas diariamente en más de tres ocasiones por día; el 15.3% las consume una vez por semana; el 6.1% es usuario de dos a tres veces por día y el 3.9% ingiere las sustancias entre una a tres veces por semana.

Respecto de las drogas que *provocan mayor impacto*, los pacientes refirieron, dadas las estadísticas, que en primer lugar se encuentra el alcohol, con el 21.9%, seguido por la cocaína, con el 17.5%; la marihuana, el 16.3%; el basuco, o pasta base, con el 10.9%; el *crack*, el 10.2%. El 4.4% mencionó el cristal; el tabaco con 4.4% y la menor proporción para el opio, con el 0.3%.

En relación con la sustancia adictiva que se *consume con mayor frecuencia* por parte de esta población encontramos el alcohol, una vez más en primer lugar, que alcanza el 72.7%, seguido por la marihuana, con el 60.2% de los casos; en tercer lugar el tabaco, con el 50%; el 44.8% utiliza la cocaína, el 23.3% refiere consumir inhalantes, el 16.2% y el 13.8% consumen basuco y *crack*, respectivamente. Con el 9.6% encontramos el cristal y en proporciones menores encontramos a los alucinógenos con el 2.1%, a las anfetaminas con el 1.8%; a la heroína con el 1.5%. Menores del 1% se encuentran los derivados de opio, morfina y barbitúricos.

Tomando como base los datos obtenidos exclusivamente en la ciudad de Guadalajara y en torno a la actividad laboral de los pacientes, obtenemos datos también significativos, pues el más alto porcentaje (37.7%) de ellos refiere tener un trabajo fijo; el 20.7% se registra como desempleado, sin que esto signifique que el consumo de sustancias sea causa de su desempleo; el 10.4% se registra como

desocupado, con la misma acotación que en el caso de los desempleados; tenemos a los estudiantes con el 7.0%; el 20.9% realiza algún trabajo ocasionalmente; el 2.7% son amas de casa; el 0.5% es jubilado.

En cuanto al *patrón de consumo* del uso y abuso de sustancias adictivas observamos que el 53.3% las consume en más de tres ocasiones por día; el 15.2% las consume de dos a tres veces por semana; el 14.5% es usuario en una ocasión por semana; el 6.4% es usuario de dos a tres veces por día. Estos porcentajes son muy similares a los mostrados en el global del estado de Jalisco, lo cual nos indica de alguna manera que en Guadalajara se marca la pauta del consumo que se da en todo el estado.

Respecto de las drogas que provocan mayor impacto, los sujetos refirieron que en primer lugar se encuentra el alcohol, con el 21%; en segundo lugar tenemos la cocaína, con el 17.5%, seguido por la marihuana, con un 16.6%; el basuco, con el 10.9%; el *crack*, con el 10.4%; con el 13.2% tenemos el éxtasis; con el 7.7% encontramos los inhalantes; el tabaco con el 6%, y con proporciones menores que el 1% encontramos a la heroína, los alucinógenos y los derivados de opio; morfina y anfetaminas.

Para obtener la relación con la sustancia adictiva que se *consume con mayor frecuencia* por parte de esta población, sumamos la historia de consumo de diferentes drogas y encontramos las drogas legales, alcohol y tabaco, como las más importantes, ya que les corresponde el 72.1% y el 49.2%, respectivamente. Dentro de las drogas ilegales encontramos en primer lugar a la marihuana, con el 61.2% de los usuarios, seguido por los que consumen cocaína, con el 44.8%. Con el 24.2% están los que consumen inhalantes, y con el 16.6% y el 14% para los derivados de cocaína como lo son el basuco y el *crack*, el cristal con el 8.8%; el 2.2% utilizó los alucinógenos, el 1.9 anfetaminas y el 1.6% heroína. Con proporciones menores que el 0.5% encontramos a los derivados de opio; morfina y barbitúricos

Siendo la *mortalidad* uno de los principales indicadores en los individuos usuarios de drogas, se obtienen datos de los registros del Servicio Médico Forense de la ciudad de Guadalajara e interior del Estado de Jalisco. Después de cumplir con ciertos criterios del SISVEA, como contar con la información completa tanto en libro de registro de autopsias como en el libro del área de trabajo social captados en el SEMEFO, se obtienen datos de los registros de cadáveres que dan positivo a algún nivel de sustancias adictivas en sus fluidos corporales.

Tomando en cuenta un global de las muertes reportadas de cadáveres positivos a sustancias, y centrando los resultados en el lugar donde se da la muerte, tenemos que el 0.5% de las muertes se dan en el lugar de trabajo. Del total de las muertes a causa de accidentes, el 0.9% fueron a causa de un accidente en el lugar

de trabajo y del total de suicidios en el Estado de Jalisco el 0.7% de estos fallecimientos ocurrieron en el lugar de trabajo tal como nos lo muestra el siguiente cuadro.

Lugares donde ocurrió la muerte de positivos a sustancias, según el tipo de muerte, en el estado de Jalisco

Lugar de la muerte	*Global N = 917*	*Accidente N = 467*	*Homicidio N = 191*	*Suicidio N = 153*	*No violenta N = 106*
Tránsito	41.8	81.4	0.5	0.0	0.0
Hogar	34.4	13.9	1.0	97.4	93.4
Vía pública	21.8	0.6	98.4	1.3	6.6
Áreas de recreo	1.4	2.8	0.0	0.0	0.0
Áreas de trabajo	0.5	0.9	0.0	0.7	0.0
Áreas de servicio	0.1	0.0	0.0	0.7	0.0
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Siguiendo con las estadísticas para el estado de Jalisco, si tomamos en cuenta el *tipo de sustancia adictiva* de todas aquellas personas que dieron positivo en sus fluidos sanguíneos por haber consumido alcohol, el 0.6% de ellos murió en el lugar de trabajo. Ninguna otra sustancia nos mostró resultados positivos relativos a que el lugar donde ocurrió la muerte fuera el de trabajo.

Tomando en cuenta los registros de cadáveres positivos a sustancias en la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG), y centrando los resultados en el lugar donde se da la muerte, según tipo, tenemos que, del total de estas muertes, el 0.9% se produce en el lugar de trabajo; del total de las personas que fallecieron por alguna causa accidental, el 1.4% murió en el área de trabajo y del total de las personas que fallecieron a causa de suicidio, el 1.4% estaba en el lugar de trabajo.

Si tomamos en cuenta el *tipo de sustancia adictiva*, para la ZMG, de todas aquellas personas que dieron positivo en sus fluidos sanguíneos a haber consumido alcohol, el 1.0% de ellas murió en el lugar de trabajo; y de los cadáveres que dieron positivo a tranquilizantes, el 5.1% fueron personas que fallecieron en el área de trabajo. Ninguna otra sustancia mostró resultados positivos en los cadáveres, según el tipo y lugar de la muerte.

5. Consumo de sustancias en el ámbito laboral

La gravedad del consumo de sustancias (alcohol, tabaco u otras drogas) en el ámbito laboral ha sido reconocida ya desde hace tiempo por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), organismo que considera que el consumo de sustancias es un problema que integra a un número elevado de trabajadores; la OIT señala que los efectos nocivos del consumo de sustancias corresponden a todos los niveles socioeconómicos y no son exclusivos de los niveles más bajos, como se podría suponer. La seguridad profesional y la productividad pueden verse afectadas de forma adversa por empleados que laboran bajo las influencias de las distintas sustancias psicoactivas. La OIT indica también que el consumo de sustancias por los trabajadores produce un fuerte impacto, que se extiende a familia y compañeros de trabajo, afectados en términos de pérdida de ingresos, estrés y baja moral. Por tanto, el consumo de sustancias es un problema que no solo afecta al que las consume, sino también a la empresa, la familia y la sociedad en general.

Poniendo especial atención a la parte de la empresa, las condiciones de trabajo vienen a ser un factor importante en la vida de los trabajadores y de la empresa misma, y pueden tener una influencia decisiva en los niveles de salud y bienestar, dentro y fuera del ámbito laboral. La prevención de riesgos laborales es un deber de las empresas y un derecho de los trabajadores, los cuales también deben velar por la protección de su propia salud y la de sus compañeros. El lugar de trabajo es un ambiente en el que las personas se desenvuelven y con el cual satisfacen diversas necesidades inmediatas y de socialización. En un estudio realizado en la ciudad de México en 1997, se encontró que cuando el trabajo carece de las características apropiadas, se afectan aspectos como la satisfacción y el compromiso, lo que causa bajo rendimiento. En el ambiente laboral existen múltiples factores, entre los cuales está el clima organizacional, el estrés, la estructura organizacional y el tamaño de la empresa, que pueden propiciar bienestar o malestar a los

trabajadores. En los últimos años se ha resaltado la importancia del clima organizacional, por los efectos directos que tiene en la salud mental, la salud física y las consecuencias positivas en la productividad dentro de las organizaciones laborales. Asimismo, se ha visto que el clima organizacional se refleja de forma positiva mediante el logro, la afiliación, el poder, la productividad, la disminución en la rotación y la satisfacción; y de forma negativa con inadaptación, aumento en la rotación, absentismo y baja productividad.

En su publicación de 2003, Parker y colaboradores realizaron un metaanálisis de clima organizacional desde la percepción del trabajador, y encontraron que el clima predice las actitudes en el trabajo, la motivación y el desempeño. Concluyeron que el clima organizacional tiene un efecto indirecto en el desempeño, ya que está mediado totalmente por las actitudes y la motivación de las personas hacia su trabajo, y que las actitudes de los trabajadores tienen un efecto parcial sobre el desempeño, mediado por su motivación. Por su parte, Carr y colaboradores, en 2003, realizaron otro metaanálisis utilizando una clasificación del clima en tres dimensiones: afectiva, cognitiva e instrumental. Probaron un modelo con variables como desempeño, bienestar psicológico, abandono; consideraron el compromiso y la satisfacción laboral, que en la bibliografía se han observado como importantes para el desempeño. Identificaron correlaciones entre la esfera afectiva y el bienestar, y de manera negativa con el abandono, y una relación negativa de la esfera instrumental con el abandono. Al introducir los estados afectivos y cognitivos, se observó que el clima instrumental tiene un efecto directo con el abandono, así como los estados afectivos y cognitivos predicen el desempeño.

El estrés laboral es otro factor que tiene repercusiones importantes en las personas; algunos lo definen como:

> la percepción que tiene el trabajador de aquellas condiciones adversas en el lugar de trabajo, debidas a la naturaleza de la ocupación, a sus condiciones, a los conflictos interpersonales, a una supervisión, gerencia o dirección ineficaz y a los conflictos entre el trabajo y las obligaciones personales y las necesidades propias de la autorrealización,

Relacionando los conceptos anteriores con el consumo de sustancias, en diversos estudios se han mostrado relaciones significativas entre los niveles de estrés en el trabajo, la calidad del clima organizacional y el consumo de sustancias. Por ejemplo, se ha demostrado que el estrés es un predictor del uso de sustancias psicoactivas, principalmente en hombres. En esta misma línea, tanto a escala nacional como escala internacional, se ha encontrado que el consumo de alcohol está asociado con baja productividad, absentismo, conductas de alto riesgo y lesiones.

En México, estas investigaciones permiten corroborar que el consumo de alcohol es un problema de salud pública, y que el patrón de consumo que se mantiene en nuestro país (baja frecuencia, pero de grandes cantidades por ocasión), ha presentado diversos problemas y un costo importante para la sociedad.

Prevalencia de uso y abuso en el consumo de sustancias en el trabajo

El consumo de sustancias se evalúa a través de la prevalencia; esto es, el número de usuarios en relación con el tamaño de la población. Podemos hablar de tipos de prevalencia, en los cuales se considera el periodo tomado en cuenta; por ejemplo, a la prevalencia que nos habla del consumo que se dio alguna vez en la vida la llamamos *prevalencia global*; también encontramos la *prevalencia lápsica* o *por periodo*, la cual nos remite al consumo en los últimos doce meses, *prevalencia actual*, el consumo registrado en el último mes y *prevalencia instantánea*, el consumo en los últimos siete días.

Algunos estudios muestran que el consumo de sustancias en el lugar de trabajo se relaciona con algunos factores socio-demográficos como edad, estado civil e ingreso económico bajo; así como con algunos factores psicosociales, como baja autoestima, depresión, conducta violenta, además de algunas condiciones laborales, como ocupación, tipo de empleo y seguridad laboral. Finalmente, se han encontrado también algunas relaciones temporales entre el consumo de sustancias y la violencia dentro y fuera del lugar de trabajo.

En el plano internacional, las prevalencias de consumo de drogas en la población laboral son similares a las encontradas en la población general. En ambas poblaciones las sustancias psicoactivas más consumidas son las legales, en primer lugar el alcohol, seguido del tabaco, y la droga ilegal con mayor prevalencia de consumo es el *cannabis* (o marihuana), seguido de la cocaína en polvo. No obstante, se observa que la prevalencia de los distintos indicadores de consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales tiende a ser ligeramente superior en la población laboral, con excepción del consumo de tranquilizantes y somníferos en la población de 35-64, años que es más bajo en el sector de los ocupados.

Prevalencia anual de consumo de sustancias ilegales 2000-2001

	Total	*Marihuana*	*Estimulantes*		*Cocaína*	*Opiáceos*	*De los cuales heroína*
			Anfetamina	*Éxtasis*			
Global (millones de personas)	200	162.8	34.3	7.7	14.1	14.9	9.5
% del total de la población	3.4	2.7	0.6	0.1	0.2	0.3	0.16
% de mayores de 15 años	4.7	3.9	0.8	0.2	0.3	0.4	0.22

Fuente: *Global Illicit drugs trends 2003*, UNOCD, Viena, Austria.

Con respecto a la elevada prevalencia del consumo de sustancias entre la población trabajadora, esto se convierte en un problema de gran magnitud. Los primeros estudios a escala nacional sobre el consumo de sustancias en el ámbito laboral, así como estudios en Estados Unidos y Europa, corroboran las elevadas prevalencias, con cifras semejantes a las referidas por las encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas realizadas sobre la base del plan nacional sobre drogas en España, por citar un ejemplo.

En los últimos años se ha encontrado que entre el 15% y el 30% de los accidentes mortales ocurridos en el trabajo se deben al consumo de drogas; el 20% al 25% de los accidentes laborales afectan a personas en estado de intoxicación, y los consumidores de alcohol padecen de dos a cuatro veces más accidentes, y el absentismo laboral es dos a tres veces mayor que en los demás empleados. En general, el porcentaje de trabajadores con un consumo abusivo de sustancias va desde el 40% hasta el 70%. En estos mismos estudios, realizados en numerosos países, se demuestra que el 71% de los consumidores problemáticos de sustancias son personas que trabajan.

Diversos estudios a escala nacional sobre la prevalencia del consumo de drogas en el medio laboral en población general refieren algo menos de un 50% de trabajadores que fuman tabaco (con una escalada del consumo por parte de la mujer), de un 15% de consumidores excesivos de alcohol (también se presume que puede encontrarse en la mujer trabajadora en una proporción importante), de un 10% de consumidores de medicamentos sin prescripción médica específica, y de un 3% al 4% de consumidores de las drogas no institucionalizadas (*cannabis*,

cocaína, anfetaminas, éxtasis, heroína y sus mezclas). Es posible encontrar estos datos en cualquier estudio que realicemos en nuestro propio medio.

En un estudio hecho con mujeres trabajadoras en 2006, en México, Perú y Brasil, los datos proporcionan, en relación con el consumo de drogas ilícitas en México, una proporción del 5%; en Perú se encontró que el 6% consume drogas ilícitas, y Brasil no informó consumo de drogas ilícitas en la muestra, datos muy similares a los registrados por las encuestas nacionales realizadas en estos países. En cuanto al consumo de alcohol, la proporción del consumo en México fue del 11%, dato inferior a los registrados por la Encuesta Nacional de Adicciones de ese mismo año. En Perú, el consumo de alcohol fue del 53%. En Brasil, el consumo de alcohol fue del 45%, dato similar al mostrado por el observatorio brasileño.

En el mismo estudio se encontró que hay algunos factores clave que pueden resultar predictores de consumo; por ejemplo el número de hijos. Específicamente en Perú y en Brasil, se encontró correlación negativa y significativa del número de hijos y el consumo de alcohol, lo que indica que, cuanto menor el número de hijos, mayor es el consumo de esta sustancia. Probablemente este hecho tenga varias explicaciones. Una de ellas es que a la mujer se le han asignado múltiples premisas socioculturales, como ser la responsable de la crianza de los hijos; se ha idealizado la imagen social y cultural de la madre, por lo que la sociedad estigmatiza a las mujeres consumidoras de alcohol, señalando que esta conducta es contraria a los ideales femeninos. Por tal razón, probablemente las mujeres con menos hijos tienen menos restricciones sociales para el consumo de alcohol. Otra explicación puede ser que este consumo se utilice como mecanismo de afrontamiento ante la presión social de que el ideal cultural tradicional es tener una familia numerosa, y esto se ilustra mejor con la media de hijos en Perú y Brasil, que fue de uno.

El siguiente factor predictor del consumo de alcohol fue la violencia laboral, específicamente en México. Se encontró, además, correlación positiva y significativa de la violencia laboral y el consumo, donde podemos encontrar que, a mayor violencia laboral, mayor es el consumo de alcohol. Este hecho puede sustentarse en las relaciones de poder y en el hecho de que a la mujer socialmente se le ha asignado culturalmente oportunidades para su desarrollo emocional y femineidad junto a su familia y al lado de su esposo, por lo que al salir a trabajar, cuestiona su papel y se expone al uso del poder muchas veces masculino. Otra explicación es que estas mujeres están afrontando la violencia laboral por medio de la evasión y negación, utilizando el consumo de alcohol como mecanismo para olvidar y no hacer frente a los problemas en su trabajo, porque probablemente no encuentran otras formas de afrontamiento más saludables y no tienen el apoyo social requerido para informar estos hechos, darles seguimiento y lograr que se prevengan.

Respecto del alcohol, se ha encontrado que su consumo y abuso alcanza las prevalencias más altas en la población activa asalariada que en el total de la población. Un 95% de la población laboral ha tomado bebidas alcohólicas alguna vez, y el 90% lo ha hecho en los últimos doce meses. Se estima que el 12% de los trabajadores bebe con niveles de consumo que suponen un riesgo para la salud. El 26% de los bebedores ha presentado problemas derivados del uso de alcohol, y casi un 7% de los bebedores ha sufrido algún tipo de consecuencia laboral negativa por el uso del alcohol (accidentes, sanciones, absentismo, despidos).

En un estudio realizado en México, poco más de la mitad de los encuestados, el 61.7%, consumió bebidas alcohólicas en el último año; aproximadamente una cuarta parte (25.8%) de los encuestados se clasificaron como casos con problemas ocasionados por el alcohol. Asimismo, sobre la base de una prueba breve, poco más de la mitad (64.2%) no bebe o presenta un consumo de bajo riesgo, el 26.5% presenta un consumo de alcohol que lo puede poner en riesgo y el 5.3% presenta consumo que ya es considerado peligroso. Un 9.6% afirmó haber consumido alcohol cuando sale con su jefe (casi siempre o siempre), el 8.2% lo consumió antes de iniciar su jornada de trabajo, y 2.2% mencionó haberlo hecho dentro del centro de trabajo.

El alcoholismo es uno de los problemas sanitarios de mayor relevancia mundial, con unos costes sociales y económicos que resultan alarmantes, sobre todo para países que están en vías de desarrollo, en los cuales el gasto en temas de prevención y tratamiento del alcoholismo actúa en detrimento de su propio crecimiento económico, social y de salud pública.

La repercusión social del paciente alcohólico es alta. Aunque la figura más representativa del paciente alcohólico sea la del "vagabundo borracho", esta clase de pacientes representa únicamente alrededor del 5% de los alcohólicos. La inmensa mayoría vive con sus familias, sea que vivan con sus padres o con alguno de ellos, sea que tengan familia propia; también la mayoría tiene trabajo, y lleva una vida aparentemente normal.

Los que más consumen alcohol en sus distintas presentaciones son los hombres, de edad comprendida entre los 25 y los 44 años. Por dicho motivo, la prevalencia del consumo de alcohol en la población trabajadora supera la prevalencia que se da en la población general. Cabe afirmar que la mayoría de los pacientes en tratamiento por dependencia alcohólica o con antecedentes de problemas superados se encuentra en una situación laboral activa.

En la misma encuesta se encuentra que la población trabajadora consume más alcohol que la población general, y los desempleados consumen todavía mayor cantidad, en todas las edades, que las personas laboralmente activas. El 14.4%

de los trabajadores refiere haber consumido más de 75 ml (60 g) el día anterior, lo que implica riesgo elevado; el 20.6% consumió entre 26 ml y 75 ml, que significas una ingesta de riesgo entre ligero y moderado.

Es importante destacar las variables en función del nivel profesional y socioeconómico: la frecuencia de bebedores por encima de 75 ml de alcohol/día en la muestra estudiada es inversamente proporcional al nivel sociocultural. Al analizar el sector productivo, se destaca la mayor concentración de bebedores abusivos en sectores de riesgo como la construcción (26.9%), el transporte y las comunicaciones (19.5%) y los sectores de la minería, la energía y la química (16.7%).

Es de destacar, también, la alta tasa de siniestralidad laboral que, por las características del trabajo se produce en el sector de la construcción, y donde el consumo de bebidas alcohólicas durante la jornada laboral, o en las horas previas, incluso en dosis bajas, produce modificaciones conductuales que pueden interferir con la realización de las tareas propias de cada trabajo y ocasionar situaciones de especial riesgo. Un estudio demostró que los trabajadores que presentaban problemas relacionados con el alcohol tenían 2.7 más ausencias en el trabajo por accidentes que los trabajadores que no tomaban alcohol.

Según la OIT, en dos estudios realizados en Ginebra 1998, entre el 70% y el 80% de los incidentes provocados por el alcohol (accidentes, riñas, absentismo, delitos) son obra de bebedores moderados o de personas que beben muy poco. El estudio de los costos de las afecciones asociadas realizado en algunos países muestra el elevado coste que supone el consumo abusivo de alcohol y drogas. Asimismo, la OIT indica que entre el 20% y el 25% de los accidentes en el lugar de trabajo, y cerca del 30% de los fallecimientos vinculados a la actividad laboral, están relacionados con el consumo de alcohol y drogas.

Gómez-Talegón y Álvarez González (2009) realizaron un estudio de un año de tratamiento con pacientes dependientes del alcohol, en el cual encontramos que el 57% de los pacientes dependientes tuvieron problemas laborales relacionados con el alcohol durante toda su vida; los problemas más frecuentes fueron absentismo, 34.4%, y llamadas de atención, 28%. Durante el año que estos pacientes recibieron tratamiento, el 22.6% (21 de 93) tuvo problemas laborales, con una media de problemas de 2.2 ffl 0.98; los más frecuentes fueron el absentismo (15.1%) y el desempleo (14%).

Durante los doce meses que permanecieron en tratamiento, la disminución de problemas laborales fue significativa respecto del año anterior al inicio del tratamiento. Sin embargo, no hay diferencias en la media de problemas laborales si se comparan el año previo y el año de tratamiento. Se ha observado un descenso

significativo en el absentismo y las llamadas de atención, pero no en los otros tipos de problemas laborales relacionados con el alcohol.

En España, según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, el 26.4% de la población mayor de 16 años se declaró fumadora en 2006, y el consumo de tabaco es causa directa de que cada año se produzcan alrededor de 56,000 muertes. El tabaquismo es la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte prematura que puede resultar prevenible, y es también el responsable de 36.2 millones de años de vida potencialmente perdidos. Se calcula que los fumadores mueren, como promedio, diez años antes que los no fumadores; por tanto, la deshabituación tabáquica es uno de los mayores beneficios sanitarios para la población de todas las edades. En comparación con los no fumadores, los fumadores son más proclives a padecer un amplio abanico de enfermedades. Esto conlleva ineludiblemente importantes costes para la sociedad, tanto derivados del consumo de recursos sanitarios (costes directos), como derivados de las pérdidas de productividad laboral (costes indirectos).

En España, se estima que el consumo de tabaco en las empresas, supone costes anuales de 7.841 millones de euros, según puso de manifiesto el Informe del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, publicado en 2005. En esta cifra se incluyeron los costes derivados del absentismo laboral por enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco, la pérdida de productividad en el lugar de trabajo y los costes adicionales de limpieza y conservación de instalaciones (261, 6,001 y 1,579 millones de euros respectivamente).

Teniendo en cuenta el impacto que supone el tabaquismo sobre el absentismo y las pérdidas de productividad laboral por encima de las derivadas del alcoholismo o de la atención a problemas familiares de salud y sobre el incremento de accidentes laborales (generalmente por las pérdidas de concentración o atención en el trabajo), es fácil entender el gran interés que puede tener para las empresas involucrarse en programas cuyo objetivo sea la deshabituación tabáquica de sus empleados.

Si nos preguntáramos acerca de las alternativas de tratamiento con respecto al tabaco, hasta el momento son tres las opciones farmacológicas disponibles en el mercado; la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) en forma de parches o chicles y los tratamientos orales con bupropión o vareniclina. Los respectivos ensayos clínicos han mostrado que, con estos tratamientos y el correspondiente seguimiento por parte del médico, el porcentaje de fumadores que consigue dejar el hábito, como mínimo durante al menos un año, es del 12% con TSN en forma de parches, del 13% con bupropión y del 21% con vareniclina; en comparación con el aproximadamente un 7% que suele conseguirlo con placebo.

En un estudio realizado por Ochoa y Madoz con población en general y también trabajadora en España en 2008, se encontró que el *cannabis* es la sustancia psicoactiva ilegal más consumida, y entre determinados segmentos de población tiene prevalencias casi tan importantes como el tabaco y el alcohol. Un 54% de los entrevistados que son activos laboralmente refiere haberlo consumido alguna vez, el 34% lo ha hecho en los últimos doce meses y el 27% en los últimos treinta días. El 10% de los trabajadores refiere su consumo habitual (de tres a siete veces/semana). Consumen con más frecuencia los varones, y entre ellos los de 16 a 34 años. Este porcentaje en el consumo es mucho más frecuente que lo referido en estudios anteriores, que indicaban un consumo en el último mes en población activa del 7% a 9%.

En el mismo estudio se encontró que la *cocaína* es también una sustancia ilegal bastante consumida entre algunos segmentos de la población laboral. Un 22% de los activos laboralmente ha consumido cocaína alguna vez, un 12% lo ha hecho en los últimos doce meses y el 7.5% en los últimos treinta días. El consumo es más esporádico que en otras sustancias; así, el 0.4% refiere consumirla con frecuencia diaria o casi diaria. Los varones consumen más que las mujeres, especialmente los que están entre los 16 y los 34 años. Esta prevalencia de consumo ha aumentado de forma importante en los últimos diez años, que referían prevalencias mensuales entre el 1.6% y el 3%.

El consumo de *alucinógenos*, drogas de síntesis y anfetaminas presenta mucha asociación entre ellas, y también con la cocaína y el *cannabis*. Su uso frecuente no es muy amplio, aunque en ciertos segmentos de población laboral, como entre los varones de 16 a 24 años, el uso es importante, con una prevalencia del 7% al 10% en los últimos doce meses. Este consumo ha aumentado en los últimos años, pues pasó de 0.8% al 1% en 1998, al 1% al 3% de 2008.

El 0.4% de los activos laboralmente ha consumido *heroína* alguna vez, y el 0.1% lo hizo en los últimos doce meses. Parece que el consumo de heroína en población laboral ha descendido claramente en los últimos diez años. El perfil de sus consumidores en situación laboral activa corresponde a varones (3/1), de edades entre 25-34 años actual. Entre los consumidores de drogas ilegales, el 33% ha experimentado alguna consecuencia negativa y el 7.6% presentó consecuencias laborales negativas.

Situación en México

A escala nacional hay diversos estudios que nos señalan las prevalencias de consumo en la población general, y de ahí podemos rescatar algunos datos sociodemográficos que nos indican la situación laboral de estas personas.

Perfil sociodemográfico de la población que acude a los centros no gubernamentales de tratamiento, según droga de impacto, 2009. NACIONAL

Características	*Global*	*Alcohol*	*Cannabis o marihuana*	*Inhalables*	*Alucinógenos*	*Heroína*	*Otros opiáceos*	*Cocaína y derivados*	*Otras drogas*	*Metanfetaminas*	*Tabaco*
Situación laboral											
Estudiante	8.5	8.5	15.3	18.3	8.8	1.4	1	4.9	8.5	3.7	18.9
Desempleado	28.6	20.8	26	28.2	40.5	49.6	34.7	29.7	29	46.2	13.5
Desocupado	10.7	8.4	13.3	17	10.9	11.1	6.9	12	13.8	11	8.7
Trabajo fijo	23.2	27.2	20.8	13.2	18.4	13.9	33.7	28.3	24.3	15.9	28.5
Trabajo ocasional	25.5	30.3	23.2	21.3	20.5	22.1	15.8	23.1	21.5	20.5	19
Ama de casa	2.7	3.3	1.1	1.8	0.8	1.7	5.9	1.6	2.5	2.5	9.1
Jubilado	0.8	1.4	0.2	0.2	0	0.3	2	0.3	0.5	0.2	2.2
Frecuencia actual											
Diario	69.5	59.7	77	68.3	67.8	96.1	90.2	73.3	71.5	79	80.4
2-3 veces por semana	9.8	10.4	10.7	12.2	12.8	1.5	2.9	11	9.8	8.5	5.5
1 vez por semana	11.1	15.5	6.5	10.8	9.6	1.2	3.9	6.2	10.6	7.3	4.8
1-3 veces por mes	7.8	12.4	3.9	5.3	6.1	0.9	2	5.5	4.3	3.9	7
1-11 veces por año	1.8	2	1.8	3.4	3.7	0.4	1	3.9	3.8	1.3	2.4

Fuente: SISVEA - Centros de tratamiento no gubernamentales, 2009.

Como se puede observar en la tabla, y atendiendo a la información obtenida durante 2009, se han mantenido las tendencias del consumo de drogas en nuestro país; este comportamiento se puede observar en las diferentes fuentes de información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). De acuerdo con los datos obtenidos, los principales puntos a destacar son:

Información obtenida de los centros de tratamiento:

- De las personas que están llegando a solicitar tratamiento la mayoría son hombres.
- Los estados con mayor demanda de tratamiento son: Baja California, Chihuahua y Jalisco.
- Referente a la droga de inicio, el alcohol, el tabaco y el *cannabis* fueron las drogas más informadas.
- El alcohol, la cocaína y el *cannabis* son las sustancias con mayor frecuencia de consumo como drogas de impacto.
- Al estratificar por regiones, se hace evidente que la región norte del país es la que presenta una mayor demanda de atención, así como un mayor problema con la heroína y las metanfetaminas.
- Al analizar el policonsumo se encontró un consumo de hasta seis categorías de drogas.
- La información de los centros de integración juvenil (CIJ) muestra que entre los usuarios que acuden a ellos las tendencias son similares a las de los centros no gubernamentales, y se registra el alcohol como la principal droga de impacto, seguida de cocaína y *cannabis*. Cabe mencionar que en los CIJ la droga de inicio con mayor porcentaje es el tabaco.

Información obtenida del Servicio Médico Forense SEMEFO:

- El SEMEFO proporciona información proveniente de veinte estados, con un total de 18,724 defunciones de las cuales el 24.4% ocurrió bajo la influencia de alguna sustancia, con el alcohol como la más registrada.

Información que proporcionan los servicios de urgencias hospitalarias:

- En este año participaron 167 hospitales, con un total de 16,431 pacientes atendidos, de los cuales solamente el 3.4% llegó bajo la influencia de alguna sustancia, pero 6,560 informaron el uso de alguna sustancia en los últimos 30 días.

No debemos dejar de lado el hecho de que estos datos son obtenidos de personas que están en tratamiento, la mayoría porque personalmente lo solicitó; faltaría obtener datos de las personas que no solicitan el tratamiento.

Situación en Jalisco

En cuanto al estado de Jalisco, tenemos una tabla similar que nos indica altos porcentajes de consumo de diversas sustancias en población con trabajo fijo.

Perfil sociodemográfico de la población que acude a los centros no gubernamentales de tratamiento, según droga de impacto, 2009. Jalisco

Características	*Global*	*Alcohol*	*Cannabis o marihuana*	*Inhalables*	*Alucinógenos*	*Heroína*	*Otros opiáceos*	*Cocaína y derivados*	*Otras drogas*	*Metanfetaminas*	*Tabaco*
Situación laboral											
Estudiante	7.0	6.7	9.3	11.5	33.3	3.6	.0	2.9	14.6	4.9	13.4
Desempleado	21.4	21.6	16.9	22.6	33.3	25.0	25.0	25.0	16.7	27.3	13.0
Desocupado	11.8	12.7	10.4	14.9	.0	25.0	18.8	10.8	6.3	12.7	12.1
Trabajo fijo	37.6	36.3	45.4	27.1	.0	35.7	31.3	39.0	50.0	31.5	30.3
Trabajo ocasional	19.1	19.4	16.9	20.8	33.3	10.7	6.3	20.9	12.5	18.0	16.6
Ama de casa	2.7	2.5	1.0	2.8	.0	.0	12.5	1.3	.0	5.2	13.7
Jubilado	.4	.8	.1	.2	.0	.0	6.3	.1	.0	.4	1.0
Frecuencia actual											
Diario	63.4	55.2	76.6	57.4	.0	78.6	93.8	57.3	47.9	58.1	87.9
2-3 veces por semana	11.9	12.1	11.3	16.6	.0	3.6	.0	13.3	14.6	11.6	2.6
1 vez por semana	14.6	20.2	5.7	16.6	33.3	3.6	6.3	18.5	14.6	18.0	3.6
1-3 veces por mes	6.5	8.8	4.0	6.7	.0	10.7	.0	6.9	4.2	7.1	2.3
1-11 veces por año	3.7	3.7	2.4	2.8	66.7	3.6	.0	4.0	18.8	5.2	3.6

Fuente: SISVEA- Centros de tratamiento no gubernamentales, 2009.

Consecuencias derivadas del consumo de sustancias

Desde los servicios de salud en el ámbito laboral, se atribuye al consumo de sustancias una gran cantidad de efectos negativos que repercuten en el mundo laboral, entre los que se destacan el absentismo por enfermedad o por accidente, los accidentes laborales, la disminución de la productividad, el mal ambiente entre compañeros, las ausencias y los retrasos injustificados; estas son las principales razones por las cuales el alcohol y las otras drogas se consideran un problema en el mundo laboral.

Las consecuencias que el consumo de sustancias produce en el medio laboral son muy importantes. Según estudios de la OIT, los trabajadores que consumen sustancias presentan un absentismo de dos a tres veces mayor que el resto de los trabajadores. La bajas por enfermedad de estos trabajadores dependientes del alcohol u otras drogas tiene un coste tres veces mayor que el del resto de los empleados, a la vez que esas mismas personas perciben también indemnizaciones por un importe cinco veces mayor que el resto de sus compañeros. Del 20% al 25% de los accidentes laborales ocurren en trabajadores que se encuentran bajo los efectos psicoactivos de alguna de estas sustancias, y causan lesiones a ellos mismos o a otros. Este consumo afecta negativamente la productividad y ocasiona importantes perjuicios a empresarios y trabajadores por absentismo, desajustes laborales, incapacidades laborales, rotación del personal, reducción del rendimiento laboral y mala calidad del trabajo.

Se calcula que entre el 15% y el 25% de la siniestrabilidad o accidentabilidad laboral se debe a problemas relacionados con el alcohol. Los bebedores tienen tres veces más accidentes en el trabajo que otros trabajadores, y pierden más días laborables por enfermedad. El uso de *cannabis* afecta negativamente la capacidad de realizar tareas que exigen atención y concentración, por lo que aumenta el riesgo de accidentes laborales. Muchos consumidores de cocaína pueden tener problemas, tanto en tareas que requieran atención y concentración como por absentismo laboral y otras consecuencias. El uso de estimulantes incrementa el riesgo de padecer accidentes de trabajo o de tránsito. Estudios internacionales en población laboral mostraron que del 23% al 31% de los trabajadores consumidores de drogas ha tenido alguna consecuencia negativa derivada de su consumo, y del 13% al 15% fueron de carácter laboral (bajas, absentismo, accidentes, tensiones con compañeros, bajo rendimiento, etcétera).

Efectos atribuidos al consumo de drogas por los servicios de salud laboral

Efectos	*% de servicios de salud laboral*
Mayor absentismo	75.0%
Incremento de las bajas laborales	58.3%
Mayor accidentabilidad	50.0%
Disminución del rendimiento	50.0%
Mayor conflictividad	50.0%
Incumplimiento de la jornada laboral	41.7%
Comisión de más errores	33.3%
Aumento de expedientes disciplinarios	33.3%
Incremento del número de despidos	33.3%

Fuente: Sánchez Pardo, 1994.

Se hace mención especial al alcohol, por ser una de las sustancias con mayor prevalencia y la que más repercusiones tiene en el ámbito laboral. Un estudio realizado sobre la ingesta de alcohol, la resaca posterior y los problemas en el trabajo que ocasiona, encontró que el hecho de beber durante el trabajo o acudir a trabajar con resaca post-ingesta (mejor conocida en nuestro país como "cruda") tiene importantes implicaciones en la productividad y la seguridad laboral, y ocasiona frecuentes discusiones con los compañeros, supervisores o jefes directos.

Los efectos y consecuencias del consumo de alcohol y otras drogas en el lugar de trabajo pueden ilustrarse mejor, según la OIT, por medio de los siguientes resultados:

- El número de accidentes de trabajo entre personas alcohólicas es de dos a tres veces mayor que el número de accidentes que padecen los demás trabajadores
- El alcohol y otras drogas serían responsables de entre el 15% y el 30% del total de los accidentes de trabajo.
- Alrededor del 25% de todos los accidentes laborales tienen como causa básica el alcohol. Entre el 20% y el 25% de los accidentes laborales afectan a personas en estado de intoxicación. Tales accidentes comprenden autolesiones, heridas a terceros y daños al equipo.
- Las bajas laborales y el absentismo se llegan a triplicar. La frecuencia de faltas en el trabajo por trabajadores con abuso en el consumo de sustancias es 1.4 veces mayor a la del resto de los trabajadores.
- Entre el 15% y el 40% de los casos de sanciones disciplinarias aplicadas a trabajadores se relacionan con el consumo de drogas o alcohol.
- El gasto sanitario y social en concepto de atención médica, bajas e incapacidades, así como de jubilación anticipada, es entre el doble y el triple que en el resto de los trabajadores.

En un estudio realizado en una empresa textil mexicana en 2006, con 277 trabajadores, todos hombres de 16 a 65 años de edad, a los que se les aplicó el *test* de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT, por su sigla en inglés), desarrollado por la OMS, se encontró que los problemas relacionados con el consumo de sustancias más mencionados tienen que ver con el desempeño de actividades, el 24.1% refirió "he invertido más tiempo de lo normal en alguna actividad laboral", "me han llamado la atención por errores en mi trabajo" (21%), "siento que no alcanzo a entregar un trabajo de calidad" (18%), con las relaciones con sus jefes como "he tenido diferencias o problemas con mi supervisor o jefe inmediato" (18.8%) y "he recibido quejas o críticas por parte de mi jefe inmediato"

(18.7%). En cuanto a los accidentes, el 17.5% informa haber sufrido heridas en las manos, el 15.7% en los dedos, el 13.5% ha estado a punto de tener un accidente, y el 10% ha sufrido daños o lesiones al desempeñar su trabajo.

Como resultado extraíble de los estudios realizados, también podemos resaltar los siguientes aspectos:

1. El consumo de alcohol se correlaciona positivamente con el número y la gravedad de los accidentes laborales. A mayor consumo de alcohol, mayor riesgo de accidente.
2. Los accidentes de trabajo no solo son más frecuentes en los bebedores sino también su recuperación es más prolongada y los costes más elevados.

Factores de riesgo en el consumo de sustancias

La causalidad del uso de drogas es un fenómeno multifactorial, con influencia de factores personales, familiares y sociales, como la búsqueda de satisfacción inmediata o la tendencia a la evasión y al aturdimiento ante determinadas situaciones. De manera que son factores no laborales y laborales los que pueden influir en el consumo de sustancias en cualquiera de los ámbitos. La bibliografía en general hace referencia a factores de riesgo no laborales y laborales, pero también los relacionados con la organización del proceso productivo, con el puesto de trabajo y la tarea, y los relacionados con el ambiente laboral.

Factores de riesgo no laborales:
- Consumo de alcohol abusivo o drogas por los padres.
- Consumo de drogas en lugares de diversión.
- Malas relaciones fraterno-filiales.
- Conocer a consumidores de drogas.
- Facilidad para obtenerlas.
- Sentirse agobiado y en tensión.
- Pérdida de confianza en sí mismo.
- No participación social.

Factores laborales considerados de riesgo para el consumo:
- Trabajos a destajo y alto rendimiento.
- Tareas rutinarias y monótonas.
- Insatisfacción en el trabajo.

- Jornadas de trabajo prolongadas.
- Turnos cambiantes.
- Largas ausencias de casa.
- Cansancio intenso en el trabajo.
- Compañeros consumidores.
- Trabajos dependientes de la relación social.
- Disponibilidad en el medio laboral.

Factores de riesgo que propician o facilitan en consumo de drogas por parte de los trabajadores:

Relacionados con la organización del proceso productivo

1. Jornadas de trabajo demasiado prolongadas
2. Rotación horaria
3. Ritmos de trabajo demasiado intensos (estrés laboral)
4. Sobrecarga de trabajo
5. Escasas posibilidades para la promoción profesional

Relacionados con el puesto de trabajo y la tarea

1. Trabajos repetitivos y escasamente motivadores
2. Condiciones climatológicas adversas
3. Contaminación y toxicidad ambiental
4. Trabajos aislados sin contacto con compañeros o superiores
5. Traslados frecuentes de puesto de trabajo
6. Puestos de trabajo asociados a una mayor proximidad o disponibilidad de sustancias
7. Cultura del puesto o la profesión

Relacionados con el ambiente laboral

1. Conflictividad laboral
2. Inestabilidad laboral
3. Ambiente de gran competitividad
4. Presencia de consumidores en el centro de trabajo
5. Presión de los compañeros de trabajo
6. Tolerancia en el centro de trabajo hacia los consumos de ciertas drogas
7. Accesibilidad a determinadas sustancias

Tomado de: *Guía para la mejora de la gestión preventiva. Drogodependencias en el medio laboral*, referido por D. C. Otero (2011).

Estos factores laborales pueden tener un peso real superior al expresado verbalmente entre las razones para consumir alcohol u otras drogas. Además, el entorno laboral puede aumentar la exposición a otros factores de riesgo para el abuso de drogas, y aumentar la probabilidad de desarrollar problemas derivados del consumo de drogas. Hay trabajos que potencian situaciones de riesgo de abuso en el consumo de alcohol u otras drogas, como aquellos en los que hay disponibilidad de alcohol (bares, cantinas, entre otros), presión social para beber o consumir estimulantes en trabajos dependientes de la relación social, o presión del entorno laboral donde otros trabajadores consumen habitualmente.

En cuanto a la presencia de las distintas sustancias en el lugar de trabajo, hay estudios los cuales más de la mitad de los encuestados indican que conoce a algún compañero de trabajo que bebe en exceso o consume alguna droga. Entre los trabajadores, los más jóvenes son los que están en situación de mayor riesgo. Estos jóvenes son los que tienen prevalencias más altas de abuso de alcohol y también de consumo de *cannabis*, éxtasis o cocaína. Y por estos tipos de abuso en el consumo pueden presentar consecuencias negativas, tanto en su salud, como en lo familiar, social y laboral. Por esta situación de mayor riesgo y vulnerabilidad, en especial los jóvenes de 16 a 24 años, se requieren acciones prioritarias. Estas acciones se basarán en una buena información sobre los riesgos en el uso y abuso de sustancias, formación en actitudes saludables, prevención en ciertos ámbitos (familia, ocio, relaciones grupales...), así como una pronta atención cuando empiezan a sufrir las primeras consecuencias del abuso del consumo.

¿Qué hacer?

Ochoa y Madoz (2008) afirman, cuando hablan de la importancia de tomar acciones en el campo de las adicciones, que esta importancia deriva de los enormes costes directos e indirectos que el consumo de sustancias tales como alcohol, cocaína, *cannabis*, heroína y psicofármacos provocan en el medio laboral, al generar problemas de salud, incrementar los riesgos de accidentes laborales, favorecer la conflictividad, las bajas laborales, el absentismo y la disminución de la productividad.

Estos autores nos dicen que los órganos de gobierno al tanto de los temas de salud, como la Secretaría de Salud, por ejemplo, en el marco de sus competencias, deberán promover acciones que permitan conocer la salud de los trabajadores y posibiliten el desarrollo de programas de prevención para los distintos problemas encontrados. Deben poner en marcha en el medio laboral programas de preven-

ción sobre el consumo de alcohol y otras drogas, así como impulsar programas asistenciales que faciliten la atención de los trabajadores que lo precisen.

También hacen notar la importancia que tienen los costes derivados del uso de sustancias en el lugar de trabajo, pues estos superan ampliamente los que puedan derivarse de las programas de prevención y asistencia. Los programas de prevención y apoyo en relación con las distintas sustancias deben realizarse en cualquier empresa, independientemente de su tamaño. Deberán ser flexibles y adaptables a las distintas realidades. Estos programas contarán con la participación de los diversos sectores de la empresa y de los empleados, responder a sus preguntas e inquietudes, y presentarlos de forma positiva, no sancionadora. Los programas para prevenir o minimizar los problemas de consumo deben abarcar diversos aspectos, que van desde la información hasta la facilitación de la asistencia de los trabajadores enfermos que lo deseen.

A continuación una lista de las aportaciones que deben incluir los programas de prevención:

- Información básica de referencia
- Pautas para plantear actuaciones preventivas
- Información sobre recursos
- Orientación para el abordaje asistencial a los trabajadores con problemas
- Criterios de derivación asistencial de los problemas que no puedan atenderse en los recursos laborales.

Los programas de prevención encaminados a mejorar la situación de los trabajadores en relación con el consumo de drogas deben promover cambios de estilo de vida, e incluso de cultura de la salud dentro de la empresa. Para ello es importante conocer las actitudes y conductas de los trabajadores hacia el consumo, antes de definir los objetivos de carácter preventivo y asistencial. Las políticas preventivas en relación con el alcohol y otras drogas deben ser informativas, de protección y de sensibilización. Con carácter preventivo se facilitará el no consumo en la empresa (supresión de venta interior, mejora de las condiciones de trabajo, aspectos como el clima organizacional y el manejo del estrés laboral).

Respecto de los trabajadores se buscará cambiar actitudes y conductas en relación con el consumo, con información amplia, clara y ajustada a la realidad sobre las drogas y las consecuencias sobre su abuso. Se buscará identificar precozmente los problemas existentes relacionados con el consumo y facilitar la atención a los trabajadores adictos que lo deseen. Los procedimientos diagnósticos para detectar los problemas deben ser conocidos y aceptados voluntariamente por los usuarios,

respetando su confidencialidad. Los tratamientos se propondrán evitando la marginación de la persona a tratar y se facilitará la normalización y reinserción laboral.

Dentro de las políticas para controlar el consumo de alcohol en la empresa, pueden realizarse diversas medidas, como supresión de la venta de alcohol en las cercanías de la empresa, o evitar reuniones o festejos con alcohol en las empresas, descubrimiento precoz de bebedores excesivos, descubrimiento de problemas relacionados con el alcohol, ofrecer a los bebedores excesivos y a los dependientes atención personalizada para reducir o abandonar el consumo de alcohol. Si el consumidor acepta esta atención personalizada, se tendrá que asegurar la confidencialidad y proteger la seguridad del puesto de trabajo. Si no acepta la ayuda y el problema continúa o se agrava, se recomienda aplicar medidas disciplinarias escalonadas, evitando que sean irreversibles.

En la identificación precoz del abuso del consumo puede ser útil prestar atención a diversos síntomas que, sin asegurarlo en realidad, orientan a pensar en la presencia del abuso en el consumo de alcohol u otras sustancias, como:

- Accidentabilidad reiterada.
- Consultas frecuentes por problemas de salud inespecíficos.
- Problemas gastrointestinales.
- Somnolencia.
- Movimientos inestables o temblores.
- Pupilas anormalmente dilatadas o contraídas.
- Ojos rojos.
- Agresividad, irritabilidad o intolerancia crecientes.
- Cambios drásticos de humor.
- Actos de violencia.
- Desconfianza excesiva hacia los compañeros de trabajo o superiores.
- Deterioro del aliño personal.
- Hurtos.
- Problemas familiares.
- Problemas financieros.
- Petición frecuente de dinero a los compañeros de trabajo.
- Absentismo.
- Retrasos en el inicio del horario laboral y salidas anticipadas.
- Trabajo de inferior calidad, o errores en el trabajo.

Se debe valorar la cantidad consumida, el patrón de consumo y si se presentan criterios de dependencia de alcohol. El instrumento CAGE (su nombre hace referencia a

las preguntas que lo componen en inglés: *Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener*) puede ser útil en el hallazgo de problemas relacionados con el alcohol.

En bebedores de riesgo sin dependencia, se informará de los riesgos que puede producir el uso de alcohol y las ventajas de disminuir la ingesta. La realización de controles de orina puede ser útiles para la determinación reciente de consumo de drogas, pero se deben realizar con las garantías jurídicas y éticas necesarias.

La política de drogas de la empresa debe garantizar que su objetivo no sea perseguir a los adictos, sino contribuir a mejorar las condiciones de salud y seguridad en la empresa. El hecho de que la embriaguez y el consumo de drogas sean motivo de sanción o despido para los trabajadores puede dificultar las políticas de drogas de la empresa. En lugar de asumir una posición punitiva y sancionadora, la empresa debe contribuir a prevenir, descubrir precozmente o mejorar situaciones problemáticas en relación con las drogas.

La mayor parte de las empresas no ha establecido protocolos para la identificación precoz de los trabajadores que presentan problemas con el alcohol u otras drogas. En general, las corporaciones no reaccionan hasta que se produce una crisis originada por el comportamiento del trabajador y existe grave repercusión en el medio laboral. Cuando las circunstancias obligan a la empresa a tomar decisiones, pueden ser excesivas por temor a las repercusiones negativas, con sanciones disciplinarias que con frecuencia excluyen más al dependiente.

Algunos autores recomiendan un protocolo de actuación para los pacientes con trastornos mentales graves, que es aplicable a los pacientes con adicción al alcohol u otras drogas; dentro de ese protocolo se encuentran acciones como:

- Confrontar al trabajador "enfermo" con las alteraciones que padece y sus consecuencias laborales, por parte de las personas más adecuadas, como el médico de la empresa, algún especialista de prevención de medios laborales o recursos humanos, alguna persona que se encuentre en un nivel jerárquico superior, algún miembro del equipo de dirección, entre otros.
- Valorar el grado de conciencia respecto del consumo y el abuso en el consumo que presenta, sus conductas y la posible motivación para iniciar tratamiento. La frecuente minimización del tipo de consumo que realiza el adicto debe confrontarse con la repercusión en las conductas que realiza.
- Documentar las alteraciones de conducta del trabajador percibidas por compañeros o supervisores, jefes, representantes sindicales u otros.
- Comunicar por escrito a la dirección general o a algún departamento que se encargue del servicio de prevención de riesgos laborales, solicitando valoración del trabajador dependiente de sustancias.

- Citar al trabajador por vía convencional para realizar examen del estado de salud, con las garantías habituales de confidencialidad, etc. Emitir un juicio clínico-laboral y de grado de aptitud para su puesto de trabajo.
- Si el trabajador no acude a la citación previa, citar por escrito mediante carta certificada para reconocimiento médico obligatorio por sospecha de riesgo para él mismo o para terceros, tras la aprobación preceptiva del comité de salud o seguridad e higiene de la empresa. Si tampoco acude, se realizará comunicación a la dirección-gerencia, para solicitar valoración médica involuntaria por vía judicial. Tras la evaluación, el trabajador será remitido a su médico de referencia para ser evaluado por los profesionales sanitarios convenientes. Si el trabajador niega el consumo y las alteraciones conductuales, se consultará con sus familiares en caso de ser viable. Siempre que sea conveniente, se modificará el trabajo del paciente para hacer lo posible para que siga trabajando.
- Cualquier otra acción que esté contenida en el marco legal.

Los expertos afirman que durante la intoxicación de alcohol u otras drogas (principalmente estimulantes) frecuentemente se producen amenazas o conductas violentas en el medio laboral. Y nos dan las pautas en caso de la aparición de estas, para lo que se utilizarán las mismas estrategias de intervención que en las conductas agresivas fuera del marco de la intoxicación:

- Técnica de desactivación o de desescalada: En primer lugar, verbalmente, se tratará de reducir la tensión, dirigiéndose al paciente de forma tranquila y no provocadora, intentando establecer una conversación y plantearle otras alternativas más eficaces, así como ofrecer medicación para su toma voluntaria si lo precisa.
- Como último, intervención contra la voluntad del trabajador, con empleo de contención física, sujeción mecánica e intervención farmacológica, si existe riesgo elevado para él o para otros.

6. Calidad de vida en el trabajador

Conceptos tales como calidad de vida, promoción de salud o tratamiento de las diversas necesidades sociales y psicológicas de los trabajadores, son parte fundamental de cualquier discurso académico que debe materializarse más allá de las apariencias y de sensaciones; para eso es necesario enfocar los temas de una manera interdisciplinar, sin el dominio de una disciplina sobre otra y donde temas como las formas de organización, la calidad de vida en el trabajo, el desarrollo de los recursos humanos, el comportamiento y la cultura organizacional estén relacionados en un todo por el bien de la promoción de la salud de los trabajadores o de la salud ocupacional.

Los paradigmas de organización actuales están basados en la oferta / demanda, en la reducción de costos y en las exigencias de mercado, todo en una supuesta calidad total y superior a épocas anteriores, tomando en cuenta el aprovechamiento de la tecnología, la optimización de recursos humanos y materiales en el sentido de obtener mayores beneficios económicos a todos los actores del proceso laboral. Esto tiene fuertes y profundas implicaciones no solo para la empresa y la organización de las tareas, sino también sociales, psicológicas y económicas para los trabajadores. Implicaciones que van desde cambios en hábitos personales hasta modificación de modos de vida, y en las cuales se involucran otras esferas de convivencia social.

El trabajador pasa la mayor parte del tiempo vinculado con el ámbito laboral; no son solo las ocho horas promedio que le dedica en cualquier parte del mundo a la actividad laboral, hay que considerar las dedicadas al traslado a su centro y de regreso a casa, el tiempo dedicado al consumo de alimentos, como al aseo personal, sin tomar en cuenta nuevas formas de trabajo, en las cuales la persona continúa en el hogar con actividades laborales. Por consiguiente, el tiempo dedicado a actividades conjuntas con la familia son mínimas, lo que hace que el trabajo sea el principal centro de atención de una persona en edad productiva (Salazar et al. 2006). Por ello, para hablar de promoción de la salud ocupacional es necesario ver

desde una forma integral todo el ambiente que rodea al trabajador con la familia, la organización y las condiciones generales de vida.

Cuando el trabajador realiza su actividad, se está relacionando con su objeto de trabajo, los instrumentos de producción, el puesto de trabajo, la zona de trabajo, el espacio vital y los elementos del medio físico o natural que intervienen en el proceso productivo, entre los que se encuentran los factores de riesgo nocivos y peligrosos que pueden alterar su salud y producir enfermedades relacionadas con su trabajo (Amando e Iñaki, 2002).

La actividad caracteriza al trabajador en el proceso de interacción con el objeto. Es un nexo del organismo vivo con su medio; establece, regula y controla la relación mediata entre el sujeto y su ambiente. La actividad es estimulada por la necesidad, se orienta hacia el objeto que la satisface y se realiza por medio de un sistema de acciones. Es la fuerza motriz que impulsa el desarrollo de la psiquis y constituye una característica exclusiva del hombre. (Bello, 2005). Su peculiaridad específica consiste en que propicia la transformación consciente del medio. La actividad del hombre posee un carácter social y está determinada por las condiciones sociales de vida, la persona generalmente se ve inmersa en condiciones envolventes, enajenantes y sin la conciencia de las consecuencias en el resto de las esferas sociales en que convive (familia, amigos, recreación, sexualidad etcétera). La posibilidad de poder atender estas otras partes de su vida va siendo supeditada a los aspectos laborales.

En ese proceso de involucración laboral el objeto de trabajo revela la relación que establece el trabajador con su micro ambiente laboral para lograr un fin determinado, sobre la base de la experiencia y como parte de su actividad práctica. El objeto representa el contenido de la actividad y el objetivo el fin perseguido, por eso obtiene una retribución económica, más los componentes sociales y emocionales que por ende se desprenden de ello.

Uno de los aspectos que contribuyen de igual manera al desarrollo de las actividades laborales son los instrumentos de producción, los cuales constituyen el conjunto de piezas combinadas adecuadamente para que el trabajador ejerza su actividad laboral. Los instrumentos varían de acuerdo con el tipo de actividad a realizar, que a al vez está íntimamente relacionado con los procesos de salud – enfermedad, proceso que está más atendido sobre la enfermedad y pocas o nulas acciones de promoción y atención a la salud.

Las organizaciones están constituidas por personas. Para las personas es un medio por el cual se puede alcanzar a cubrir básicamente todas las necesidades, que van desde las primarias hasta las sociales. Con el esfuerzo individual, pero también se puede lograr muchos y variados objetivos personales de costo, tiempo,

esfuerzo y conflicto, que no podrían obtenerse solo mediante el esfuerzo individualizado; es decir, la organización es un medio para que el trabajador logre sus expectativas.

En las organizaciones el individuo interactúa con las maquinas y el medio laboral, se expone a factores de riesgos nocivos y peligrosos, tanto físicos como psicosociales, que pueden romper el equilibrio salud – enfermedad y generar como consecuencia alteraciones en su salud.

En todo tipo de organización se habla de calidad, término que se vuelve común después de alcanzar determinados estándares de producción o de expectativas. Para que la persona desarrolle su trabajo con calidad, debe satisfacer ciertos factores subjetivos y objetivos o factores externos, que componen la realidad fuera del sujeto y que son directamente accesibles a los órganos de los sentidos, es el mundo exterior del individuo en la organización, son de carácter material - económico y están determinados por factores internos, la ley, los valores y la expectativa que los propios sujetos tienen de su vida.

La relación existente entre organización y trabajador se da en una posición abierta, ya que la propia organización es una entidad abierta; si una organización fuera un medio cerrado que no recibiera insumos del exterior, no existirían problemas; pero la realidad nos habla de que constituye un sistema abierto, su forma de trabajo depende de la evaluación eficaz del entorno que la circunda. (Guerrero, 2003). El propio trabajador es parte de ese medio de interacción con el medio, y lleva procesos, comportamientos, hábitos, estilos de vida y pautas relacionadas con la salud y la enfermedad; esta interacción no es únicamente de afuera hacia adentro (pensar que los males los lleva el exterior a la organización), sino que, al convertirse el trabajo como centro de la mayor parte de las actividades que realiza una persona en su vida productiva, es esta la que determina comportamientos, estilos de vida y expectativas en el resto de actividades personales, sociales y emocionales.

Siempre existe una relación de intercambio entre el trabajador y la organización; esta realiza ciertas acciones para el empleado —se inhiben otras—, lo remunera, le ofrece seguridad y prestigio social. Recíprocamente, el empleado responde con el trabajo y el desempeño de sus tareas (Guerrero, 2006).

La organización espera que el empleado obedezca su autoridad y, a su vez, el empleado espera que la organización se comprometa con él y actúe con justicia.

Por medio del uso de la autoridad y del poder de que dispone, la organización refuerza su expectativa, mientras que el empleado lo hace por medio de ciertos intentos que realiza por tratar de influir en la organización o de limitar su parti-

cipación, a lo cual algunos le denominan "normas de reciprocidad" o "contrato psicológico".

Todo tipo de organización pone por delante la actividad definida como el conjunto de operaciones o tareas realizadas por los trabajadores para cumplir sus obligaciones de trabajo, en relación con ellas en forma remunerada o voluntaria, así como la realizada por los jóvenes, como parte de su formación integral y las ejecutadas por los trabajadores en cursos de calificación, recalificación u otros, orientados por la entidad en que laboran.

Para entender esta relación que se da entre la organización y el trabajo debemos identificar que el trabajo es algo más que una fuente de remuneración, para el hombre el trabajo es:

1. Seguridad, independencia psicológica, sensación de poder personal, capacidad para bastarse por sí mismo.
2. Experiencia creciente de la vida y de la profesión o el oficio.
3. Oportunidad de expresarse como persona individual y única. El profesor se expresa en sus clases, el arquitecto en sus diseños, el médico en sus tratamientos, el escritor en sus libros, y con la expresión va la expansión de la propia personalidad.
4. Satisfacción de ser útil, de estar en condiciones de dar un servicio valioso, solicitado y apreciado.
5. Refuerzo del sentido de la dignidad personal "soy un elemento positivo de la comunidad: merezco el pan que me como". Para las personas de clase humilde el trabajo es el último y seguro reducto de su confianza en la propia fuerza y en el propio valor.
6. Fuente de relaciones interpersonales que nos estimulan y enriquecen.
7. Integración de una comunidad humana diferente de la familia, fundada sobre otros principios psicosociales y destinada a abrir a horizontes más amplios.
8. Ayuda a descubrirnos a nosotros mismos; termómetro de nuestra capacidad, espejo de nuestra imagen psíquica y social e indicador de nuestros valores ante nosotros mismos.
9. Estatus social, nuestro trabajo nos define tanto que cuando un desconocido nos pregunta "¿quién eres?", hacemos referencias apelando a nuestra función y actividad laboral, lo que nos da un estatus social propio de la relación económica y profesional del trabajo realizado.
10. Satisfacción de la necesidad de estructurar nuestro tiempo. Si no trabajáramos en ninguna actividad los días serian más largos, vacíos, estériles y tristes (Rodríguez, 1988).

El trabajo es inherente al ser humano, y siempre ha formado parte de su historia, mejorando su calidad de vida y llevándolo a asumir funciones de acuerdo con sus capacidades y competencias para cubrir la mayoría de las necesidades esenciales (Salazar, E., 2005) del ser humano, entre ellas vivienda, alimentación, vestuario, educación. Ello, a su vez, marca las diferencias culturales y sociales existentes en el mundo.

Con el fenómeno mundial de la globalización y la alta tecnificación se recrudecen marcadamente las desigualdades sociales y aumentan el desempleo y la marginación. A. Giddens (2003) afirma que, en el siglo recién iniciado, solo el 20% de la población económicamente activa bastará para mantener en marcha la economía mundial. Por ello solo ese 20% participará de manera más activa en el movimiento económico y de consumo para mejorar su calidad de vida. El restante 80% de la población mundial enfrentará grandes problemas económicos, desempleo y una lucha difícil por la supervivencia, y, por lo tanto, una "pobre" calidad de vida. El ingreso económico como obrero, empleado, campesino, trabajador independiente, no asegura tener acceso a los satisfactores suficientes para poder evaluar un incremento en la calidad de vida, la calidad y la cantidad varía en gran parte por la fuerza del poder adquisitivo y por la seguridad e inseguridad que ofrece el quehacer laboral, así como el tipo de trabajo, y hace marcadas las diferencias en los indicadores valorativos entre un grupo y otro (Fernández y Miren, 2001).

En muchos países de América Latina, como los de Centro América, las fluctuaciones de la economía generan una constante inseguridad y poca permanencia laboral, cada día aumentan las filas de desempleados y subempleados, lo que provoca inestabilidad no solo en lo económico, sino también en los planos social y personal, donde el espejismo de la creación de empleos a través del autoempleo, no es más que la opción de empleos de poca duración, sin ninguna seguridad social y con una pobre perspectiva al futuro. Los centros laborales ofrecen empleo a mano de obra barata, con poca estabilidad laboral, pero con mayores exigencias de preparación técnica.

La relación del trabajador con la organización, los instrumentos de trabajo, los recursos, los medios, las actividades laborales, van sufriendo constantemente cambios, estos cada vez más repentinos que en décadas anteriores, todo sujeto al desarrollo de la tecnología y a la economía de mercado, con olvido de formas de trabajo y de organización en que el interés se centraba en la generación de empleos y donde la actividad laboral tenía una parte importante en la vida de las personas, es decir, un proceso de desarrollo más "primitivo" pero que de igual manera pudiera tener consecuencias en la salud individual y grupal. Hoy día los diferentes procesos están interesados en una mayor producción, en la tecnificación, en la

optimización de recursos y sobre todo en la forma como se desarrolla el mercado internacional. Finalmente, de lo que no hay duda es del papel que desempeña la organización, así como la actividad laboral en los trabajadores, lo que hace necesario establecer estrategias de abordaje y de promoción de salud ocupacional para y por el bien del elemento humano.

Calidad de vida laboral

En este tenor aparece el concepto de "calidad de vida" dentro del rubro laboral, como una necesidad por valorar no solo los aspectos relacionados con las necesidades económicas y materiales, sino también junto a ellas, las necesidades personales subjetivas de sensación de bienestar.

El estudio de la calidad de vida es un tema que ha suscitado interés creciente entre los diversos estudiosos de la salud y de las ciencias sociales, en una búsqueda por encontrar un modelo teórico integrador y por optimizar y orientar las intervenciones dirigidas a grupos sociales o a grandes poblaciones. Pero la discusión se inicia desde la propia definición de calidad de vida (CV), término que ha existido desde hace varias décadas, con un origen desconocido, se empieza a hacer popular en los ámbitos de la salud, la salud mental, la educación, y en muchas otras áreas de la medicina y de las ciencias sociales. En estas últimas se ha formado una conceptualización más explicativa de lo que se quiere decir con calidad de vida, pero siempre en una constante lucha por establecer criterios cuantitativos contra cualitativos. En un principio se buscaba aspectos que lo definieran desde lo económico como es el hablar de "nivel de vida" con indicadores de bienestar social basados estrictamente en el aspecto económico o de poder adquisitivo, y que no incluía indicadores del satisfacción ambiental, laboral, social o personal (Salazar, 2007).

Desde el concepto que propone la OMS se entiende por calidad de vida:

> la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Como puede observarse, se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como por su relación con los elementos esenciales de su entorno (WHOQOL Group, 1995).

Por supuesto, en esta definición caben los elementos físicos o económicos con que cuenta un sujeto para tener salud, como los que le generan bienestar subjetivo. Dentro de los instrumentos utilizados para estudiar el bienestar subjetivo se encuentran los auto informes, donde las personas mencionan la salud física y

mental como indispensable para la "felicidad" y la valoran como indicador "objetivo", o a la salud positiva como fuente de bienestar "subjetivo"; en otras palabras, la salud trae bienestar pero también el bienestar tiene una relación favorable con la salud (Schwartzmann, 2003).

En términos generales, y de acuerdo con las definiciones anteriores, podemos definir la calidad de vida como el bienestar, la felicidad y la satisfacción de un individuo, que le otorgan a este cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización, sin embargo, es muy subjetiva, porque se relaciona directamente con la personalidad y el entorno en que vive y se desarrolla el individuo. Por un lado, se hace énfasis en un bienestar subjetivo, y, por otro, en términos de presencia o ausencia de indicadores estándar de lo que en consenso general las personas consideran que determina una "buena vida", de lo cual se pueden desprender dos aspectos, uno que alude a la "felicidad" y el otro que considera el "estado de bienestar" material.

Unir ambos factores implica, entonces, no solo establecer y corroborar socialmente la presencia de indicadores "objetivos" de bienestar, generalmente relacionados con ingreso económico, vivienda, comunicación, urbanización, condiciones ambientales, educación y factores laborales entre otros, además de indicadores "subjetivos" como el sentimiento de satisfacción, de felicidad y el estado de ánimo positivo determinado por otros elementos psicológicos, como son cogniciones y conductas.

De esta forma, los indicadores objetivos están referidos a realidades presentes en el hábitat social físico de las personas, y pueden centrarse en capital económico, material y social, es decir, recursos para la satisfacción de necesidades materiales para la subsistencia. En gran parte, estos elementos están centrados en el poder adquisitivo, el estatus laboral y el control sobre los bienes materiales que generan comodidades y bienestar. En este sentido, el empleo representa un indicador objetivo, tanto por el tipo de empleo como por el desgaste físico cognitivo y afectivo que genera y por la gratificación material y subjetiva obtenida de él.

Con la evolución del concepto se transformaron sus indicadores, desde la perspectiva de las condiciones de vida hasta la experiencia, la percepción y la valoración de ellas por el individuo. Calidad de vida se ha definido entonces como:

a) La relación existente entre expectativas y logros personales.
b) La calidad de las condiciones de vida de una persona.
c) La satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales.
d) La combinación de componente objetivo y subjetivo, es decir, las condiciones de vida y la satisfacción con ellas.

e) La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal, ponderada según una escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Guerrero, 2005).

El caso de la calidad de vida relacionada con el trabajo no escapa de tal inquietud; hablar de las necesidades básicas específicamente, y de las condiciones sociales, culturales, económicas y de acceso a los servicios, son básicas y esenciales en el ser humano, independientemente del modo de producción a que nos estemos refiriendo y de las condiciones de trabajo particulares, pero cuando hablamos de calidad de vida de los trabajadores tendremos que darle el contexto propio al que nos referimos.

Hasta hace muy poco tiempo el concepto de calidad de vida mantenía poca relación con el trabajo y el consumo de bienes y servicios, era más un concepto de tal abstracción que resultaba difícil su operacionalización, su instrumentación y, por ende, su acceso para ser estudiado de manera científica. La relación hombre-trabajo, que se produce en la actividad laboral, es el factor determinante en esa constelación de múltiples influencias. De ahí que en la investigación del concepto de salud en el trabajo deba sostenerse una comprensión dialéctica de los factores psicosociales comprometidos en el estado de salud, no solo en el colectivo, sino también en las relaciones de la actividad laboral con las restantes actividades vitales que componen el estilo de vida, en las demás esferas de la actividad social del hombre, que pueden actuar de modo diverso sobre su bienestar en el trabajo.[3] Estas relaciones han sido investigadas en relación con diversos elementos, como el apoyo social en el hogar, en el colectivo laboral, diferencias entre sexos, y otros elementos.

P. González (2003), que se ha interesado sistemáticamente en el tema del modo de vida y del estilo de vida individual, define del siguiente modo el concepto de actividad vital: "la categoría que relaciona las condiciones de vida propias de una formación socioeconómica dada con el sistema de las necesidades sociales e individuales que se satisfacen en el contexto del modo de vida correspondiente a ella". Y seguidamente agrega: "lo que hace vital a una actividad es la importancia que esta tenga en su doble carácter; para la sociedad y para el individuo; la actividad vital, además, es de carácter típico y recurrente".

En las investigaciones empíricas ha sido considerada de manera general y como referencia necesaria la estructura formal o del tiempo de las diversas actividades que componen el estilo de vida, dada su importancia para el desarrollo de la personalidad y su relación con el trabajo y su posición social.

En un aspecto más amplio, el concepto de calidad de vida insiste en el uso de factores como las condiciones de vivienda, empleo, salud, acceso a los servicios públicos, comunicación, condiciones ambientales, relaciones sociales, condiciones de urbanización, en fin aspectos que tienen que ver con el entorno social, cultural y político, sin dejar a un lado los aspectos subjetivos, como la satisfacción, el bienestar y la calidad de esos factores sociales.

Para poder pensar y realizar una promoción de salud ocupacional es necesario incorporar, desde el simple juicio subjetivo de satisfacción y de sentimiento de bienestar personal que el trabajador tiene, una realidad más sólida donde se conjuguen indicadores objetivos como los relacionados con factores biológicos, como salud física y funcionalidad, laborales, económicos, ambientales, sociales y psicosociales y ya no como un simple sentimiento de "felicidad" (Dalkey y Rourke, 1973).

Existe también el abordaje de las condiciones laborales y su relación con la subjetividad del trabajador, cuando se abordan desde el clima laboral (Coyle et al., 1995) y se definen como una percepción subjetiva de la organización, sus miembros, sus estructuras, sus instrumentos y sus procesos, que presenta aspectos comunes, a pesar de las diferencias individuales, basados en indicios o elementos objetivos del ambiente y, que, además, actúan como antecedente de la conducta de los sujetos, cualidad que le confiere su verdadera importancia fundamental de la promoción de la salud ocupacional. Finalmente, podemos resumir que el término calidad de vida laboral es el producto del quehacer intelectual, donde se hace referencia a:

1. Una filosofía de gestión que mejora la dignidad del empleado, realiza cambios culturales y brinda oportunidades de desarrollo y progreso personal, que se verán reflejados en las otras esferas de la vida social, familiar y sexual.
2. Un conjunto de creencias que engloban todos los esfuerzos por incrementar la productividad y mejorar la motivación de las personas, que enfatiza la participación y el involucramiento de los trabajadores, la preservación de su dignidad, y que busca eliminar los aspectos disfuncionales de la jerarquía organizacional.
3. Es una forma diferente de vida en la organización que busca el desarrollo del trabajador, así como una eficiencia empresarial.
4. Es un conjunto de elementos teóricos y metodológicos que valoran la importancia del punto de vista del trabajador sobre sus expectativas y logros de su vida, determinadas por su relación laboral.
5. La integración de varios disciplinas en el centro de la organización y el trabajador optimizando esfuerzos en beneficio de ambas partes.

Los objetivos que se plantean cuando se aborda con la perspectiva de la calidad de vida en las organizaciones son:

- Incrementar la calidad de vida en el trabajo.
- Contribuir al mejoramiento del entorno laboral.
- Fomentar estilos de vida sanos en los trabajadores.
- Propiciar la disminución de los factores de riesgo laboral.
- Lograr la participación activa de los trabajadores, administrativos y equipo de salud en la solución de los problemas sanitarios.
- Descubrir cambios en la ocurrencia y distribución de las enfermedades profesionales, las relacionadas con el trabajo y los accidentes de trabajo.
- Identificar, cuantificar y seguir las tendencias y patrones del proceso salud-enfermedad del trabajador.
- Reconocer los factores causales o condicionantes asociados al origen de los principales problemas de salud.
- Descubrir cambios en las prácticas de salud.
- Investigar y controlar las enfermedades profesionales, las relacionadas con el trabajo y los accidentes de trabajo.
- Planear los programas de seguridad, salud del trabajador y protección del medio ambiente laboral.
- Evaluar las medidas de prevención y control por los organismos rectores (Guerrero, 2006).

Factores intervinientes en el concepto de calidad de vida

En el contexto laboral la calidad de vida tiene un significado multifactorial, que va desde una actividad laboral que sea compatible con nuestras competencias conductuales y nuestras capacidades para adaptarnos psicológica, social y biológicamente a él, hasta las condiciones o factores de riesgo laboral en que se desarrolla (riesgos físicos, como ruido y temperatura; psicosociales, como estrés y acoso psicológico), que no deterioren nuestra salud; pero ello lleva incluido la formación profesional, el nivel socioeconómico previo, la remuneración, las relaciones interpersonales en el trabajo, la propia personalidad y el estilo de vida, sin dejar de lado la estructura organizacional y funcional de la empresa. Y si todo ese conjunto de factores que también interactúan con la vida personal y familiar como ser social *per se* mantienen un equilibrio que permita un estado de satisfacción y de salud física, social y mental adecuado, consideraremos que hay calidad de vida.

En muchos de nuestros países se deben incluir (por ley) personas con pérdida de la capacidad funcional (limitaciones o discapacidades) en las empresas, para incorporarlas a la vida productiva, y cuando sus competencias conductuales y su actividad laboral se entrelazan armónicamente, junto a un ambiente de trabajo saludable (libre de riesgos a la salud o con los riesgos controlados), ellas se sienten útiles socialmente y productivas económicamente, su calidad de vida mejora, aunque su condición de salud siga siendo la misma. Otros ejemplos, como los que cita J. Román (2001): los sujetos ansiosos enfrentan la actividad laboral y sus conflictos de manera diferente que los sujetos sanos, y crean con ellos percepción de insatisfacción laboral y mala calidad de vida en un ambiente saludable de trabajo; ello adquiere importancia para conceptualizar que la calidad de vida tiene un componente individual que no debe ser subestimado. Asimismo, una organización que no tenga políticas bien establecidas en varias de sus esferas, como la política salarial, un programa de salud ocupacional, organigrama disfuncional, entre otros, llevará a un empleado que tenga todas sus competencias para un puesto y buena salud, buenas condiciones sociales y familiares, a caer en situaciones como el acoso psicológico, la desmotivación, el estrés laboral, la ambigüedad de funciones, que pueden crear insatisfacción laboral y, por ende, afectar la calidad de vida que tenía antes de entrar en esa organización

En cualquier programa de promoción de la salud ocupacional es necesario considerar factores como las condiciones de vida de una persona, así como la satisfacción experimentada por ella con dichas condiciones, la combinación de factores objetivos y subjetivos en que se valore las condiciones de vida y las satisfacciones que estas producen a la persona y, por último, considerar los aspectos más valorativos de la propia persona ponderando la satisfacción a través de sus expectativas y aspiraciones personales. Ello nos llevaría a la adecuación de la intervención en salud ocupacional diferente de las circunstancias encontradas y apropiadas de esos elementos objetivos y subjetivos encontrados.

La satisfacción con el trabajo ha sido un indicador amplia y tempranamente empleado en las investigaciones de la relación hombre-trabajo. Se puede considerar que desde la década del 30 este ha sido un indicador subjetivo sistemáticamente tratado en las investigaciones de psicología del trabajo. Inicialmente estas investigaciones fueron estimuladas por el supuesto de que el estado de satisfacción del individuo con su trabajo pudiera contribuir de forma significativa al incremento de su productividad.

Una visión afectivo – emocional

El estudio de la satisfacción del trabajador con su actividad laboral es de suma importancia para la investigación higiénica, ya que constituye el indicador afectivo-emocional más inmediato de la relación del individuo con esa actividad suya. Por el grado de satisfacción podemos establecer también juicios acerca del estado de bienestar de la persona con su vida laboral e, indirectamente, con otros ámbitos de actividades que se relacionan con ella. De ahí la relación de la satisfacción con la salud con una visión más psicologista que a continuación se describe.

R. Stollberg (1986) define del siguiente modo este concepto:

> ...la satisfacción por el trabajo, en primer lugar, no es otra cosa que un estado psíquico de los trabajadores en el cual su actitud hacia el trabajo y la vida, especialmente su motivación por el trabajo, sus necesidades y sus expectativas, se reflejan en el trabajo. Satisfacción por el trabajo es una expresión de equilibrio psíquico, un resultado de la existencia de hechos tales en el proceso de trabajo que se correspondan con las necesidades y expectativas, o sea, un resultado de la falta de aquellas necesidades y expectativas que han quedado insatisfechas mediante la situación de trabajo dada.

No es posible identificar la satisfacción con el trabajo, con el estado de salud mental ni con los sentimientos de bienestar de un modo absoluto. Esto se comprende si, como se señala en la definición antes expuesta, se indaga en su esencia. Esto es, si se profundiza en la gratificación o la represión de cuáles necesidades permiten que el hombre logre su estado de adaptación o de equilibrio con el medio en que desenvuelve su actividad. La satisfacción puede lograrse sobre la base de jerarquizar necesidades que por la experiencia científica se conoce que provocan daño a la salud, como los hábitos alcohólicos, de fumar y otros. Por otra parte, el estado de satisfacción se puede obtener reprimiendo, suprimiendo o censurando la satisfacción de otras necesidades que requieren un esfuerzo mayor, realizar altos gastos energético-funcionales, enfrentar responsabilidades sociales que son entonces evadidas, correr riesgos, etc. En muchos de esos casos, si se indaga en las motivaciones de tales comportamientos, no será extraño notar la superficialidad de la satisfacción declarada en principio o su no correspondencia con reales aspiraciones que abriga la persona.

V. E. Milman (1985) estudió, mediante la técnica de encuesta anónima aplicada a 300 trabajadores de una fábrica de tornos, diez factores condicionantes de la satisfacción con el trabajo, entre los cuales consideró los estímulos materiales del trabajo, las características del proceso laboral, las condiciones de trabajo y de descanso, los medios de trabajo, las condiciones organizativas y las posibilidades

de regulación autónoma de su actividad por el sujeto, entre otros. Sobre estos aspectos se indagó la significación de cada factor para el individuo y su grado de satisfacción o de insatisfacción con cada uno. Como resultado de la investigación, se concluye que la satisfacción laboral es el resultado de la realización de motivos significativos relacionados con la actividad laboral, y que el carácter de la satisfacción, en grado significativo, se determina por el carácter de los motivos de la actividad laboral. Además, se agrega que las características cualitativas de la satisfacción con el trabajo, tales como su intensidad, completitud e involucración social, dependen de las interacciones e interrelaciones de los planos objetal y emocional de la actividad laboral.

La relación de las recompensas laborales y los valores con la satisfacción con el trabajo ha dado lugar a diferentes interrogantes. El asunto de suma importancia es a qué atribuye el sujeto máxima significación, a las recompensas intrínsecas del trabajo como un proceso, dadas por su contenido, su complejidad, etc., o a recompensas extrínsecas, como el pago, la seguridad del empleo y otras.

Se ha sugerido, en lo que a la edad respecta, que, si bien existe un incremento general en la significación concedida a las recompensas intrínsecas, allí donde estas no son alcanzables o relevantes las extrínsecas tienden a cobrar mayor valor y a incrementar la satisfacción con el trabajo, según aumenta la edad del trabajador. Esta ha sido denominada la hipótesis de "acomodación".

Otra hipótesis sobre la relación entre estas variables es la llamada de "pulimiento", que establece que la tendencia en cuestión no proviene del deterioro de los valores a medida que pasa el tiempo, sino de un cambio en los objetos de la significación personal, esto es, una modificación de lo que se considera más importante. Las evidencias hasta ahora acumuladas en el examen de la relación edad-satisfacción con el trabajo no permiten elegir absolutamente entre una u otra explicación alternativa, y con toda probabilidad ello no es posible debido al efecto moderador de otras variables, entre las cuales debe ser considerado el sexo.

La relación entre el sexo y la satisfacción con el trabajo no es menos controvertida. En esto tiene fundamental responsabilidad la condición que se concede a la mujer en un modo de producción determinado, lo que cambia de una época a otra, de una cultura a otra, de un nivel de desarrollo tecnológico a otro, de un sistema social a otro y hasta de una empresa a otra. En la medida en que las limitaciones para el trabajo femenino son mayores y disminuyen sus posibilidades de opción, se hacen más evidentes las diferencias en la satisfacción con el trabajo entre los hombres y las mujeres. Estas tienen un margen más estrecho para desarrollar sus aspiraciones y revelar sus inconformidades.

Cuando esto ocurre, su satisfacción con el trabajo se logra no por la vía de la satisfacción de mayor número de necesidades; sino por la vía de la estrechez del dominio de la motivación laboral, y de la restricción del desarrollo de otras necesidades y aspiraciones. De hecho, se ha partido de suponer que la satisfacción con el trabajo se corresponde con el estado de satisfacción del individuo en otras áreas de su vida. La interacción entre estas áreas ha dado lugar a dos teorías específicas para darle explicación. Una, denominada de la "compensación", establece que unas áreas de la vida sirven en parte al propósito de satisfacer necesidades que no se realizan en otras. Otra, llamada del "vertimiento" (*spill-over*), expone que unas actividades se desbordan o irradian fuera de sus límites hasta influir en otras (Nussbaum y Amartya, 1998). Esto es, las necesidades de un área se transfieren y se reproducen en otras. Ambas explicaciones parten de aceptar la interrelación entre las diferentes áreas de la vida, de sus necesidades y, consiguientemente, también de los estados subjetivos de satisfacción que unas y otras provocan en el sujeto. En dependencia de condiciones concretas es posible hallar evidencias empíricas para sustentar una u otra explicación. Por tanto, no debieran ser aceptadas de modo exclusivo y absoluto. De hecho, describen dos formas de relacionarse las actividades vitales. No es extraño encontrar casos en que el estado de satisfacción del individuo en el trabajo beneficie su satisfacción familiar; o que las frustraciones en la vida laboral tiendan a compensarse con una mayor dedicación a la vida familiar.

A pesar de las descripciones anteriores, que han permitido conformar modelos de interacción entre las diferentes áreas de la vida, se ha objetado el supuesto de que la satisfacción con el trabajo se corresponda con el estado de satisfacción con la vida en otros campos o dominios de la actividad humana, poco se ha realizado en el ámbito de la salud ocupacional con la incorporación de programas que mejoren la calidad de vida del trabajador en forma directa en la salud ocupacional en general.

Satisfacción laboral

Near, Smith, Rice y Hunt (1983) exponen que estudios univariados y multivariados han mostrado que "la satisfacción con el trabajo explica, como promedio, cerca del 5% al 10% de la varianza de la satisfacción con la vida", aunque encuentran una elevada relación entre el grado manifiesto de satisfacción con el trabajo y otras áreas de actividades vitales diferentes de la laboral. Años más tarde, los autores citados (1986) estudiaron cinco conjuntos de variables (sociodemográficas, geográficas, estatus socioeconómico, actitudes positivas y laborales) en cuatro

grupos de sujetos en los cuales se representaban las combinaciones entre alta y baja satisfacción con el trabajo y alta y baja satisfacción con la vida. Practicado un análisis discriminante, obtuvieron un 49% de buena clasificación.

La vinculación de la satisfacción con el trabajo y la salud ha sido también enfocada a través de su relación con el concepto del estrés. La insatisfacción laboral genera un estrés con efectos negativos del trabajo; sin embargo el alcance debe ser mayor a solo programas de reducción de estrés.

Por tanto, la satisfacción laboral debe ser tomada en cuenta como un factor determinante en la calidad de vida en el trabajo, aunque las investigaciones ulteriores deben tratar de cuantificar y cualificar más el concepto de satisfacción laboral, que, a pesar de ser determinante, sigue siendo subjetivo y debe ser complementado con otros elementos que reflejen la actitud y la disposición activa del individuo respecto de su actividad laboral.

Se ha visto que en personas desempleadas el bienestar subjetivo es muy pobre en comparación con personas que tienen un empleo fijo, lo que sugiere que el no tener un empleo tiene un impacto devastador sobre el bienestar subjetivo en una sociedad donde se valora a quien más produce económicamente, lo que va más allá de las dificultades económicas que conlleva el desempleo.

En diversos estudios (Cuervo-Arango, 1990) se ha observado una relación positiva entre el nivel de ingresos y el bienestar subjetivo, aunque el nivel de correlación no sea muy alto, ya que pueden intervenir otras variables que tienen que ver con expectativas personales y con ambiente laboral, entre otras, aunque sería prudente hacer una diferencia entre los grupos de personas que viven en extrema pobreza y que, por lo tanto, no cubren sus necesidades básicas de manera satisfactoria, grupo en que no hay pertinencia para el cuestionamiento de bienestar subjetivo.

En los grupos que escapan a esta desesperada realidad de marginación y pobreza extrema, las necesidades de estatus social y poder económico pueden ser las responsables del bienestar subjetivo por el acceso a un estilo de vida "exitoso" basado en gran medida en el consumo de bienes y servicios materiales establecidos socialmente por un poderoso mecanismo publicitario. Algunas hipótesis para esta relación entre los ingresos y el bienestar subjetivo apuntan a que este efecto se da más en los grupo más pobres, ya que una vez cubiertas las necesidades básicas, los ingresos dejan de tener una influencia demasiado importante y surge otro tipo de necesidades; por otro lado, también las necesidades de estatus y de poder se pueden ver influidas por el ingreso económico, lo que afecta el bienestar subjetivo.

La escolaridad tiene mucha relación con el bienestar subjetivo. Se sostiene que la congruencia cultural lleva a bajos niveles de estrés y, por lo tanto, a un

bienestar del sujeto, y que esto está relacionado directamente con el estilo de vida al que el sujeto tiene acceso y que es considerado socialmente; es decir: si el sujeto percibe como necesaria la adquisición de bienes y servicios para considerarse con un estilo de vida "exitoso" (tener un auto, un celular, televisión, etcétera), y tiene por su poder adquisitivo acceso a ellos, tendrá un menor grado de estrés y un mayor sentido de autoeficacia, por lo tanto, una mejor salud física y mental; sin embargo, aquí existe una variable interviniente que, como antes apuntamos, tiene que ver con la escolaridad: es decir; a una mayor escolaridad se espera un mejor empleo con mayores ingresos que quienes no tienen estudios académicos. Sin embargo, con el proceso de producción, donde lo que se pretende es más tecnificación, los profesionales pueden, o no tener empleo, o tener uno que no coincida con sus expectativas de vida, lo que genera en ellos insatisfacción, frustración y estrés, y con ello bajo sentido de bienestar subjetivo (Cuervo – Arango, 1990). Por ello, el grado académico no asegura una mejor calidad de vida.

Por otra parte, también se han estudiado los efectos negativos del trabajo sobre la salud física y mental de las personas, con lo que se ve la otra cara de la moneda, en el sentido de que el trabajo no solo trae consigo satisfacción material y subjetiva, sino también genera desgaste y enfermedades. Entre esos efectos se pueden ver la fatiga, la monotonía, el estrés, los efectos de la nocturnidad y la turnicidad, que dañan física, psicológica y socialmente al trabajador, incluso promoviendo estilos de vida no saludables, con mayor consumo de tabaco y alcohol, y también violencia doméstica y desintegración familiar, lo que genera un concepto negativo de bienestar subjetivo.

Por todo esto, en la III Cumbre de las Américas, 2001, la OMS, en cooperación con la OIT, la Organización de Estados Americanos (OEA), el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), entre otros, han lanzado programas de salud de los trabajadores, género y equidad, con un proceso continuo de mejoramiento de la calidad de vida en el trabajo, la salud y el bienestar de la población trabajadora, para crear ambientes de trabajo saludables en los países en desarrollo y subdesarrollados.

Promoción de la salud ocupacional

Volviendo al trabajo como un medio de obtener satisfactores materiales y no materiales para mejorar la calidad de vida, podemos mencionar la creación de interacciones sociales como consecuencia de la convivencia laboral, interacciones que pueden coadyuvar o no a la creación de redes sociales de apoyo, o lo que para algunos autores podría definirse como "capital social", y que pueden ir desde la

formación de una relación afectiva de intimidad que derive en matrimonio, hasta la pertenencia a un grupo social determinado, con lo que se puede también satisfacer una de las necesidades humanas: aceptación y pertenencia. En ambos casos el grado de aceptación y pertenencia estaría dado en diversos grados, en dependencia del tipo de relación, que podría ir desde el pertenecer afectivamente a otro, como es el caso del matrimonio, hasta el compadrazgo, el amiguismo y el *cuatismo*, como lo define Lomnizt (1993, citado por Broffman, 2000), que en muchas ocasiones proporcionan la ayuda a sus miembros para la supervivencia, sobre todo en los casos en que dicha ayuda no se puede "comprar". Di Nicola (1994) entiende la densidad de la red en el sentido del grado de confianza que se tiene en la relación de apoyo: redes de alta densidad conllevan sobre todo afecto, seguridad, bienes no instrumentales, o servicios cuyo disfrute exige cierto nivel de "confidencia" y confianza mutua; redes de baja densidad conllevan sobre todo bienes instrumentales, informaciones y nuevos contactos. En este sentido, el sentimiento de pertenencia y grupalidad proporciona también bienestar subjetivo y en condiciones óptimas puede ayudar a la creación y el mantenimiento de la promoción de la salud física, social y emocional.

La salud ocupacional, en su sentido más amplio, puede ser considerada como un indicador "mixto" de calidad de vida, ya que posee elementos tanto objetivos como subjetivos, organizacionales e individuales, materiales e inmateriales. La salud está relacionada con el trabajo de manera directa e indirecta, ya que del tipo de trabajo y de sus productos se deriva el nivel de salud física, mental y social que el sujeto tenga.

El conjunto de tareas asignadas o las condiciones de trabajo que influyen en la realización de las actividades laborales asignadas comprenden tres aspectos bien diferenciados: las condiciones medioambientales en torno al trabajo, las condiciones físicas en que se realiza el trabajo, y las condiciones organizativas que rigen en la empresa donde se trabaja; ellas son determinantes en la calidad de vida laboral, si no son las apropiadas, pueden aparecer alteraciones en la salud y riesgos profesionales, tanto en el aspecto físico y psíquico como en social de los trabajadores (Guerrero, P., 2005) Desde el punto de vista práctico, condición de trabajo es cualquier característica de este que pueda influir significativamente en la generación de riesgos para la seguridad, la salud y el bienestar del trabajador. El mismo autor (2006) señala algunas de las funciones que se pueden desarrollar en las organizaciones, pero que a fin de cuentas son acciones de promoción de la salud ocupacional:

- Posibilitar el diagnóstico precoz de las enfermedades profesionales relacionadas con el trabajo, los accidentes, y reducir consecuencias o secuelas derivadas de sus etapas avanzadas.
- Contribuir a la evaluación del riesgo.
- Orientar las investigaciones.
- Contribuir a la planificación de los servicios de atención médica.
- Perfeccionar los registros o los sistemas de información clínico-médica (mortalidad/morbilidad) en calidad y cobertura.
- Predecir cambios en la evolución y las tendencias.
- Desarrollar aspectos epidemiológicos que ayuden en el control, la prevención y la erradicación de enfermedades.
- Ayudar a definir o reorientar políticas y planes de salud.

En resumen, contribuir al mejoramiento de la calidad de vida en el trabajo.

En forma de conclusión: al principio, calidad de vida se asociaba con cuidado de la salud personal; luego se centró en la preocupación por la salud y la higiene pública; con posterioridad se extendió a los cambios humanos y laborales. Así, hasta incluir sucesivamente la capacidad de acceso a los bienes económicos y la preocupación por la experiencia del individuo en su vida social, en su actividad cotidiana y en el trabajo.

La implementación de proyectos relacionados con la calidad de vida laboral (Guerrero, 2005) como parte fundamental de la promoción de la salud ocupacional traería los siguientes beneficios, tanto para la organización como para el trabajador, y esto puede reflejarse en:

a) Evolución y desarrollo del trabajador.
b) Elevada motivación.
c) Mejor desenvolvimiento de sus funciones.
d) Menor rotación en el empleo.
e) Menores tasas de absentismo.
f) Menos quejas.
g) Tiempo de ocio reducido.
h) Mayor satisfacción en el empleo.
i) Mayor eficiencia en la organización.
j) Menos accidentes del trabajo, enfermedades profesionales y relacionadas con el trabajo, etcétera.

Y, como se ha señalado (Guerrero, 2006), todo cambio implica la eliminación de criterios como:

- Lo que se hacía, se hacía bien.
- Estoy acostumbrado a hacerlo así y no veo por qué cambiar.
- Esto es de moda, es algo nuevo que pasará y se olvidará.
- Pierdo mi condición de poder.
- Lo que se necesita es cumplir lo establecido y hacer que todos cumplan.
- Lo que hay que resolver son solo recursos materiales

El estudio de la calidad de vida en el ámbito laboral depende en gran medida de la atención que se quiera prestar a los aspectos personales y sociales de bienestar en un sentido amplio del propio concepto, y no fragmentado por un concepto mediatizado por intereses de unos cuantos. El reto es grande ante los cambios de vida provocados por el "desarrollo" de la sociedad.

Ante el panorama de cambios constantes, de los diferentes contextos de la relación humana y de las formas de organización laboral, las condiciones de bienestar social son enviadas a un lugar poco importante para el "desarrollo" social y económico, lo que obliga cada vez más a conocer e identificar las condiciones de vida de los trabajadores y ser un buen punto de partida, para la implantación de medidas encaminadas a establecer programas de apoyo a las diferentes organizaciones laborales y a los profesionales para mejorar la calidad de vida de los trabajadores.

Y por otro lado continuar con la profundización de los conocimiento, el tiempo y la posibilidad de expresar las experiencias y vivencias de los diferentes actores; será posible lograr cambios en una organización o una sociedad, pero siempre es necesaria la participación de todos, y no solo el conocimiento, para poder compartir ciertos valores esenciales para lograr los objetivos propuestos y poder ver acciones de promoción a la salud ocupacional en los todos los centros laborales.

7. Intervención para prevenir el consumo de drogas y promover el bienestar de las empresas

Las partes anteriores de este libro proporcionan revisiones detalladas de la relación entre el consumo de sustancias adictivas y la satisfacción de los trabajadores. Respecto de su vinculación laboral, esta relación nos ayuda a comprender los nexos entre el trabajo y la salud, así como los mecanismos que subyacen a estos enlaces. Uno de los objetivos de la mayoría de los investigadores es utilizar modelos teóricos para desarrollar intervenciones efectivas que mejoren el bienestar, la salud, la satisfacción y el rendimiento en el trabajo. En este capítulo se tratará de ejemplificar el diseño, la implementación y la evaluación de estas intervenciones y los diferentes niveles de intervención existentes en el campo de la salud ocupacional.

Vale la pena señalar que las intervenciones también nos permiten probar la teoría. Si una intervención ha sido construida sobre una teoría y se demuestra su eficacia, esto ayuda a validar que la teoría. Por ejemplo, una reciente revisión de las intervenciones de control del estrés ha examinado la eficacia de una serie de diferentes intervenciones cognitivas en una variedad de organizaciones (Richardson y Rothstein. 2008). Estos significa prestar apoyo a las teorías contemporáneas de estrés laboral que hacen hincapié en la importancia de la evaluación y la cognición, lo mismo sucede en el consumo de tabaco, alcohol y drogas las teorías cognitivas han demostrado su eficiencia en los niveles de que la presencia de consumo empieza a repercutir en su vida cotidiana. Sin embargo en los ámbitos del trabajo y de las empresas u organizaciones poco o nada se ha realizado.

Dejando a un lado estas consideraciones científicas, tal vez la razón más importante para el estudio de investigación de la intervención en el consumo de drogas es que ayuda a investigadores y profesionales para desarrollar su conocimiento de lo que hay que hacer para resolver los problemas en las organizaciones. Des-

afortunadamente, existen poca información y estudios respecto de la investigación aplicada. Esto se debe a que la investigación intervención aplicada no es fácil de llevar a cabo: el entorno de la organización presenta muchos cambios, para las organizaciones no es de interés invertir en la investigación aplicada, hay organizaciones en que el factor humano no es importante, hay poco conocimiento respecto de la importancia de invertir en la salud del trabajador. Las dificultades de incluir grupos de control por negar tiempo y disposición de trabajadores y la intervención de sindicatos y de intereses particulares sobresalen ante la importancia de participar en programas preventivos en las empresas u organizaciones.

En la actualidad todas las empresas comprenden la importancia de hacer estudios de clima organizacional y del estado de satisfacción de los propios colaboradores y clientes; sin embargo estos estudios no son previos ni proceden de programas de intervención que lleven a estudios o investigaciones aplicadas, principalmente por desconocimiento o porque no se cuenta con personal calificado para realizar este tipo de intervenciones. Se necesita ahora más que nunca, como orientación a los gobiernos y a los diferentes organismos del sector privado, impulsar legislaciones que obliguen a las organizaciones a evaluar y gestionar los riesgos para el bienestar psicológico del trabajador o colaborador y de la propia empresa. Es necesario concentrar los esfuerzos más en la prevención que la curación.

Como profesionales de la salud ocupacional, las preguntas más frecuentes en nuestro quehacer diario son; ¿está funcionando el programa?, ¿qué hace falta implementar?, ¿qué funciona?, etc. Sobre todo cuando se evalúa lo que se ha venido haciendo y los resultados no son tan buenos como lo esperado. Incluso para aquellos que están familiarizados con la literatura de intervención diversa y compleja, no siempre es fácil dar una respuesta clara e inequívoca. Un ejemplo de lo anterior se tiene con el propio programa EMBIENLA (programa mencionado en el principio de este libro y coordinado por la Fundación Social del Empresariado Jalisciense, FEJAL, y con la participación de varias instituciones de gobierno estatal y de universidades), que considera de vital importancia la evaluación de los diferentes momentos y procesos del programa de intervención y cuyo objetivo central es:

> Realizar una estimación de los efectos y los cambios esperados e imprevistos producidos sobre el colectivo beneficiario del programa, mediante el diseño y la implementación de instrumentos y técnicas especializadas en el área de evaluación, siempre ajustadas a los objetivos que el programa ELA plantea y que servirán para determinar la eficacia del mismo.

Como objetivos específicos:

- Monitorear el desarrollo del programa cotejando si sus objetivos se presentan en una medida esperada para el momento y el contexto que plantea la implementación de EMBIENLA.
- Valoración de los recursos empleados y los resultados obtenidos mediante un análisis especializado.
- Estima el impacto en relación con las condiciones instituidas y propias de la empresa que encarna en ese momento el programa y con relación a los objetivos que plantea.
- Identificar factores asociados al éxito y al fracaso del programa EMBIENLA.
- Acompañar el proceso integral del programa atendiendo y señalando su curso y sus vicisitudes.
- Exponer de manera concreta y sistematizada los resultados de relevancia a las instancias correspondientes.

En resumen, esto significa que la aplicación y la evaluación de las intervenciones no son sencillas; de ahí la importancia de la evaluación en cualquier programa de intervención, y a la vez la sistematización en respuesta a los principios de una metodología investigativa, con el fin de comprender cómo y por qué las intervenciones funcionan, en este caso en particular con el desarrollo del bienestar del trabajador y de la empresa.

¿Cuáles son los niveles de intervención?

Cualquiera que quiera intervenir de una manera que tenga impacto positivo en el bienestar de un trabajador o de una empresa y en la salud ocupacional debe ser consciente de los mecanismos que funcionan entre el trabajo y la salud. Una forma de intervenir es interrumpir (de forma positiva) los mecanismos que están ligados entre el trabajo y la salud en general (implica salud física y emocional, e implica problemas en el consumo de sustancias adictivas), la intervención a través de una metodología, como puede ser la participación en grupos de bienestar, es tratar de romper los vínculos entre el trabajo y su conducta mediante cambios positivos en el entorno de trabajo y en la percepción del propio trabajador. Si se identifica que determinada situación del trabajo está vinculada a los aspectos de bienestar y, en general, a la salud, se requiere intervenir en la misma metodología de grupos de bienestar para garantizar la presencia de esa relación: si por alguna razón esto no

es posible, entonces podríamos ver cómo proteger a los empleados de un efecto adverso entre ellos, pero sobre todo que ellos mismos identifiquen cómo hacer trabajo individual y en equipo en contra de las adversidades, de tal forma que llegue el momento en que los propios trabajadores sean autogestivos en las maneras de enfrentar y de apoyar acciones benéficas entre la relación del trabajo y su salud, siempre con una visión positiva y de trabajo en equipo en beneficio del propio trabajador y de su ámbito laboral o empresa.

Este tipo de intervenciones se cree que funciona porque, al influir en las cogniciones de la intervención, se rompe o se debilita el vínculo entre la exposición a las malas condiciones sociales, ambientales y de trabajo con relación a los hábitos de consumo y, en general, con la salud de los propios trabajadores, e indirectamente con las personas con que más se relacionan (compañeros, familia y amigos). A continuación se relacionan los niveles (primero, segundo y tercero) en que se estructuran los diferentes programas de intervención relacionados con la salud ocupacional:

Intervención en un primer nivel

El objetivo de estas intervenciones es identificar los problemas de origen. Es sabido que los problemas de consumo de tabaco, alcohol y drogas se dan de origen en el seno de la familia, la escuela y la comunidad, más que en el trabajo, pero estos son descubiertos y repercuten en el seno del mismo trabajo, sin considerar que es un problema de salud y que tiene múltiples causas, que no basta con el despido del trabajo: a fin de cuentas, la agonía y las repercusiones en la salud del trabajador y la familia son mayores. Las intervenciones primarias en una organización se refieren a identificar niveles de acción. Las intervenciones en el trabajo están diseñadas para hacer frente a los aspectos que involucran al trabajador (antes de que aparezca determinada enfermedad o el consumo de alguna sustancia adictiva), una de ellas es la legislativa o de políticas, en la cual a los empleados se les debe proveer oportunidades para participar en los acuerdos concernientes a su propia problemática de salud, con el principio de que todos los empleadores tienen obligación legal de proteger la salud y la seguridad ocupacional de los trabajadores. Esto también se debe aplicar para los problemas de consumo de drogas relacionado con el trabajo (aspecto difícil de identificar), en tanto implican un riesgo para la salud y la seguridad y a la vez tiene repercusión en los niveles de productividad de una empresa.

El objetivo de un primer nivel de atención es realizar un diagnóstico de la situación del trabajo y elaborar un programa de mejora para reducir, y si es posible eliminar, los riesgos encontrados. En un nivel de intervención del trabajador y la organización es necesario promover programas preventivos de salud y seguridad en el trabajo en que participen el trabajador y la familia, con nuevos sistemas de organización y de comunicación y de vigilancia en el trabajo. También es necesario el rediseño del trabajo y las tareas, hacer esfuerzos para que el clima laboral ofrezca más apoyo, sobre todo en aquellas organizaciones más propensas a que los trabajadores se vean involucrados en el consumo de sustancias adictivas, a través de programas integrados de salud y de promoción de la salud en el trabajo. El implemento de programas enfocadas en la mejora de la productividad, la calidad y la rentabilidad, incluyendo nuevos sistemas de organización laboral, "calidad total" o "gestión de la calidad" y los recortes de personal pueden perjudicar la salud de los trabajadores.

Es muy común encontrar empresas que implementan programas de prevención para el manejo del estrés o para ayudar a los trabajadores a cambiar sus comportamientos no saludables (fumar, tomar alcohol, obesidad, hipertensión, etcétera), pero de manera aislada y sin el seguimiento adecuado, no existe forma de medir el impacto de este tipo de "pláticas" "cursos" o programas, menos cuando se desvinculan de la práctica laboral y se ven como un resultado aislado o un problema propio del trabajador. De ahí la importancia de utilizar metodologías útiles para identificar o describir asuntos relacionados con la salud de los trabajadores. Una de estas metodologías, apropiada al estudio epidemiológico de asuntos de la salud en poblaciones laborales, es la de *investigación-acción-participativa* (IAP), que se puede utilizar en los lugares de trabajo como un sistema complejo, en lugar de considerar las consecuencias sobre la salud del trabajador como el resultado de comportamientos individuales y aislados.

La IAP busca contribuir con esfuerzos de cambio o acompañar la acción de los trabajadores o participantes (sindicatos, supervisores, empleadores, etcétera), o un cambio para los empleadores mediante un proceso interactivo de investigación y aprendizaje. Es un proceso de investigación y participación sistemática (grupos de bienestar utilizados en el programa ELA) en el cual participan quienes están sufriendo un problema relacionado con su vida personal (consumo de drogas, conflicto de pareja, salud, hijos, enfermedad, etcétera) o relacionado con el trabajo, junto con los facilitadores capacitados para decidir el enfoque de generación de conocimiento, recolectar y analizar información, y tomar decisiones dirigidas a mejorar determinadas condiciones o a apoyar en la solución de un problema específico. El dominio de la metodología de la IAP incluye los principios de participa-

ción, reflexión y empoderamiento de los grupos que buscan mejorar su situación social o laboral (Schnall, Dobson y Rosskam, 2009).

La implementación de intervenciones en el nivel primario exige cambios en las prácticas laborales; estas prácticas deben estar diseñadas para hacer frente a los problemas que viven los trabajadores en el ámbito laboral, pero con muchas coincidencias en la forma de vida individual y familiar. La intervención en este nivel es relativamente simple; por ejemplo: aumentar el número de reuniones del personal para hacer frente a los problemas con un bajo apoyo social en el trabajo, mejorar las redes sociales de los trabajadores (conformarse como una red de compañeros, involucrar a la familia en la identidad laboral, sentirse parte de la empresa). El proceso de cambio puede ser sencillo, pero puede tomar tiempo, esfuerzo y algunos recursos. Los directivos pueden pensar que las intervenciones primarias son difíciles de implementar, perturbadoras y costosas. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones primarias no son costosas y el proceso de cambio, si se realiza adecuadamente, trae beneficios a la empresa en términos generales.

Intervención en un segundo nivel

Estas intervenciones están diseñadas para interrumpir los mecanismos emocionales de aquellos problemas en el trabajo que están vinculados al bienestar de los empleados. Esto implica romper (o debilitar) el vínculo entre la exposición a causas de estrés y sus resultados negativos. También se conoce como diagnóstico precoz o *screening* (OMS). El objetivo de la intervención es secundario para reducir o eliminar el daño; en este caso ya existe el consumo de sustancias adictivas como un problema para el trabajador y el propio trabajo. La intervención secundaria pretende dar a los empleados las habilidades y herramientas que necesita para responder al problema de consumo, de manera que reduce el impacto que los problemas laborales tienen sobre ellos. Se requiere capacitar y concientizar para enfrentar de manera positiva las difíciles condiciones personales, familiares, sociales y laborales por las cuales pueda estar atravesando el trabajador.

Para poder cumplir con este nivel de intervención se necesita en las organizaciones o empresas programas de promoción de la salud o vigilancia de la salud en el trabajo, programas de manejo de estrés, programas de asistencia al empleado o de atención a enfermedades, tener dónde solicitar ayuda para canalizar trabajadores y familiares con algún tipo de dificultad no solo relacionada con el consumo de drogas (clínicas de salud, clínicas de adicciones, etcétera).

La intervención en un segundo nivel implica que los empelados sean conscientes del impacto que tiene el consumo de alcohol, tabaco y drogas en su trabajo, en su persona y en su familia. Para hacer estas intervenciones se necesitan profesionales capacitados con experiencia, considerando que el fracaso en la atención y el seguimiento de este tipo de casos es muy elevado, la mayor parte de los trabajadores acude a una o dos platicas o terapias y deja de asistir. La forma más eficiente es que sean los mismos compañeros o trabajadores (los más conscientes) quienes "acompañen" en el proceso de atención y concientización sobre la incidencia que tiene su consumo adictivo en su salud individual, su economía, el trabajo y su familia.

Las intervenciones cognitivas están diseñadas para ayudar a los empleados a pensar de manera diferente acerca del consumo adictivo y su situación laboral; con una actitud más positiva se alienta la formación de compañeros que tengan una perspectiva más adecuada ante los pensamientos negativos, remplazándolos por pensamientos positivos, o para actuar de manera que reduzca la exposición al problema, implementar diferentes tácticas y comportamientos asertivos que permitan responder ante el desafío o problema que ocasiona el consumo de sustancias adictivas.

Intervención en un tercer nivel

Estas intervenciones están dirigidas a los empleados que ya están experimentando problemas significativos con su bienestar y su salud emocional y física. Estas intervenciones están diseñadas para ayudar a los empleados que ya han sido afectadas de alguna manera y que tienen repercusiones muy claras en el trabajo. En muchas organizaciones hay a menudo una ruta referencial que permite a los empleados acceder a la ayuda de un especialista, pero en su gran mayoría, sobre todo los relacionados con el consumo de alcohol y drogas, los trabajadores son despedidos y abandonados a su suerte.

Hoy en día, las intervenciones terciarias tienden a ser utilizadas para ayudar a las personas a quienes los esfuerzos de la intervención primaria y secundaria no son posibles o no resultan eficaces (aunque ambas situaciones deben ser relativamente poco frecuente). La recomendación que siempre se hace a las organizaciones es el empleo de programas de intervención primaria y secundaria; por la propia situación de la atención en un tercer nivel se debe acudir al sector salud, sea servicios de seguridad social o pública; en muchos casos, las propias empresas cuentan con seguros de gastos médicos con atención privada. Todos los trabaja-

dores que requieren atención en este nivel tienen dificultades en su trabajo, en su salud, con su familia y con sus compañeros; sin embargo, es importante que la empresa cuente con programas para ayudar al empleado a volver al trabajo después de un periodo de ausencia y rehabilitación.

Existen numerosos factores que parecen estar asociados con el éxito de una intervención de tercer nivel, los que incluyen:

- El compromiso y el apoyo de la alta dirección y la cooperación con los sindicatos (si es aplicable).
- Acuerdo claro y objetivo sobre la finalidad, las políticas y el procedimiento que se tienen para apoyar a un trabajador que necesita atención en este nivel (incluyendo la confidencialidad del cliente).
- Formación de directivos para ayudar a identificar problemas y plantear a los empleados las consecuencias que tienen como población económicamente activa.
- La comunicación frecuente acerca de los servicios de apoyo a los empleados.
- Un programa de cuidado continuo, que incluya el seguimiento de casos individuales.
- Trabajo continuo para fomentar la confianza de los empleados.
- Mantenimiento de registros para permitir la evaluación del programa.

Dado que las intervenciones terciarias suelen solicitar la presencia de programas de primer nivel y segundo nivel, no demerita tener preparado en toda organización el programa de intervención de tercer nivel.

En resumen; para la implementación de cualquier programa y en cualquier nivel de intervención se identifica un conjunto de factores que parecen ser importantes en la aplicación de un programa. Estos incluyen:

- Trabajadores implicados en los procesos de intervención, un compromiso de los mandos superiores y directivos y una cultura organizacional que apoye el proceso de intervención.
- Tener la capacitación y la motivación para cambiar por la organización y el individuo, los trabajadores deben sentir el respaldo y el apoyo de la organización para participar en el programa de intervención.
- Disposición de los trabajadores en favor del cambio.
- Tener apoyo de la organización para la gestión y la participación del empleado en el diseño de la intervención y de los cambios sugeridos de manera positiva,

como un ingrediente activo de la intervención, es decir, darse cuenta de que son componentes clave del proceso de cambio
- Evaluación periódica de las percepciones de los empleados sobre la calidad de la intervención y la cantidad de información que reciben acerca de la intervención.

Algunos estudios de los procesos de intervención han empezado a probar la importancia de la percepción del empleado en estos programas de intervención que están vinculados a los propios resultados de la intervención. Los resultados de este tipo de programas traducidos en investigación permitirán a los profesionales, a los empresarios y directivos de organizaciones, retroalimentar para asesorar a sus grupos de trabajo sobre cómo llevar a cabo intervenciones de una manera que maximice las posibilidades de éxito. La evaluación del proceso también puede ser utilizada por las organizaciones para identificar problemas de aplicación, antes de que resulte un daño irreparable para la eficacia de la intervención.

8. Diagnóstico de las adicciones y el bienestar en los trabajadores de la Zona Metropolitana de Guadalajara

Objetivos

No es tarea fácil obtener un perfil del trabajador y del empresario jaliscienses, con información en cuanto a tipo de empresa; indicadores generales de productividad, de empleo, de trabajo, de calidad de vida del trabajador; satisfacción laboral y de salud, y percepciones que los trabajadores tienen de dichas condiciones y de sus relaciones laborales con relación al consumo de sustancias adictivas. Sin embargo, el esfuerzo está realizado a través de la participación de un equipo de trabajo (alumnos de la carrera de psicología) con previa capacitación en el manejo de los instrumentos y en las técnicas de entrevista, para asegurar la parcialidad y la confidencialidad de la información. El propósito fue tener una "fotografía" de la percepción que tiene el trabajador con relación a su trabajo y la relación de este con el consumo de alguna sustancia adictiva, llámese tabaco, alcohol o drogas médicas y drogas ilegales.

En un inicio se pretendía incluir en el estudio las condiciones del trabajo e indicadores de productividad; sin embargo, diversas circunstancias de acceso a la información hicieron imposible tener una "fotografía" más amplia de la relación que tiene el consumo de alguna sustancia adictiva con el trabajo. Los objetivos específicos fueron enmarcados alrededor del consumo de sustancias adictivas y su relación subjetiva con la satisfacción personal y laboral:

- Conocer la prevalencia del uso de drogas, alcohol y tabaco en la población trabajadora de la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG).
- Identificar características sociodemográficas de los trabajadores en la ZMG.

- Conocer el nivel de satisfacción del trabajador con relación al trabajo y su calidad de vida.
- Evaluar la relación entre los factores laborales, sociales y personales y el consumo de drogas.
- Asociar los factores laborales, sociales, familiares y personales con el consumo de drogas.

Tipo de estudio

El trabajo se puede considerar como un estudio trasversal, observacional y descriptivo, con algunos análisis que nos permitan relacionar factores condicionantes del consumo de drogas, pero que además nos permitan identificar aspectos relacionados con las condiciones de trabajo y con los factores familiares, sociales y de satisfacción personal. Las dimensiones a estudiar están centradas en: información sobre el tipo de empresa, antigüedad y entorno familiar. Se estructura en ocho apartados: Satisfacción general en el trabajo, Satisfacción con la organización, realización y formación, Satisfacción con los diferentes aspectos relacionados con el contrato de trabajo, Satisfacción con las condiciones de salud y seguridad en el trabajo, Condiciones de trabajo, Formación académica y formación profesional continua, Movilidad laboral y geográfica y Conciliación de vida laboral y familiar. Además de aquellos indicadores relacionados con el consumo de sustancias adictivas (con los indicadores de la Comisión Nacional contra las Adicciones CONADIC).

El interés principal es definir las necesidades de prevención, los índices de consumo y los problemas asociados en el trabajador de la ZMG, proporcionando una herramienta útil y válida al empresario jalisciense para la toma de decisiones en beneficio del trabajador y de la propia empresa.

Variables

Para este estudio se utilizaron componentes de diferentes apartados que responden a diversos objetivos de la investigación:

1. *Datos sociodemográficos*: se recoge la edad, el sexo y el nivel de estudios del encuestado, algunos datos generales de la familia y el contexto social.
2. *Situación laboral*

2.1. Ocupación: engloba variables que describen el puesto de trabajo del ocupado.

3. *Calidad de vida en el trabajo*
   3.1. Satisfacción en el trabajo: se formulan preguntas que permiten evaluar subjetivamente la calidad de vida que el ocupado tiene en su trabajo.
   3.2. Organización del trabajo: apartado relativo al nivel de supervisión que debe ejercer el ocupado en su trabajo y a la posibilidad de trabajo en equipo.
   3.3. Entorno laboral: preguntas que evalúan las condiciones existentes en el entorno laboral del ocupado.
   3.4. Relaciones laborales: apartado referente al ambiente que el ocupado tiene en su entorno laboral.
   3.5. Tiempo de trabajo: preguntas descriptivas de las condiciones laborales de jornada y horario del ocupado.
   3.6. Seguridad en el trabajo: elementos relativos a la prevención de riesgos laborales y la seguridad en el trabajo.
   3.7. Formación académica y profesional: apartado dedicado al nivel de formación del ocupado y la formación profesional que le proporcionan en su empresa.
   3.8. Compensación por el trabajo: preguntas referentes a la remuneración y los beneficios recibidos en contraprestación del trabajo realizado.
   3.9. Conciliación de la vida laboral y la vida familiar: apartado destinado a evaluar las posibilidades que el ocupado posee de compatibilizar su vida laboral y familiar.
   3.10. Actitudes y opiniones: elementos que tratan de medir la percepción general del ocupado sobre diferentes aspectos de su vida.
   3.11. Negociación colectiva: apartado relativo a la percepción que tiene el ocupado del convenio colectivo por el que se rige su puesto de trabajo.
   3.12. Asociacionismo: elementos que recogen la relación del ocupado con la actividad sindical en su empresa y su opinión sobre dicha actividad.
   3.13. Movilidad laboral y geográfica: preguntas relativas a la historia laboral del ocupado, su movilidad y la relación con la ocupación de sus progenitores.
4. *Presencia de conductas adictivas* (tabaco, alcohol, otras drogas), factor de riesgo de ser adicto o consumidor.

En el diseño de este apartado relacionado con el consumo de drogas se utilizan dimensiones tomadas de las diferentes encuestas realizadas por el Instituto Nacional de Psiquiatría y la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, con el propósito de que los resultados puedan ser comparados con las

diversas encuestas nacionales. En el consumo de tabaco, alcohol y drogas, en esta sección se pregunta sobre las drogas más comunes a estudiar: anfetaminas, tranquilizantes, mariguana, cocaína, *crack*, alucinógenos, inhalables, metanfetaminas, heroína y sedantes. Para cada droga los aspectos principales que se preguntan son: uso alguna vez en la vida, uso en los últimos doce meses, uso y frecuencia de uso en los últimos 30 días (prevalencia), número de veces que se ha usado la droga y hace cuánto se usó (incidencia); además, se pregunta sobre las circunstancias que rodearon el inicio del consumo, como la edad del sujeto, el lugar donde la obtuvo y la persona que se la vendió. Asimismo, en el caso del alcohol, se pregunta sobre las ocasiones de consumo, las prevalencias de: alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes, frecuencia con que ha consumido cinco copas o más y frecuencia de embriaguez.

Población de estudio y muestra

La muestra se diseña de acuerdo con un muestreo multietápico estratificado y aleatorio simple. La encuesta se dirige a trabajadores que laboran mayores de edad (menores de 18 años con permiso de los padres) y viven en la ZMG. La primera unidad de muestreo fueron las áreas geoestadísticas básicas (AGEB) proporcionadas por el INEGI. Una vez obtenida una muestra donde fueron identificadas diferentes áreas se realiza una segunda muestra de manzanas de cada AGEB; en un tercer momento se visita las manzanas muestreadas de cada AGEB para identificar viviendas, locales comerciales, negocios, fabricas y lugares sin construcción, en un cuarto momento se realiza la muestra de viviendas locales, fabricas de cada AGEB, distribuyendo en forma proporcional el muestreo para tener una base de 1,495 personas a encuestar. La última unidad de muestreo es un trabajador por vivienda, local o fabrica, a partir de una distribución proporcional por manzana, asegurando el propio tamaño de la empresa y la distribución aleatorizada de los encuestados. Para el tamaño de la muestra se consideró la distribución del uso de drogas por tipo de droga, sexo y grupo de edad; además, se considera una tasa de no respuesta del 25% mayor que las encuestas relacionadas con el consumo de drogas y por el diseño del muestreo. El nivel de confianza de la muestra se estima en el 95%, con un error promedio del 2.5% y con una prevalencia baja de consumo. Con una muestra infinita de trabajadores más un 25% de la tasa de no respuesta.

Consideraciones éticas

Todos los participantes que aceptaron participar firmaron una carta de consentimiento informado. Se hizo énfasis en el carácter voluntario y de la confidencialidad de la información. Los trabajadores menores de edad debería de tener asentimiento de los padres.

Tablas de resultados

1. Datos sociodemográficos por sexo

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
Edad	*F*	%	*F*	%	*F*	%
Menor a 25 años	372	45.6	307	45.0	680	45.4
De 26 a 34 años	162	19.9	145	21.3	308	20.5
De 35 a 65 años	279	34.2	215	31.5	494	33.0
De 66 y más años	2	.2	15	2.2	17	1.1
Nivel de escolaridad						
Ninguna/primaria	59	7.2	49	7.2	108	7.2
Secundaria	132	16.2	108	15.9	240	16.0
Bachillerato o equivalente	369	45.3	291	42.8	660	44.1
Licenciatura	233	28.6	211	31.0	445	29.7
Posgrado	22	2.7	21	3.1	44	2.9
Actividad deportiva						
Nunca	196	24.0	320	46.9	516	34.5
1 vez a la semana	273	33.5	158	23.2	431	28.8
2 o 3 días a la semana	205	25.2	153	22.4	358	23.9
Diariamente	141	17.3	51	7.5	192	12.8

2. Datos ocupacionales por sexo

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
	F	%	*F*	%	*F*	%
Sector económico						
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	14	1.7	5	.7	19	1.4
Comercio	221	27.6	209	30.8	430	31.2
Comunicaciones y transportes	38	4.7	22	3.2	60	4.3
Construcción	89	11.1	3	.6	92	6.2
Energía	3	.4	-	-	3	.2
Minería	2	.2	3	.6	5	.4
Manufacturas	242	30.2	170	25.1	412	29.9
Otros servicios	154	19.3	204	30.1	258	18.7
Turismo	37	4.6	62	9.1	99	7.18
Tipo de puesto						
Empleado, con jefes y subordinados	518	63.9	355	58.8	873	61.7
Encargado, jefe, capataz o similar	88	10.9	86	11.2	174	10.2
Mando intermedio, con jefes y con subordinados	94	11.6	62	10.3	156	11.0
Director de pequeña empresa	34	2.4	12	2.0	46	3.2
Director de empresa grande o media	3	.2	1	.1	4	.3
Ocupado independientemente, sin jefes y sin subordinados	73	5.16	88	11.6	161	11.4
Tipo de contrato o relación laboral						
De duración indefinida	424	71.4	372	73.3	796	72.1
Temporal/eventual	170	28.6	136	26.8	308	27.9
Número de trabajos actuales						
Un trabajo	683	88.4	550	84.0	1234	86.3
Dos trabajos	80	10.3	87	13.3	168	11.7
Tres trabajos	10	1.3	16	2.4	26	1.8
Cuatro trabajos	-	-	2	.3	2	.1

3. Grado de satisfacción general en el trabajo, por datos sociodemográficos

	Grado de satisfacción con el trabajo					
	Nula	*Baja*	*Media*	*Alta*	*Muy alta*	*Total*
	Sexo					
Masculino	1.0%	11.4%	10.6%	37.7%	39.3%	100.0%
Femenino	1.7%	11.5%	12.5%	33.6%	40.8%	100.0%
Edad						
Menor a 25 años	1.6%	10.5%	14.0%	39.8%	34.2%	100.0%
De 26 a 34 años	1.0%	7.8%	11.7%	42.0%	37.5%	100.0%
De 35 a 65 años	1.2%	15.5%	8.4%	26.1%	48.9%	100.0%
De 66 y más años	-	-	5.9%	29.4%	64.7%	100.0%
Nivel de escolaridad						
Ninguna/primaria	1.9%	14.8%	5.6%	30.6%	47.2%	100.0%
Secundaria	1.7%	7.9%	10.0%	31.0%	49.4%	100.0%
Bachillerato o equivalente	1.5%	11.3%	11.4%	36.4%	39.4%	100.0%
Licenciatura	.9%	12.4%	14.2%	38.1%	34.5%	100.0%
Posgrado	2.3%	15.9%	9.1%	34.1%	38.6%	100.0%
Actividad deportiva						
Nunca	2.1%	12.6%	10.7%	32.7%	41.8%	100.0%
1 vez a la semana	.9%	10.6%	11.5%	37.2%	39.9%	100.0%
2 o 3 días a la semana	.6%	10.1%	12.8%	40.6%	35.9%	100.0%
Diariamente	1.4%	11.7%	12.1%	32.4%	42.4%	100.0%

4. Grado de satisfacción general en el trabajo, por datos ocupacionales

	Grado de satisfacción con el trabajo					
	Nula	*Baja*	*Media*	*Alta*	*Muy alta*	*Total*
	Sector económico					
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	-	-	12.5%	33.3%	54.2%	100.0%
Comercio	2.2%	2.3%	9.0%	38.6%	48.0%	100.0%
Comunicaciones y transportes	-	1.7%	6.8%	47.5%	44.1%	100.0%
Construcción	2.0%	-	-	44.9%	53.1%	100.0%
Energía	-	-	-	66.7%	33.3%	100.0%
Minería	-	-	20.0%	20.0%	60.0%	100.0%
Manufacturas	1.0%	49.3%	28.0%	16.7%	5.0%	100.0%
Otros servicios	.9%	1.7%	5.7%	39.7%	52.0%	100.0%
Turismo	-	5.3%	10.5%	57.9%	26.3%	100.0%
Tipo de puesto						
Empleado, con jefes y subordinados	1.9%	13.9%	13.6%	36.8%	33.7%	100.0%
Encargado, jefe, capataz o similar	.6%	17.8%	9.2%	28.7%	43.7%	100.0%
Mando intermedio, con jefes y con subordinados	.6%	9.0%	12.3%	41.3%	36.8%	100.0%
Director de pequeña empresa	2.3%	-	4.5%	27.3%	65.9%	100.0%
Director de empresa grande o media	-	25.0%	-	-	75.0%	100.0%
Ocupado independientemente, sin jefes y sin subordinados	.6%	.6%	3.8%	35.6%	59.4%	100.0%
Tipo de contrato o relación laboral						
De duración indefinida	1.5%	13.9%	12.8%	36.4%	35.4%	100.0%
Temporal/eventual	1.3%	15.7%	15.0%	38.2%	29.7%	100.0%
Número de trabajos actuales						
Un trabajo	1.4%	10.7%	11.2%	36.0%	40.8%	100.0%
Dos trabajos	.6%	16.1%	11.9%	30.4%	41.1%	100.0%
Tres trabajos	3.8%	11.5%	15.4%	42.3%	26.9%	100.0%
Cuatro trabajos	-	50.0%	-	50.0%	-	100.0%

5. Hábitos en el consumo de tabaco, por sexo

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
	F	%	*F*	%	*F*	%
Ha fumado tabaco alguna vez en su vida						
Sí	539	66.1	467	68.5	1006	67.2
No	276	33.9	215	31.5	491	32.8
Años que tenía cuando fumó por primera vez						
Antes de los 12 años	98	19.6	50	10.8	149	15.4
Antes de los 20 años	364	72.7	357	76.9	721	74.6
Después de los 20 años	39	7.8	57	12.3	97	10.0
Razón para comenzar a fumar						
Porque en su familia alguien fumaba	27	5.2	39	8.1	66	6.6
Porque sus compañeros o amigos fumaban	86	16.6	73	15.1	160	15.9
Por presión de grupo	31	6.0	24	5.0	55	5.5
Por curiosidad	317	61.2	298	61.6	616	61.4
Para tranquilizarse	11	2.1	18	3.7	29	2.9
Para sentirse o parecer adulto	29	5.6	12	2.5	41	4.1
No recuerda	9	1.7	11	2.3	20	2.0
Otra	8	1.5	9	1.9	17	1.7
Con qué frecuencia ha estado fumando						
Todos los días	136	26.0	84	17.5	220	21.9
Algunos días	110	21.0	101	21.1	211	21.0
No fumo actualmente	277	53.0	294	61.4	573	57.1
En alguna época ha fumado diario						
Sí	263	48.6	180	43.8	443	46.5
No	278	51.4	231	56.2	509	53.5
	541		411		952	
Cuántos cigarros fuma o fumó por día						
Menos de 16 cigarros	221	83.4	176	94.1	398	87.9
De 16 a 25 cigarros	37	14.0	9	4.8	46	10.2
Más de 26 cigarros	7	2.6	2	1.1	9	2.0
Última vez que se fumó un cigarro						
En los últimos 30 días	224	41.9	168	33.4	392	37.7
Más de un mes pero menos de 6 meses	76	14.2	101	20.1	179	17.2
Hace 6 mese o más pero menos de 1 año	28	5.2	26	5.2	54	5.2
Hace 1 año o más pero menos de 3 años	51	9.5	50	9.9	101	9.7
Hace más de 3 años	156	29.2	158	31.4	314	30.2

6. Hábitos en el consumo de tabaco (fumador activo), por sexo

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
	F	%	*F*	%	*F*	%
Tiempo después de despertarse que fuma su primer cigarro						
Primeros 5 minutos	14	6.5	5	3.0	19	5.0
Entre 6 y 30 minutos	23	10.7	12	7.3	35	9.3
Entre 31 y 60 minutos	21	9.8	17	10.4	38	10.1
Más de una hora	156	72.9	130	79.3	286	75.7
Cuándo fuma usted más						
En las mañanas	27	12.3	13	7.9	40	10.4
En las tardes/al anochecer	193	87.7	151	92.1	344	89.6
Es difícil abstenerse de fumar donde está prohibido						
Sí	37	16.4	37	21.9	74	18.8
No	188	83.6	132	78.1	320	81.2
Cuál sería el más difícil de dejar						
El primero de la mañana	22	10.5	9	5.6	31	8.4
El después de comer	38	18.2	18	11.2	56	15.1
Cuando está bajo tensión	38	18.2	41	25.5	79	21.4
El del baño	12	5.7	4	2.5	16	4.3
El de antes de dormir	19	9.1	18	11.2	37	10.0
Algún otro	12	5.7	12	7.5	24	6.5
Todos	7	3.3	6	3.7	13	3.5
Ninguno	61	29.2	53	32.9	114	30.8
Ha intentado dejar de fumar						
Sí	139	65.9	102	61.1	241	63.8
No	72	34.1	65	38.9	137	36.2

7. Hábitos en el consumo de alcohol, por sexo (1 de 3)

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
Ha consumido alguna bebida que contenga alcohol						
Sí	769	93.9	655	95.9	1424	94.8
No	50	6.1	28	4.1	78	5.2
Por qué nunca ha consumido alcohol						
Por religión	2	4.0	3	10.7	5	6.4
Por miedo a tener un problema	4	8.0	2	7.1	6	7.7
Porque no se acostumbra en casa	5	10.0	2	7.1	7	9.0
Mis necesidades me necesitan sobrio	-	-	1	3.5	1	1.3
No me educaron para tomar	3	6.0	-	-	3	3.8
Mi salud es mala/tomo medicinas	1	2.0	1	3.5	2	2.5
El alcohol tiene un efecto malo sobre mis actividades	2	4.0	2	7.1	4	5.1
No tengo una razón	7	14.0	4	14.2	11	14.1
Embarazada/intenta embarazarse	-	3.8	1	7.1	1	1.3
No es de su interés	26	52	12	42.8	38	48.7
En los últimos 12 meses tomó alcohol						
Sí	543	76.3	373	59.4	916	68.9
No	169	23.7	245	40.6	414	31.1
Edad que tenía la última vez que tomó alcohol						
Antes de los 12 años	23	5.6	14	3.3	37	5.8
Antes de los 20 años	84	20.6	91	21.5	175	20.8
Después de los 20 años	300	73.7	318	75.2	618	73.6
Con qué frecuencia toma alcohol						
3 o más veces al día	3	.5	3	.4	6	.4
2 o más veces al día	4	.6	6	.8	10	.7
1 vez al día	9	1.5	3	.4	13	1.0
Casi todos los días (5-6 veces por semana)	13	2.1	7	1.0	20	1.5
3 o 4 veces a la semana	43	7.0	22	3.1	65	4.9
1 o 2 veces a la semana	190	30.7	107	15.0	298	22.3
2 o 3 veces al mes	149	24.1	157	22.0	306	22.9
Aproximadamente 1 vez al mes	94	15.2	127	17.8	221	16.6
De 7 a 11 veces al año	30	4.9	48	6.7	78	5.8
De 3 a 6 veces al año	41	6.6	95	13.3	136	10.2
2 veces al año	25	4.0	75	10.5	100	7.5
1 vez al año	17	2.8	64	9.0	81	6.1

8. Hábitos en el consumo de alcohol, por sexo (2 de 3)

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
En los últimos 30 días tomó alcohol						
Sí	486	66.1	216	33.7	602	47.3
No	249	33.9	424	66.3	673	52.7
Número de copas que ha consumido en un solo día, en los últimos 12 meses						
24 o más copas en un solo día	78	13.0	23	3.4	101	7.9
12 a 23 copas en un solo día	119	19.9	72	10.6	192	15.0
8 a 11 copas en 1 día	130	21.7	121	17.8	252	19.7
5 a 7 copas en un día	121	20.2	121	17.8	242	18.9
4 copas en un solo día	48	8.0	90	13.2	138	10.8
1 a 3 copas en un solo día	103	17.2	253	37.2	356	27.8
Con qué frecuencia tomó para sentirse borracho, en los últimos 12 meses						
A diario	6	1.0	3	.4	9	.7
Casi a diario (5 a 6 veces por semana)	22	3.6	20	2.8	42	3.2
3 a 4 veces a la semana	10	1.6	3	.4	13	1.0
1 a 2 veces por semana	36	5.9	17	2.4	53	4.0
2 a 3 veces al mes	45	7.4	19	2.7	65	4.9
1 vez al mes	57	9.3	30	4.2	87	6.6
7 a 11 veces al año	22	3.6	10	1.4	32	2.4
3 a 6 veces al año	53	8.7	51	7.2	104	7.9
2 veces al año	50	8.2	77	10.9	128	9.7
1 vez al año	72	11.8	104	14.7	176	13.3
Menos de una vez al año	34	5.6	35	4.9	69	5.2
Nunca	204	33.4	340	48.0	544	41.1

9. Hábitos en el consumo de alcohol, por sexo (3 de 3)

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
Una y otra vez ha intentado dejar de tomar bebidas alcohólicas						
Sí	84	12.0	149	24.2	233	17.7
No	618	88.0	466	75.8	1086	82.3
Ha tenido problemas con su familia debido a su consumo de alcohol						
Sí	118	15.6	60	10.7	178	13.5
No	639	84.4	501	89.3	1142	86.5
Ha tenido problemas en su trabajo debido a su consumo de alcohol						
Sí	37	5.0	6	1.0	43	3.2
No	702	95	585	99	1289	96.8
Ha tenido problemas con su salud debido a su consumo de alcohol						
Sí	56	7.7	34	5.7	90	6.8
No	672	92.3	567	94.3	1241	93.2
Ha tenido problemas con la policía debido a su consumo de alcohol						
Sí	79	11.7	10	1.8	89	6.7
No	693	88.3	541	98.2	1236	93.3
Tuvo algún accidente automovilístico debido a su consumo de alcohol						
Sí	33	5.5	8	1.3	41	3.1
No	695	94.5	589	98.7	1286	96.9
Tuvo un accidente de otro tipo debido a su consumo de alcohol						
Sí	35	4.8	13	2.2	48	3.6
No	690	95.2	588	97.8	1280	96.4
Se vio involucrado en una pelea debido a su consumo de alcohol						
Sí	92	11.9	19	2.9	111	8.4
No	683	88.1	528	97.1	1213	91.6
Perdió o casi perdió su trabajo debido a su consumo de alcohol						
Sí	15	2.0	1	0.2	16	1.2
No	709	98.0	614	99.8	1325	98.8

10. Hábitos en el consumo de drogas, por sexo

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
Alguna vez le han ofrecido o regalado marihuana						
Sí	640	79.0	181	27.2	821	55.7
No	170	21.0	483	72.8	653	44.3
Alguna vez le han ofrecido que comprara marihuana						
Sí	223	27.5	99	16.1	322	22.6
No	587	72.5	515	83.9	1102	77.4
Alguna vez le han ofrecido cualquier droga regalada						
Sí	282	37.0	224	35.0	508	34.2
No	580	63.0	395	65.0	975	65.8
Alguna vez le ofrecieron que comprara cualquier droga						
Sí	159	20.4	62	9.8	221	15.7
No	620	79.6	571	91.2	1191	84.3
Edad que tenía la primera vez que usó drogas como marihuana, cocaína o inhalantes						
Antes de los 12 años	4	2.1	4	3.5	8	2.6
Antes de los 20 años	172	88.2	90	78.3	263	84.6
Después de los 20 años	19	9.7	21	18.3	40	12.9
Edad que tenía la primera vez que usó tranquilizantes sin prescripción médica						
Antes de los 12 años	8	17.4	15	35.7	23	25.6
Antes de los 20 años	23	50.0	11	26.2	36	40.0
Después de los 20 años	15	32.6	16	38.1	31	34.4

11. Hábitos en el consumo de opiáceos, por sexo

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
Ha usado o probado esta sustancia						
Sí	25	3.6	14	2.2	39	2.7
No	768	96.4	608	97.8	1376	97.3
Cómo usó estos medicamentos						
Sin receta/forma diferente a lo indicado por un médico	10	23.8	9	20.5	19	22.1
Solo con receta médica	32	76.2	35	79.5	67	77.9
Usó sin prescripción médica por primera vez						
Antes de los 12 años	-	-	1	11.1	1	4.5
Antes de los 20 años	10	76.9	3	33.3	13	59.1
Después de los 20 años	3	23.1	5	55.6	8	36.4
Usó fuera de prescripción médica por última vez						
Antes de los 12 años	3	27.3	-	-	3	18.8
Antes de los 20 años	4	36.4	2	40.0	6	37.5
Después de los 20 años	4	36.4	3	60.0	7	43.8
Veces que ha usado fuera de prescripción						
De 1 a 2 veces	4	40.0	4	50.0	8	44.4
De 3 a 5 veces	3	30.0	1	12.5	4	22.2
De 6 a 10 veces	1	10.0	1	12.5	2	11.1
De 11 a 49 veces	1	10.0	-	-	1	5.6
50 o más veces	1	10.0	2	25.0	3	16.7
Usó fuera de prescripción, últimos 12 meses						
Sí	4	36.4	5	62.5	9	47.4
No	7	63.6	3	37.5	10	52.6
Frecuencia últimos 12 meses sin prescripción						
Todos los días o casi todos los días	-	-	1	11.1	1	7.1
Una vez a la semana o más	1	20.0	2	22.2	3	21.4
Una vez cada 2 ó 3 semanas	2	40.0	1	11.1	3	21.4
Una vez cada 1 ó 2 meses	-	-	1	11.1	1	7.1
Con menos frecuencia	2	40.0	4	44.4	6	42.9
Si consumió en los últimos 12 meses, ¿tomó alcohol?						
Usualmente	1	16.7	2	22.2	3	20.0
A veces	-	-	2	22.2	2	13.3
Nunca	5	83.3	5	55.6	10	66.7
Usó fuera de prescripción, últimos 30 días						
Sí	2	50.0	4	80.0	6	66.7
No	2	50.0	1	20.0	3	33.3
Consumo sin prescripción, último mes						
1 a 5 días	2	100.0	3	66.7	5	63.3
6 a 19 días	-	-	1	33.3	1	16.7
20 días o más	-	-	-	-	-	-

12. Hábitos en el consumo de tranquilizantes, por sexo

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
Ha usado o probado esta sustancia						
Sí	105	13.7	116	18.3	221	15.6
No	657	86.3	515	81.7	1188	84.4
Cómo usó estos medicamentos						
Sin receta/forma diferente a lo indicado por un médico	24	36.4	60	55.0	84	48.0
Solo con receta médica	42	63.6	49	45.0	91	52.0
Usó sin prescripción médica por primera vez						
Antes de los 12 años	3	9.7	7	19.4	10	14.5
Antes de los 20 años	14	45.2	8	22.2	24	34.8
Después de los 20 años	14	45.2	21	58.3	35	50.7
Usó fuera de prescripción médica por última vez						
Antes de los 12 años	3	12.0	-	-	3	5.1
Antes de los 20 años	6	24.0	7	21.9	14	23.7
Después de los 20 años	16	64.0	25	78.1	42	71.2
Veces que ha usado fuera de prescripción						
De 1 a 2 veces	11	42.3	13	48.1	24	43.6
De 3 a 5 veces	7	26.9	6	22.2	14	25.5
De 6 a 10 veces	-	-	4	14.8	4	7.3
De 11 a 49 veces	5	19.2	3	11.1	9	16.4
50 o más veces	3	11.5	1	3.7	4	7.3
Usó fuera de prescripción, últimos 12 meses						
Sí	12	44.4	11	37.9	23	41.1
No	15	55.6	18	62.1	33	58.9
Frecuencia últimos 12 meses sin prescripción						
Todos los días o casi todos los días	4	33.3	-	-	4	19.0
Una vez a la semana o más	2	16.6	2	14.3	4	19-0
Una vez cada 2 o 3 semanas	-	-	4	28.6	4	19.0
Una vez cada 1 o 2 meses	1	8.3	2	14.3	3	12.0
Con menos frecuencia	5	41.6	1	42.9	6	28.5
Si consumió en los últimos 12 meses, ¿tomó alcohol?						
Usualmente	2	18.2	2	20.0	5	22.7
A veces	3	27.3	2	20.0	5	22.7
Nunca	6	54.5	6	60.0	12	54.5
Usó fuera de prescripción, últimos 30 días						
Sí	4	40.0	5	41.7	9	40.9
No	6	60.0	7	58.3	13	59.1
Consumo sin prescripción, último mes						
1 a 5 días	4	80.0	5	83.3	9	81.8
6 a 19 días	-	-	1	16.7	1	9.1
20 días o más	1	20.0	-	-	1	9.1

13. Hábitos en el consumo de sedantes y barbitúricos, por sexo

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
Ha usado o probado esta sustancia						
Sí	47	6.1	34	5.4	82	5.9
No	718	93.9	595	94.6	1314	94.1
Cómo usó estos medicamentos						
Sin receta/forma diferente a lo indicado por un médico	11	33.3	18	40.0	30	38.0
Solo con receta médica	22	66.7	27	60.0	49	62.0
Usó sin prescripción médica por primera vez						
Antes de los 12 años	2	18.2	3	13.6	5	14.7
Antes de los 20 años	2	18.2	6	27.3	9	26.5
Después de los 20 años	7	63.6	13	59.1	20	58.8
Usó fuera de prescripción médica por última vez						
Antes de los 12 años	2	22.2	-	-	2	6.9
Antes de los 20 años	1	11.1	3	15.8	5	17.2
Después de los 20 años	6	66.7	16	84.2	22	75.9
Veces que ha usado fuera de prescripción						
De 1 a 2 veces	6	60.0	6	30.0	12	38.7
De 3 a 5 veces	1	10.0	7	35.0	8	25.8
De 6 a 10 veces	-	-	3	15.0	4	12.9
De 11 a 49 veces	1	10.0	2	10.0	3	9.7
50 o más veces	2	20.0	2	10.0	4	12.9
Usó fuera de prescripción, últimos 12 meses						
Sí	5	41.7	14	63.6	19	55.9
No	7	58.3	8	36.4	15	44.1
Frecuencia últimos 12 meses sin prescripción						
Todos los días o casi todos los días	3	60.0	1	7.1	4	20.0
Una vez a la semana o más	-	-	2	14.3	2	10.0
Una vez cada 2 o 3 semanas	-	-	1	7.1	1	5.0
Una vez cada 1 o 2 meses	1	20.0	6	42.9	8	40.0
Con menos frecuencia	1	20.0	4	28.6	5	25.0
Si consumió en los últimos 12 meses, ¿tomó alcohol?						
Usualmente	1	16.7	1	7.1	2	9.5
A veces	1	16.7	2	14.3	4	19.0
Nunca	4	66.7	11	78.6	15	71.4
Usó fuera de prescripción, últimos 30 días						
Sí	4	80.0	6	42.9	10	52.6
No	1	20.0	8	57.1	9	47.4
Consumo sin prescripción, último mes						
1 a 5 días	2	50.0	4	66.7	6	60.0
6 a 19 días	1	25.0	1	16.7	2	20.0
20 días o más	1	25.0	1	16.7	2	20.0

14. hábitos en el consumo de anfetaminas o estimulantes, por sexo

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
Ha usado o probado esta sustancia						
Sí	51	6.6	78	12.5	129	9.3
No	716	93.4	547	87.5	1263	90.7
Cómo usó estos medicamentos						
Sin receta/forma diferente a lo indicado por un médico	16	61.5	39	60.9	55	61.1
Solo con receta médica	10	38.5	25	29.1	35	39.9
Usó sin prescripción médica por primera vez						
Antes de los 12 años	2	11.1	-	-	2	5.3
Antes de los 20 años	5	27.8	4	20.0	9	23.7
Después de los 20 años	11	61.1	16	80.0	27	71.1
Usó fuera de prescripción médica por última vez						
Antes de los 12 años	-	-	1	9.1	1	4.8
Antes de los 20 años	5	50.0	3	27.3	8	38.1
Después de los 20 años	5	50.0	7	63.6	12	57.1
Veces que ha usado fuera de prescripción						
De 1 a 2 veces	2	14.3	4	28.6	6	21.4
De 3 a 5 veces	4	28.6	3	21.4	7	25.0
De 6 a 10 veces	4	28.6	2	14.3	6	21.4
De 11 a 49 veces	3	21.4	4	28.6	7	25.0
50 o más veces	1	7.1	1	7.1	2	7.1
Usó fuera de prescripción, últimos 12 meses						
Sí	7	41.2	11	57.9	18	50.0
No	10	58.8	8	42.1	18	50.0
Frecuencia últimos 12 meses sin prescripción						
Todos los días o casi todos los días	1	11.1	4	23.5	5	19.2
Una vez a la semana o más	5	55.6	9	52.9	14	53.8
Una vez cada 2 o 3 semanas	2	22.2	-	-	2	7.7
Una vez cada 1 o 2 meses	-	-	3	17.6	3	11.5
Con menos frecuencia	1	11.1	1	5.9	2	7.7
Si consumió en los últimos 12 meses, ¿tomó alcohol?						
Usualmente	3	33.3	3	25.0	6	28.6
A veces	1	11.1	4	33.3	5	23.8
Nunca	5	55.6	5	41.7	10	47.6
Usó fuera de prescripción, últimos 30 días						
Sí	3	42.8	4	36.4	7	38.8
No	4	67.2	7	63.6	11	61.2
Consumo sin prescripción, último mes						
1 a 5 días	4	57.1	3	33.3	7	43.8
6 a 19 días	1	14.3	2	22.2	3	18.8
20 días o más	2	28.6	4	44.4	6	37.5

15. Hábitos en el consumo de marihuana, por sexo

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
Ha usado o probado esta sustancia						
Sí	202	24.9	81	15.0	283	21.0
No	609	75.1	460	85.0	1069	79.0
Principalmente cómo la ha usado						
Inyectada	6	3.0	-	-	6	1.9
Inhalada	8	4.0	2	2.1	10	3.2
Aspirada	2	1.0	1	1.0	3	1.0
Fumada	172	86.0	76	80.4	259	83.8
Tomada, tragada o comida	10	5.0	17	15.9	28	9.1
Untada o frotada, no como droga	2	1.0	1	.9	3	1.0
Edad que tenía cuando la usó por primera vez						
Antes de los 12 años	2	1.0	1	.9	3	1.0
Antes de los 20 años	157	81.8	73	68.2	231	76.7
Después de los 20 años	33	17.2	33	30.8	67	22.3
Edad que tenía cuando la usó por última vez						
Antes de los 12 años	2	1.1	-	-	2	.7
Antes de los 20 años	71	40.1	42	41.2	113	40.2
Después de los 20 años	104	58.8	60	58.8	166	59.1
Veces que la ha usado en su vida						
De 1 a 2 veces	67	34.7	46	43.8	115	38.3
De 3 a 5 veces	38	19.7	19	18.1	57	19.0
De 6 a 10 veces	26	13.5	12	11.4	38	12.7
De 11 a 49 veces	27	14.0	11	10.5	38	12.7
50 o más veces	35	18.1	17	16.2	52	17.3
Ha usado en los últimos 12 meses						
Sí	89	44.0	25	30.9	114	40.3
No	113	56.0	56	69.1	169	59.7
Frecuencia de uso en los últimos 12 meses						
Todos los días o casi todos los días	6	8.0	4	9.5	10	8.4
Una vez a la semana o más	14	18.7	7	16.7	21	17.6
Una vez cada 2 o 3 semanas	10	13.3	2	4.8	12	10.1
Una vez cada 1 o 2 meses	12	16.0	9	21.4	21	17.6
Con menos frecuencia	33	44.0	20	47.6	55	46.2
Si consumió en los últimos 12 meses, ¿tomó alcohol?						
Usualmente	26	29.2	7	28.0	33	28.9
A veces	39	43.8	1	4	40	35.1
Nunca	24	26.9	17	68	41	35.9
Ha consumido marihuana, en los últimos 30 días						
Sí	32	35.9	6	24.0	38	33.3
No	57	64.1	19	76.0	76	66.7
Frecuencia de consumo en el último mes						
1 a 5 días	22	68.7	0	-	22	57.9
6 a 19 días	7	21.9	3	50.0	10	26.3
20 días o más	3	9.3	3	50.0	6	15.7

16. Hábitos en el consumo de cocaína, por sexo

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
Ha usado o probado esta sustancia						
Sí	78	9.6	14	2.1	92	6.2
No	740	90.4	660	97.9	1400	93.8
Principalmente cómo la ha usado						
Inyectada	2	2.7	-	-	2	2.2
Inhalada	47	62.7	7	50.0	55	61.1
Aspirada	18	24.0	4	28.6	22	24.4
Fumada	6	8.0	2	14.3	8	8.9
Tomada, tragada o comida	2	2.7	1	7.1	3	3.3
Untada o frotada, no como droga	-	-	-	-	-	-
Edad que tenía cuando la usó por primera vez						
Antes de los 12 años	-	-	-	-	-	-
Antes de los 20 años	46	61.3	10	76.9	57	64.0
Después de los 20 años	29	38.7	3	23.1	32	36.0
Edad que tenía cuando la usó por última vez						
Antes de los 12 años	-	-	-	-	-	-
Antes de los 20 años	24	40.7	8	66.7	33	45.8
Después de los 20 años	35	59.3	4	33.3	39	54.2
Veces que la ha usado en su vida						
De 1 a 2 veces	41	55.4	9	64.3	51	57.3
De 3 a 5 veces	12	16.2	1	7.1	13	14.6
De 6 a 10 veces	4	5.4	1	7.1	5	5.6
De 11 a 49 veces	6	8.1	2	14.3	8	9.0
50 o más veces	11	14.9	1	7.1	12	13.5
Ha usado en los últimos 12 meses						
Sí	16	20.5	3	21.4	19	18.5
No	62	79.5	11	78.6	73	81.5
Frecuencia de uso en los últimos 12 meses						
Todos los días o casi todos los días	-	-	-	-	-	-
Una vez a la semana o más	4	20.0	-	-	4	17.4
Una vez cada 2 o 3 semanas	1	5.0	-	-	1	4.3
Una vez cada 1 o 2 meses	3	15.0	-	-	3	13.0
Con menos frecuencia	12	60.0	3	100.0	15	65.2
Si consumió en los últimos 12 meses, ¿tomó alcohol?						
Usualmente	10	55.6	-	-	10	47.6
A veces	5	27.8	2	66.7	7	33.3
Nunca	3	16.7	1	33.3	4	19.0
Ha consumido cocaína, en los últimos 30 días						
Sí	5	31.2	-	-	5	26.3
No	11	68.8	3	100.0	14	63.7
Frecuencia de consumo en el último mes						
1 a 5 días	5	100.0	-	-	5	100.0
6 a 19 días	-	-	-	-	-	-
20 días o más	-	-	-	-	-	-

17. Hábitos en el consumo de crack*, por sexo*

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
Ha usado o probado esta sustancia						
Sí	7	1.0	5	.8	12	.9
No	736	99.0	603	99.2	1341	99.1
Principalmente cómo la ha usado						
Inyectada	2	28.6	-	-	2	16.7
Inhalada	-	-	1	20.0	1	8.3
Aspirada	1	14.3	-	-	1	8.3
Fumada	4	57.1	3	60.0	7	58.3
Tomada, tragada o comida	-	-	-	-	1	8.3
Untada o frotada, no como droga						
Edad que tenía cuando la usó por primera vez						
Antes de los 12 años	-	-	-	-	-	
Antes de los 20 años	2	28.6	3	60.0	5	41.7
Después de los 20 años	5	71.4	2	40.0	7	58.3
Edad que tenía cuando la usó por última vez						
Antes de los 12 años	-	-	-	-	-	-
Antes de los 20 años	1	16.7	3	75.0	4	40.0
Después de los 20 años	5	83.3	1	25.0	6	60.0
Veces que la ha usado en su vida						
De 1 a 2 veces	4	57.1	4	80.0	8	66.7
De 3 a 5 veces	2	28.6	-	-	2	16.7
De 6 a 10 veces	-	-	-	-	-	-
De 11 a 49 veces	-	-	-	-	-	-
50 o más veces	1	14.3	1	20.0	2	16.7
Ha usado en los últimos 12 meses						
Sí	2	28.6	-	-	2	18.2
No	5	71.4	4	100.0	9	81.8
Frecuencia de uso en los últimos 12 meses						
Todos los días o casi todos los días	-	-	-	-	-	-
Una vez a la semana o más	-	-	-	-	-	-
Una vez cada 2 o 3 semanas	-	-	-	-	-	-
Una vez cada 1 o 2 meses	-	-	-	-	-	-
Con menos frecuencia	2	100.0	-	-	2	100.0
Si consumió en los últimos 12 meses, ¿tomó alcohol?						
Usualmente	2	100.0	-	-	2	100.0
A veces	-	-	-	-	-	-
Nunca	-	-	-	-	-	-
Ha consumido crack, en los últimos 30 días						
Sí	1	50.0	-	-	1	50.0
No	1	50.0	-	-	1	50.0
Frecuencia de consumo en el último mes						
1 a 5 días	1	100.0	-	-	1	100.0
6 a 19 días	-	-	-	-	-	-
20 días o más	-	-	-	-	-	-

18. Hábitos en el consumo de alucinógenos, por sexo

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
Ha usado o probado esta sustancia						
Sí	46	5.9	22	3.7	68	4.9
No	736	94.1	572	97.3	1310	95.1
Principalmente cómo la ha usado						
Inyectada	1	2.3	-	-	1	1.5
Inhalada	1	2.3	1	4.5	2	3.0
Aspirada	-	-	-	-	-	-
Fumada	1	2.3	-	-	1	1.5
Tomada, tragada o comida	41	93.2	21	95.5	62	93.9
Untada o frotada, no como droga						
Edad que tenía cuando la usó por primera vez						
Antes de los 12 años	1	2.3	-	-	1	1.5
Antes de los 20 años	23	53.5	17	77.3	40	61.5
Después de los 20 años	19	44.2	5	22.7	24	36.9
Edad que tenía cuando la usó por última vez						
Antes de los 12 años	1	2.5	-	-	1	1.6
Antes de los 20 años	14	35.0	13	59.1	27	43.5
Después de los 20 años	25	62.5	9	40.9	34	54.8
Veces que la ha usado en su vida						
De 1 a 2 veces	25	56.8	14	63.6	39	59.1
De 3 a 5 veces	10	22.7	5	22.7	15	22.7
De 6 a 10 veces	3	6.8	1	4.5	4	6.1
De 11 a 49 veces	3	6.8	2	9.1	5	7.6
50 o más veces	3	6.8	-	-	3	4.5
Ha usado en los últimos 12 meses						
Sí	7	16.3	3	14.3	10	15.6
No	36	83.7	18	85.7	54	84.4
Frecuencia de uso en los últimos 12 meses						
Todos los días o casi todos los días	-	-	1	16.7	1	7.1
Una vez a la semana o más	-	-	1	16.7	1	7.1
Una vez cada 2 o 3 semanas	1	12.5	-	-	1	7.1
Una vez cada 1 o 2 meses	1	12.5	-	-	1	7.1
Con menos frecuencia	6	75.0	4	66.7	10	71.4
Si consumió en los últimos 12 meses, ¿tomó alcohol?						
Usualmente	2	25.0	1	16.7	3	21.4
A veces	2	25.0	1	16.7	3	21.4
Nunca	4	50.0	4	66.7	8	57.1
Ha consumido alucinógenos, en los últimos 30 días						
Sí	1	16.6	1	33.3	2	20.0
No	6	83.3	2	66.7	8	80.0
Frecuencia de consumo en el último mes						
1 a 5 días	1	50.0	1	100.0	2	66.7
6 a 19 días	-	-	-	-	-	-
20 días o más	1	50.0	-	-	1	33.3

19. Hábitos en el consumo de inhalables, por sexo

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
Ha usado o probado esta sustancia						
Sí	39	50.0	7	1.2	46	3.3
No	752	95.0	598	98.8	1350	96.7
Principalmente cómo la ha usado						
Inyectada						
Inhalada	16	84.2	5	100.0	21	87.5
Aspirada	2	10.5	-	-	2	8.3
Fumada	-	-	-	-	-	-
Tomada, tragada o comida	1	5.3	-	-	1	4.2
Untada o frotada, no como droga						
Edad que tenía cuando la usó por primera vez						
Antes de los 12 años	-	-	-	-	-	-
Antes de los 20 años	13	72.2	3	60.0	16	69.6
Después de los 20 años	5	27.8	2	40.0	7	30.4
Edad que tenía cuando la usó por última vez						
Antes de los 12 años	1	5.9	-	-	1	4.6
Antes de los 20 años	9	52.9	3	60.0	12	54.5
Después de los 20 años	7	41.2	2	40.0	9	40.9
Veces que la ha usado en su vida						
De 1 a 2 veces	10	55.6	3	60.0	13	56.5
De 3 a 5 veces	1	5.6	1	20.0	2	8.7
De 6 a 10 veces	2	11.1	-	-	2	8.7
De 11 a 49 veces	2	11.1	-	-	2	8.7
50 o más veces	3	16.7	1	20.0	4	17.4
Ha usado en los últimos 12 meses						
Sí	24	61.6	2	28.6	26	56.5
No	15	38.4	5	71.4	20	43.5
Frecuencia de uso en los últimos 12 meses						
Todos los días o casi todos los días	1	14.3	-	-	1	14.3
Una vez a la semana o más	1	14.3	-	-	1	14.3
Una vez cada 2 o 3 semanas						
Una vez cada 1 o 2 meses						
Con menos frecuencia	5	71.4	-	-	5	71.4
Si consumió en los últimos 12 meses, ¿tomó alcohol?						
Usualmente	1	16.7	-	-	1	16.7
A veces	2	33.3	-	-	2	33.3
Nunca	3	50.0	-	-	3	50.0
Ha consumido inhalables, en los últimos 30 días						
Sí	12	50.0	-	-	12	38.7
No	12	50.0	7	100	19	61.3
Frecuencia de consumo en el último mes						
1 a 5 días	7	58.3	-	-	7	58.3
6 a 19 días	3	25.0	-	-	3	25.0
20 días o más	2	16.7	-	-	2	16.7

20. Hábitos en el consumo de heroína y opio, por sexo

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
Ha usado o probado esta sustancia						
Sí	4	.6	1	.2	5	.4
No	746	99.4	604	99.8	1352	99.6
Principalmente cómo la ha usado						
Inyectada	2	50.0	-	-	2	40.0
Inhalada	1	25.0	-	-	1	20.0
Aspirada	-	-	1	100.0	1	20.0
Fumada	-	-	-	-	-	-
Tomada, tragada o comida	1	25.0	-	-	1	20.0
Untada o frotada, no como droga						
Edad que tenía cuando la usó por primera vez						
Antes de los 12 años	-	-	-	-	-	-
Antes de los 20 años	2	50.0	1	100.0	3	60.0
Después de los 20 años	2	50.0	-	-	2	40.0
Edad que tenía cuando la usó por última vez						
Antes de los 12 años	-	-	-	-	-	-
Antes de los 20 años	1	25.0	1	100.0	2	40.0
Después de los 20 años	3	75.0	-	-	3	60.0
Veces que la ha usado en su vida						
De 1 a 2 veces	3	75.0	1	100.0	4	80.0
De 3 a 5 veces	-	-	-	-	-	-
De 6 a 10 veces	-	-	-	-	-	-
De 11 a 49 veces	-	-	-	-	-	-
50 o más veces	1	25.0	-	-	1	20.0
Ha usado en los últimos 12 meses						
Sí	1	25.0	-	-	1	20.0
No	3	75.0	1	100.0	4	80.0
Frecuencia de uso en los últimos 12 meses						
Todos los días o casi todos los días	-	-	-	-	-	-
Una vez a la semana o más	-	-	-	-	-	-
Una vez cada 2 o 3 semanas	-	-	-	-	-	-
Una vez cada 1 o 2 meses	-	-	-	-	-	-
Con menos frecuencia	1	100.0	-	-	1	100.0
Si consumió en los últimos 12 meses, ¿tomó alcohol?						
Usualmente	-	-	-	-	-	-
A veces	1	100.0	-	-	1	100.0
Nunca	-	-	-	-	-	-
Ha consumido heroína/opio, en los últimos 30 días						
Sí	-	-	-	-	-	-
No	4	100.0	-	-	4	100.0
Frecuencia de consumo en el último mes						
1 a 5 días	-	-	-	-	-	-
6 a 19 días	-	-	-	-	-	-
20 días o más	-	-	-	-	-	-

21. Hábitos en el consumo de estimulante tipo anfetamínico, por sexo

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
Ha usado o probado esta sustancia						
Sí	23	3.0	31	5.0	54	3.9
No	747	97.0	596	95.0	1345	96.1
Principalmente cómo la ha usado						
Inyectada	1	4.5	-	-	1	3.0
Inhalada	-	-	-	-	-	-
Aspirada	-	-	-	-	-	-
Fumada	1	4.5	1	9.1	2	6.1
Tomada, tragada o comida	20	90.9	10	90.9	30	90.9
Untada o frotada, no como droga						
Edad que tenía cuando la usó por primera vez						
Antes de los 12 años	-	-	-	-	-	-
Antes de los 20 años	15	68.2	6	54.5	21	63.6
Después de los 20 años	7	31.8	5	45.5	12	36.4
Edad que tenía cuando la usó por última vez						
Antes de los 12 años	-	-	-	-	-	-
Antes de los 20 años	11	52.4	6	54.5	17	53.1
Después de los 20 años	10	47.6	5	45.5	15	46.9
Veces que la ha usado en su vida						
De 1 a 2 veces	10	43.5	5	45.5	15	44.1
De 3 a 5 veces	3	13.0	2	18.2	5	14.7
De 6 a 10 veces	3	13.0	1	9.1	4	11.8
De 11 a 49 veces	4	17.4	3	27.3	7	20.6
50 o más veces	3	13.0	-	-	3	8.8
Ha usado en los últimos 12 meses						
Sí	9	39.1	15	48.4	24	44.4
No	14	60.9	16	51.6	30	55.6
Frecuencia de uso en los últimos 12 meses						
Todos los días o casi todos los días	1	11.1	5	33.3	6	25.0
Una vez a la semana o más	5	55.5	2	13.3	7	28.0
Una vez cada 2 o 3 semanas	1	11.1	2	13.3	3	12.5
Una vez cada 1 o 2 meses	-	-	3	20.0	3	12.5
Con menos frecuencia	2	22.2	3	20.0	5	20.8
Si consumió en los últimos 12 meses, ¿tomó alcohol?						
Usualmente	3	33.3	2	13.3	5	20.8
A veces	3	33.3	1	6.7	4	16.7
Nunca	3	33.3	12	80.0	15	62.5
Ha consumido estimulantes, en los últimos 30 días						
Sí	2	22.2	6	40.0	8	33.3
No	7	77.8	9	60.0	16	66.7
Frecuencia de consumo en el último mes						
1 a 5 días	-	-	2	33.3	2	25.0
6 a 19 días	2	100.0	4	66.7	6	75.0
20 días o más	-	.	-	-	-	63.2

22. Hábitos en el consumo de otras drogas, por sexo

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
Ha usado o probado esta sustancia						
Sí	6	.9	5	.9	11	.9
No	718	99.1	577	99.1	1297	99.1
Principalmente cómo la ha usado						
Inyectada	-	-	1	20.0	1	10.0
Inhalada	2	40.0	-	-	2	20.0
Aspirada	-	-	-	-	-	-
Fumada	-	-	-	-	-	-
Tomada, tragada o comida	3	60.0	4	80.0	7	70.0
Untada o frotada, no como droga						
Edad que tenía cuando la usó por primera vez						
Antes de los 12 años	-	-	-	-	-	-
Antes de los 20 años	4	66.7	3	60.0	7	63.6
Después de los 20 años	2	33.3	2	40.0	4	36.4
Edad que tenía cuando la usó por última vez						
Antes de los 12 años	-	-	-	-	-	-
Antes de los 20 años	3	50.0	2	40.0	5	45.5
Después de los 20 años	3	50.0	3	60.0	6	54.5
Veces que la ha usado en su vida						
De 1 a 2 veces	3	50.0	1	25.0	4	40.0
De 3 a 5 veces	1	16.7	1	25.0	2	20.0
De 6 a 10 veces	1	16.7	-	-	1	10.0
De 11 a 49 veces	-	-	-	-	-	-
50 o más veces	1	16.7	2	50.0	3	30.0
Ha usado en los últimos 12 meses						
Sí	1	20.0	3	75.0	4	44.4
No	4	80.0	1	25.0	5	55.6
Frecuencia de uso en los últimos 12 meses						
Todos los días o casi todos los días	-	-	2	66.7	2	33.3
Una vez a la semana o más	-	-	-	-	-	-
Una vez cada 2 o 3 semanas	-	-	-	-	-	-
Una vez cada 1 o 2 meses	-	-	-	-	-	-
Con menos frecuencia	3	100.0	1	33.3	4	66.7
Si consumió en los últimos 12 meses, ¿tomó alcohol?						
Usualmente	1	50.0	1	33.3	2	40.0
A veces	-	-	2	66.7	2	40.0
Nunca	1	50.0	-	-	1	20.0
Ha consumido otras drogas, en los últimos 30 días						
Sí	-	-	1	33.3	1	16.7
No	3	100.0	2	66.7	5	83.3
Frecuencia de consumo en el último mes						
1 a 5 días	-	-	1	33.3	1	25.0
6 a 19 días	-	-	-	-	-	-
20 días o más	1	100.0	2	66.7	3	75.0

23. Experiencias por el uso de drogas, por sexo (1 de 2)

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
Ha querido suspender o disminuir el consumo de drogas						
Sí	46	23.4	21	10.5	67	16.8
No	151	76.6	179	89.5	332	83.2
Problemas de salud, como resultado del uso de drogas						
Sí	13	6.9	9	5.1	22	6.0
No	175	93.1	167	94.9	344	94.0
Problemas emocionales o psicológicos por usar drogas						
Sí	25	13.0	17	9.7	42	11.4
No	167	87.0	159	90.3	328	88.6
¿Continuó usando drogas, aun sabiendo que le causaba algún problema emocional?						
Sí	23	12.4	12	7.1	35	9.9
No	162	87.6	156	92.9	320	90.1
¿Alguna vez ha usado drogas, en tal forma que sentía que las necesitaba o dependía de ellas?						
Sí	14	7.4	10	5.7	24	6.5
No	176	92.6	165	94.3	343	93.5
Discusiones con su familia o amigos, por consumir drogas						
Sí	28	14.7	5	2.9	33	9.0
No	163	85.3	169	97.1	334	91.0
Peleas por consumir drogas						
Sí	11	5.8	4	2.3	15	4.1
No	179	94.2	170	97.7	351	95.9

24. Experiencias por el uso de drogas, por sexo (2 de 2)

		Sexo					
		Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
¿Lo han arrestado o ha sido reprendido por la policía, debido al uso de drogas?							
Sí		8	4.2	2	1.1	10	2.7
No		183	95.8	173	98.9	358	97.3
Víctima de algún delito cuando se encontraba bajo el efecto de alguna droga							
Sí		2	1.1	1	.6	3	.8
No		188	98.9	175	99.4	365	99.2
Problemas en el trabajo por consumir drogas							
Sí		3	1.6	-	-	3	.8
No		188	98.4	176	100.0	366	99.2
Problemas económicos por el uso de drogas							
Sí		5	2.7	-	-	5	1.4
No		183	97.3	174	100.0	359	98.6
Accidentes debido al uso de drogas							
Sí		2	1.1	1	.6	3	.8
No		181	98.9	171	99.4	354	99.2
¿Alguna de las siguientes personas ha usado drogas?							
Su papá	Sí	123	27.2	85	25.7	208	30.4
	No	330	72.9	246	74.4	476	69.6
Su mamá	Sí	6	2.8	6	2.7	12	2.8
	No	206	97.2	217	97.3	423	97.2
Hermanos (as)	Sí	47	21.4	41	18.2	88	19.8
	No	173	78.6	184	81.8	357	80.2
Su mejor amigo (a)	Sí	91	40.3	51	22.1	142	31.1
	No	135	59.7	180	77.9	315	68.9
Compañero de trabajo	Sí	64	29.9	34	16.1	99	23.2
	No	150	70.1	177	83.9	327	76.8

25. Consumo de tabaco por datos sociodemográficos

		Ha consumido		*Últimos 12 meses*		*Últimos 30 días*	
		F	%	*F*	%	*F*	%
Sexo	Masculino	539	53.6	224	57.1	104	45.0
	Femenino	467	46.4	168	42.9	127	55.0
Edad	‹ de 25	444	42.4	189	48.5	112	48.3
	26 a 34	236	22.6	106	27.2	43	18.5
	35 a 65	350	33.5	95	24.4	77	33.2
	66›	10	1.0	-	-	-	-
Escolaridad	Ninguna/primaria	66	6.3	27	6.9	13	5.6
	Secundaria	172	16.5	72	18.5	37	16.0
	Bachillerato o equivalente	453	43.5	169	43.3	104	45.0
	Licenciatura	318	30.5	113	29.0	73	31.6
	Posgrado	32	3.1	9	2.3	4	1.7
Sector económico	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	18	1.8	7	1.8	2	.9
	Comercio	290	28.8	90	22.9	83	35.9
	Comunicaciones y transportes	59	5.9	20	5.1	12	5.2
	Construcción	92	9.1	68	17.3	38	16.4
	Energía	3	.3	-	-	-	-
	Minería	4	.4	1	.3	1	.4
	Manufacturas	307	30.5	120	39.6	49	21.2
	Otros servicios	147	14.6	53	13.5	21	9.1
	Turismo	86	8.5	33	8.4	15	6.5
Situación profesional	Asalariado	798	77	498	80.7	315	81.2
	Empresario, profesional o trabajador independiente	153	14.8	75	12.2	43	11.1
	Trabaja en negocio familiar	76	7.3	39	6.3	26	6.7
	Cooperativista	4	0.4	2	.3	2	.5
	Otra situación	5	0.5	3	.5	2	.5
Tipo de contrato	De duración indefinida	541	69.3	221	71.3	110	62.1
	Temporal/eventual	240	30.7	89	28.7	67	37.9
Número de trabajos	Un trabajo	838	84.6	309	84.9	182	82.7
	Dos trabajos	127	12.8	43	11.8	31	14.1
	Tres trabajos	24	2.4	11	3.0	7	3.2
	Cuatro trabajos	2	.2	1	.3	-	-
Grado de satisfacción con el trabajo actual	Nula satisfacción	15	1.4	2	.5	4	1.7
	Baja satisfacción	119	11.4	49	12.5	30	13.0
	Satisfacción media	129	12.4	46	11.8	29	12.6
	Alta satisfacción	388	37.3	143	36.6	94	40.7
	Muy alta satisfacción	390	37.5	151	38.6	74	32.0

26. Consumo de alcohol por datos sociodemográficos

		Ha consumido		*Últimos 12 meses*		*Últimos 30 días*	
		F	%	*F*	%	*F*	%
Sexo	Masculino	769	54.0	543	59.3	486	69.3
	Femenino	655	46.0	373	40.7	216	30.7
Edad	‹ de 25	641	45.2	575	47.6	479	48.0
	26 a 34	301	21.2	256	21.2	220	22.0
	35 a 65	460	32.4	368	30.5	291	29.2
	66›	16	1.1	9	.7	8	.8
Escolaridad	Ninguna/primaria	96	6.8	66	5.4	47	4.7
	Secundaria	226	15.9	189	15.6	155	15.5
	Bachillerato o equivalente	635	44.7	552	45.5	461	46.1
	Licenciatura	423	29.8	376	31.0	307	30.7
	Posgrado	41	2.9	29	2.4	31	3.1
Sector económico	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	19	1.5	16	1.7	10	1.8
	Comercio	390	30.5	277	30.2	122	43.0
	Comunicaciones y transportes	59	4.6	49	5.3	45	4.6
	Construcción	90	7.0	80	8.7	69	4.0
	Energía	3	.2	2	.2	2	.2
	Minería	2	.2	2	.2	1	.5
	Manufacturas	391	30.6	248	27.1	211	21.5
	Otros servicios	236	18.4	185	20.2	125	22.9
	Turismo	88	6.9	57	6.22	34	1.4
Situación profesional	Asalariado	1076	76.2	925	76.6	779	78.3
	Empresario, profesional o trabajador independiente	207	14.6	170	14.1	127	12.8
	Trabaja en negocio familiar	118	8.4	103	8.5	77	7.7
	Cooperativista	4	0.3	2	0.2	4	0.4
	Otra situación	8	0.6	7	0.6	8	0.8
Tipo de contrato	De duración indefinida	753	71.8	652	72.3	538	70.5
	Temporal/eventual	296	28.2	250	27.7	225	29.5
Número de trabajos	Un trabajo	1158	85.8	989	86.0	815	84.7
	Dos trabajos	164	12.2	136	11.8	125	13.0
	Tres trabajos	25	1.9	23	2.0	21	2.2
	Cuatro trabajos	2	.1	2	.2	1	.1
Grado de satisfacción con el trabajo actual	Nula satisfacción	18	1.3	16	1.3	12	1.2
	Baja satisfacción	166	11.7	137	11.3	120	12.0
	Satisfacción media	165	11.6	140	11.5	118	11.8
	Alta satisfacción	510	35.9	441	36.4	380	38.0
	Muy alta satisfacción	563	39.6	479	39.5	370	37.0

27. Consumo de opiáceos por datos sociodemográficos

		Ha consumido		*Últimos 12 meses*		*Últimos 30 días*	
		F	%	*F*	%	*F*	%
Sexo	Masculino	75	63.1	4	44.4	2	33.3
	Femenino	44	36.9	5	55.6	4	66.7
Edad	‹ de 25	32	36.4	5	55.6	3	50.0
	26 a 34	27	30.7	2	22.2	1	16.7
	35 a 65	28	31.8	2	22.2	2	33.3
	66›	1	1.1	-	-	-	-
Escolaridad	Ninguna/primaria	9	10.1	1	11.1	1	16.7
	Secundaria	8	9.0	-	-	-	-
	Bachillerato o equivalente	33	37.1	5	55.6	2	33.3
	Licenciatura	35	39.3	2	22.2	2	33.3
	Posgrado	4	4.5	1	11.1	1	16.7
Sector económico	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	-	-	-	-	-	-
	Comercio	17	43.6	4	55.6	2	50.0
	Comunicaciones y transportes	9	23.1	-	-	-	-
	Construcción	-	-	-	-	-	-
	Energía	-	-	-	-	-	-
	Minería	-	-	-	-	-	-
	Manufacturas	2	5.12	3	33.3	3	50.0
	Otros servicios	4	10.2	1	11.1	-	-
	Turismo	7	17.9	-	-	-	-
Situación profesional	Asalariado	68	76.4	7	77.8	5	83.3
	Empresario, profesional o trabajador independiente	17	19.1	2	22.2	1	16.7
	Trabaja en negocio familiar	3	3.4	-	-	-	-
	Cooperativista	1	1.1	-	-	-	-
	Otra situación	-	-	-	-	-	-
Tipo de contrato	De duración indefinida	43	63.2	5	71.4	3	60.0
	Temporal/eventual	25	36.8	2	28.6	2	40.0
Número de trabajos	Un trabajo	60	75.0	6	75.0	4	66.7
	Dos trabajos	17	21.3	2	25.0	2	33.3
	Tres trabajos	-	-	-	-	-	-
	Cuatro trabajos	-	-	-	-	-	-
Grado de satisfacción con el trabajo actual	Nula satisfacción	-	-	-	-	-	-
	Baja satisfacción	13	14.6	4	44.4	3	50.0
	Satisfacción media	15	16.9	-	-	-	-
	Alta satisfacción	30	33.7	4	44.4	2	33.3
	Muy alta satisfacción	31	34.8	1	11.1	1	16.7

28. Consumo de tranquilizantes por datos sociodemográficos

		Ha consumido		*Últimos 12 meses*		*Últimos 30 días*	
		F	%	*F*	%	*F*	%
Sexo	Masculino	105	47.6	12	52.2	4	44.6
	Femenino	116	52.4	11	47.8	5	55.6
Edad	‹ de 25	64	37.2	12	52.2	3	37.5
	26 a 34	39	22.7	4	17.4	1	12.5
	35 a 65	67	39	7	30.4	4	50
	66›	2	1.2	-	-	-	-
Escolaridad	Ninguna/primaria	13	7.5	1	4.2	1	11.1
	Secundaria	31	17.9	5	20.8	1	11.1
	Bachillerato o equivalente	70	40.5	11	45.8	5	55.6
	Licenciatura	52	30.1	5	20.8	2	22.2
	Posgrado	7	4	2	8.3	-	-
Sector económico	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	5	2.9	2	8.7	1	11.1
	Comercio	70	41.2	10	43.5	3	33.3
	Comunicaciones y transportes	8	4.7	1	4.3	-	-
	Construcción	7	4.1	-	-	-	-
	Energía	-	-	-	-	-	-
	Minería	1	0.6	-	-	-	-
	Manufacturas	35	20.6	4	17.4	1	11.1
	Otros servicios	41	24.1	6	26.1	4	44.4
	Turismo	3	1.8	-	-	-	-
Situación profesional	Asalariado	123	71.9	17	70.8	5	55.6
	Empresario, profesional o trabajador independiente	39	22.8	6	25	4	44.4
	Trabaja en negocio familiar	8	4.7	1	4.2	-	-
	Cooperativista	-	-	-	-	-	-
	Otra situación	1	0.6	-	-	-	-
Tipo de contrato	De duración indefinida	86	71.7	9	52.9	2	40
	Temporal/eventual	34	28.3	8	47.1	3	60
Número de trabajos	Un trabajo	131	79.9	18	81.8	5	62.5
	Dos trabajos	27	16.5	4	18.2	3	37.5
	Tres trabajos	6	3.7	-	-	-	-
	Cuatro trabajos	-	-	-	-	-	-
Grado de satisfacción con el trabajo actual	Nula satisfacción	4	2.3	1	4.2	-	-
	Baja satisfacción	21	12.2	4	16.7	-	-
	Satisfacción media	22	12.8	1	4.2	1	11.1
	Alta satisfacción	61	35.5	9	37.5	3	33.3
	Muy alta satisfacción	64	37.2	9	37.5	5	55.6

29. Consumo de sedantes y barbitúricos por datos sociodemográficos

		Ha consumido		*Últimos 12 meses*		*Últimos 30 días*	
		F	%	*F*	%	*F*	%
Sexo	Masculino	47	58	5	26.3	4	40
	Femenino	34	42	14	73.7	6	60
Edad	‹ de 25	31	38.8	6	31.6	3	30
	26 a 34	18	22.5	8	42.1	3	30
	35 a 65	31	38.8	5	26.3	4	40
	66›	-	-	-	-	-	-
Escolaridad	Ninguna/primaria	4	4.9	2	10	2	20
	Secundaria	8	9.8	1	5	1	10
	Bachillerato o equivalente	38	46.3	8	40	3	30
	Licenciatura	26	31.7	7	35	4	40
	Posgrado	6	7.3	2	10	-	-
Sector económico	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	1	1.3	-	-	-	-
	Comercio	39	48.8	10	52.6	6	60
	Comunicaciones y transportes	2	2.5	-	-	-	-
	Construcción	4	5	-	-	-	-
	Energía	1	1.3	-	-	-	-
	Minería	-	-	-	-	-	-
	Manufacturas	14	17.5	4	21.1	3	30
	Otros servicios	19	23.8	5	26.3	1	10
	Turismo	4	-	-	-	-	-
Situación profesional	Asalariado	56	69.1	15	75	8	80
	Empresario, profesional o trabajador independiente	21	25.9	4	20	1	10
	Trabaja en negocio familiar	3	3.7	1	5	1	10
	Cooperativista	-	-	-	-	-	-
	Otra situación	1	1.2	-	-	-	-
Tipo de contrato	De duración indefinida	30	55.6	7	46.7	5	62.5
	Temporal/eventual	24	44.4	8	53.3	3	37.5
Número de trabajos	Un trabajo	65	86.7	14	82.4	8	100
	Dos trabajos	10	13.3	3	17.6	-	-
	Tres trabajos	-	-	-	-	-	-
	Cuatro trabajos	-	-	-	-	-	-
Grado de satisfacción con el trabajo actual	Nula satisfacción	1	1.2	-	-	-	-
	Baja satisfacción	5	6.1	-	-	-	-
	Satisfacción media	6	7.3	1	5	1	10
	Alta satisfacción	32	39	9	45	4	40
	Muy alta satisfacción	38	46.3	10	50	5	50

30. Consumo de anfetaminas o estimulantes por datos sociodemográficos

		Ha consumido		*Últimos 12 meses*		*Últimos 30 días*	
		F	%	*F*	%	*F*	%
Sexo	Masculino	51	39.6	7	38.9	3	42.9
	Femenino	78	60.4	11	61.1	4	57.1
Edad	‹ de 25	32	41	7	41.2	2	28.6
	26 a 34	15	19.2	5	29.4	3	42.9
	35 a 65	31	39.7	5	29.4	2	28.6
	66›	-	-	-	-	-	-
Escolaridad	Ninguna/primaria	2	2.5	1	5.6	1	14.3
	Secundaria	11	13.9	1	5.6	1	14.3
	Bachillerato o equivalente	45	57	12	66.7	4	57.1
	Licenciatura	19	24.1	4	22.2	1	14.3
	Posgrado	2	2.5	-	-	-	-
Sector económico	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	3	3.8	2	11.1	2	28.6
	Comercio	37	46.8	8	44.4	3	42.9
	Comunicaciones y transportes	5	6.3	1	5.6	-	-
	Construcción	4	5.1	-	-	-	-
	Energía	1	1.3	-	-	-	-
	Minería	-	-	-	-	-	-
	Manufacturas	15	19	3	16.7	1	14.3
	Otros servicios	14	17.7	4	22.2	1	14.3
	Turismo	26	28.2	9	36	5	50
Situación profesional	Asalariado	54	69.2	14	82.4	6	85.7
	Empresario, profesional o trabajador independiente	17	21.8	3	17.6	1	14.3
	Trabaja en negocio familiar	7	9	-	-	-	-
	Cooperativista	-	-	-	-	-	-
	Otra situación	-	-	-	-	-	-
Tipo de contrato	De duración indefinida	41	75.9	12	85.7	6	100
	Temporal/eventual	13	24.1	2	14.3	-	-
Número de trabajos	Un trabajo	62	82.7	12	70.6	7	100
	Dos trabajos	12	16.0	5	29.4	-	-
	Tres trabajos	1	1.3	-	-	-	-
	Cuatro trabajos	-	-	-	-	-	-
Grado de satisfacción con el trabajo actual	Nula satisfacción	-	-	-	-	-	-
	Baja satisfacción	9	11.5	2	11.1	1	14.3
	Satisfacción media	6	7.7	1	5.6	1	14.3
	Alta satisfacción	30	38.5	6	33.3	3	42.9
	Muy alta satisfacción	33	42.3	9	50	2	28.6

31. Consumo de marihuana por datos sociodemográficos

		Ha consumido		*Últimos 12 meses*		*Últimos 30 días*	
		F	%	*F*	%	*F*	%
Sexo	Masculino	202	71.4	89	78.1	26	78.8
	Femenino	81	28.6	25	21.9	7	21.2
Edad	‹ de 25	184	59	82	73.9	20	60.6
	26 a 34	74	23.7	24	21.6	11	33.3
	35 a 65	53	17	5	4.5	2	6.1
	66›	1	0.3	-	-	-	-
Escolaridad	Ninguna/primaria	10	3.2	1	0.9	-	-
	Secundaria	36	11.4	8	7	5	10.4
	Bachillerato o equivalente	164	52.1	65	57	25	52.1
	Licenciatura	100	31.7	38	33.3	18	37.5
	Posgrado	5	1.6	2	1.8	-	-
Sector económico	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	3	2.3	-	-	-	-
	Comercio	104	40.3	41	36.9	6	18.2
	Comunicaciones y transportes	8	5.8	3	2.7	-	-
	Construcción	65	4.2	38	34.2	12	36.4
	Energía	-	-	-	-	-	-
	Minería	2	0.6	2	1.8	-	-
	Manufacturas	58	18.8	16	14.4	8	24.2
	Otros servicios	40	26	10	9.0	4	12.1
	Turismo	16	5.5	1	0.9	3	9.1
Situación profesional	Asalariado	256	81.5	95	84.1	36	76.6
	Empresario, profesional o trabajador independiente	40	12.7	12	10.6	6	12.8
	Trabaja en negocio familiar	16	5.1	4	3.5	3	6.4
	Cooperativista	1	0.3	1	0.9	1	2.1
	Otra situación	1	0.3	1	0.9	1	2.1
Tipo de contrato	De duración indefinida	165	65.5	54	58.1	21	60
	Temporal/eventual	87	34.5	39	41.9	14	40
Número de trabajos	Un trabajo	242	82	87	83.7	34	79.1
	Dos trabajos	46	15.6	14	13.5	8	18.6
	Tres trabajos	7	2.4	3	2.9	1	2.3
	Cuatro trabajos	-	-	-	-	-	-
Grado de satisfacción con el trabajo actual	Nula satisfacción	6	1.9	4	3.5	2	4.2
	Baja satisfacción	37	11.8	10	8.8	4	8.3
	Satisfacción media	39	12.5	18	15.9	7	14.6
	Alta satisfacción	127	40.6	49	43.4	24	50
	Muy alta satisfacción	104	33.2	32	28.3	11	22.9

32. Consumo de cocaína por datos sociodemográficos

		Ha consumido		*Últimos 12 meses*		*Últimos 30 días*	
		F	%	*F*	%	*F*	%
Sexo	Masculino	78	84.8	16	84.2	5	100
	Femenino	14	15.2	3	15.8	-	-
Edad	‹ de 25	38	40.9	14	70	3	42.9
	26 a 34	27	29	3	15	2	28.6
	35 a 65	27	29	3	15	2	28.6
	66›	1	1.1	-	-	-	-
Escolaridad	Ninguna/primaria	5	5.4	-	-	-	-
	Secundaria	18	19.4	2	10	1	14.3
	Bachillerato o equivalente	47	50.5	15	75	4	57.1
	Licenciatura	21	22.6	3	15	2	28.6
	Posgrado	2	2.2	-	-	-	-
Sector económico	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	3	3.3	-	-	-	-
	Comercio	36	39.6	11	55	4	80.0
	Comunicaciones y transportes	8	8.8	1	5	-	-
	Construcción	5	5.5	1	5	-	-
	Energía	-	-	-	-	-	-
	Minería	-	-	-	-	-	-
	Manufacturas	25	27.5	5	25	1	20.0
	Otros servicios	12	13.2	2	10	-	-
	Turismo	12	12.2	-	-	-	-
Situación profesional	Asalariado	77	83.7	17	89.5	6	85.7
	Empresario, profesional o trabajador independiente	11	12	-	-	-	-
	Trabaja en negocio familiar	4	4.3	2	10.5	1	14.3
	Cooperativista	-	-	-	-	-	-
	Otra situación	-	-	-	-	-	-
Tipo de contrato	De duración indefinida	52	70.3	11	64.7	3	50
	Temporal/eventual	22	29.7	6	35.3	3	50
Número de trabajos	Un trabajo	69	80.2	15	83.3	4	66.7
	Dos trabajos	14	16.3	2	11.1	1	16.7
	Tres trabajos	3	3.5	1	5.6	1	16.7
	Cuatro trabajos	-	-	-	-	-	-
Grado de satisfacción con el trabajo actual	Nula satisfacción	2	2.2	1	5	-	-
	Baja satisfacción	12	13.2	3	15	2	28.6
	Satisfacción media	11	12.1	2	10	1	14.3
	Alta satisfacción	35	38.5	8	40	3	42.9
	Muy alta satisfacción	31	34.1	6	30	1	14.3

33. Consumo de crack *por datos sociodemográficos*

		Ha consumido		*Últimos 12 meses*		*Últimos 30 días*	
		F	%	*F*	%	*F*	%
Sexo	Masculino	7	58.3	2	100	1	100
	Femenino	5	41.7	-	-	-	-
Edad	‹ de 25	6	50	1	50	-	-
	26 a 34	4	33.3	1	50	1	100
	35 a 65	2	16.7	-	-	-	-
	66›	-	-	-	-	-	-
Escolaridad	Ninguna/primaria	-	-	-	-	-	-
	Secundaria	3	25	-	-	-	-
	Bachillerato o equivalente	4	33.3	1	50	-	-
	Licenciatura	5	41.7	1	50	1	100
	Posgrado	-	-	-	-	-	-
Sector económico	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	-	-	-	-	-	-
	Comercio	3	27.3	-	-	-	-
	Comunicaciones y transportes	1	9.1	-	-	-	-
	Construcción	-	-	-	-	-	-
	Energía	-	-	-	-	-	-
	Minería	-	-	-	-	-	-
	Manufacturas	4	36.4	-	-	-	-
	Otros servicios	3	27.3	1	50	1	100
	Turismo	3	21.4	-	-	-	-
Situación profesional	Asalariado	9	81.8	2	100	1	100
	Empresario, profesional o trabajador independiente	1	9.1	-	-	-	-
	Trabaja en negocio familiar	1	9.1	-	-	-	-
	Cooperativista	-	-	-	-	-	-
	Otra situación	-	-	-	-	-	-
Tipo de contrato	De duración indefinida	8	88.9	1	50	-	-
	Temporal/eventual	1	11.1	1	50	1	100
Número de trabajos	Un trabajo	6	60	1	100	-	-
	Dos trabajos	4	40	-	-	-	-
	Tres trabajos	-	-	-	-	-	-
	Cuatro trabajos	-	-	-	-	-	-
Grado de satisfacción con el trabajo actual	Nula satisfacción	-	-	-	-	-	-
	Baja satisfacción	2	16.7	-	-	-	-
	Satisfacción media	1	8.3	-	-	-	-
	Alta satisfacción	5	41.7	2	100	1	100
	Muy alta satisfacción	4	33.3	-	-	-	-

34. Consumo de alucinógenos por datos sociodemográficos

		Ha consumido		*Últimos 12 meses*		*Últimos 30 días*	
		F	%	*F*	%	*F*	%
Sexo	Masculino	46	67.6	7	70	1	50
	Femenino	22	32.4	3	30	1	50
Edad	‹ de 25	14	20.6	5	50.0	4	66.7
	26 a 34	54	79.4	5	50.0	2	33.3
	35 a 65	-	-	-	-	-	-
	66›	-	-	-	-	-	-
Escolaridad	Ninguna/primaria	1	1.5	-	-	-	-
	Secundaria	8	11.8	-	-	-	-
	Bachillerato o equivalente	38	55.9	8	80	6	100
	Licenciatura	20	29.4	2	20	-	-
	Posgrado	1	1.5	-	-	-	-
Sector económico	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	1	1.4	-	-	-	-
	Comercio	21	30.1	4	44.4	1	50.0
	Comunicaciones y transportes	2	2.9	-	-	-	-
	Construcción	7	10.3	-	-	-	-
	Energía	-	-	-	-	-	-
	Minería	2	2.9	1	11.1	-	-
	Manufacturas	21	30.9	2	22.2	1	50.0
	Otros servicios	10	14.7	1	11.1	-	
	Turismo	4	5.9	2	-	-	-
Situación profesional	Asalariado	58	86.6	8	80	4	66.7
	Empresario, profesional o trabajador independiente	5	7.5	1	10	1	16.7
	Trabaja en negocio familiar	3	4.5	1	10	1	16.7
	Cooperativista	1	1.5	-	-	-	-
	Otra situación	-	-	-	-	-	-
Tipo de contrato	De duración indefinida	35	63.6	3	42.9	2	66.7
	Temporal/eventual	20	36.4	4	57.1	1	33.3
Número de trabajos	Un trabajo	44	72.1	5	71.4	4	100
	Dos trabajos	13	21.3	2	28.6	-	-
	Tres trabajos	4	6.6	-	-	-	-
	Cuatro trabajos	-	-	-	-	-	-
Grado de satisfacción con el trabajo actual	Nula satisfacción	1	1.5	-	-	-	-
	Baja satisfacción	13	19.1	2	20	2	33.3
	Satisfacción media	5	7.4	-	-	-	-
	Alta satisfacción	33	48.5	6	60	3	50
	Muy alta satisfacción	16	23.5	2	20	1	16.7

35. Consumo de inhalables por datos sociodemográficos

		Ha consumido		*Últimos 12 meses*		*Últimos 30 días*	
		F	%	*F*	%	*F*	%
Sexo	Masculino	39	84.8	24	92.3	12	100
	Femenino	7	15.2	2	7.7	-	-
Edad	‹ de 25	13	54.2	3	75	1	50
	26 a 34	7	29.2	1	25	1	50
	35 a 65	4	16.7	-	-	-	-
	66›	-	-	-	-	-	-
Escolaridad	Ninguna/primaria	-	-	-	-	-	-
	Secundaria	5	20.8	1	25	1	50
	Bachillerato o equivalente	14	58.3	3	75	1	50
	Licenciatura	5	20.8	-	-	-	-
	Posgrado	-	-	-	-	-	-
Sector económico	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	-	-	-	-	-	-
	Comercio	9	19.6	5	19.2	2	16.7
	Comunicaciones y transportes	1	2.8	1	3.8	-	-
	Construcción	15	32.6	11	42.3	8	66.6
	Energía	-	-	-	-	-	-
	Minería	-	-	-	-	-	-
	Manufacturas	6	13.0	6	13.0	2	16.7
	Otros servicios	6	13.0	3	6.5	-	-
	Turismo	-	-	-	-	-	-
Situación profesional	Asalariado	20	83.3	3	75	1	50
	Empresario, profesional o trabajador independiente	2	8.3	1	25	1	50
	Trabaja en negocio familiar	2	8.3	-	-	-	-
	Cooperativista	-	-	-	-	-	-
	Otra situación	-	-	-	-	-	-
Tipo de contrato	De duración indefinida	12	66.7	2	66.7	1	100
	Temporal/eventual	6	33.3	1	33.3	-	-
Número de trabajos	Un trabajo	17	77.3	4	100	2	100
	Dos trabajos	4	18.2	-	-	-	-
	Tres trabajos	1	4.5	-	-	-	-
	Cuatro trabajos	-	-	-	-	-	-
Grado de satisfacción con el trabajo actual	Nula satisfacción	-	-	-	-	-	-
	Baja satisfacción	4	16.7	1	25	1	50
	Satisfacción media	3	12.5	-	-	-	-
	Alta satisfacción	9	37.5	2	50	-	-
	Muy alta satisfacción	8	33.3	1	25	1	50

36. Consumo de heroína y opio por datos sociodemográficos

		Ha consumido		*Últimos 12 meses*		*Últimos 30 días*	
		F	%	*F*	%	*F*	%
Sexo	Masculino	4	80	1	100	-	-
	Femenino	1	20	-	-	-	-
Edad	‹ de 25	3	60	1	100	-	-
	26 a 34	2	40	-	-	-	-
	35 a 65	-	-	-	-	-	-
	66›	-	-	-	-	-	-
Escolaridad	Ninguna/primaria	-	-	-	-	-	-
	Secundaria	-	-	-	-	-	-
	Bachillerato o equivalente	3	60	1	100	-	-
	Licenciatura	2	40	-	-	-	-
	Posgrado	-	-	-	-	-	-
Sector económico	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	-	-	-	-	-	-
	Comercio	2	40	1	100	-	-
	Comunicaciones y transportes	1	20	-	-	-	-
	Construcción	-	-	-	-	-	-
	Energía	-	-	-	-	-	-
	Minería	-	-	-	-	-	-
	Manufacturas	1	20	-	-	-	-
	Otros servicios	1	20	-	-	-	-
	Turismo	-	-	-	-	-	-
Situación profesional	Asalariado	4	80	1	100	-	-
	Empresario, profesional o trabajador independiente	-	-	-	-	-	-
	Trabaja en negocio familiar	1	20	-	-	-	-
	Cooperativista	-	-	-	-	-	-
	Otra situación	-	-	-	-	-	-
Tipo de contrato	De duración indefinida	1	25	1	100	-	-
	Temporal/eventual	3	75	-	-	-	-
Número de trabajos	Un trabajo	3	75	1	100	-	-
	Dos trabajos	1	25	-	-	-	-
	Tres trabajos	-	-	-	-	-	-
	Cuatro trabajos	-	-	-	-	-	-
Grado de satisfacción con el trabajo actual	Nula satisfacción	-	-	-	-	-	-
	Baja satisfacción	-	-	-	-	-	-
	Satisfacción media	-	-	-	-	-	-
	Alta satisfacción	3	60	1	100	-	-
	Muy alta satisfacción	2	40	-	-	-	-

37. Consumo de estimulantes tipo anfetamínico por datos sociodemográficos

		Ha consumido		*Últimos 12 meses*		*Últimos 30 días*	
		F	%	*F*	%	*F*	%
Sexo	Masculino	23	42.6	9	37.5	2	25.0
	Femenino	31	57.4	15	62.5	6	75.0
Edad	‹ de 25	23	67.6	11	78.6	2	66.7
	26 a 34	8	23.5	2	14.3	1	33.3
	35 a 65	3	8.8	1	7.1	-	-
	66›	-	-	-	-	-	-
Escolaridad	Ninguna/primaria	2	5.9	-	-	-	-
	Secundaria	2	5.9	1	7.1	1	33.3
	Bachillerato o equivalente	21	61.8	11	78.6	2	66.7
	Licenciatura	8	23.5	2	14.3	-	-
	Posgrado	1	2.9	-	-	-	-
Sector económico	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	2	6.1	1	7.1	1	33.3
	Comercio	11	33.3	7	50	2	66.7
	Comunicaciones y transportes	2	6.1	-	-	-	-
	Construcción	2	6.1	-	-	-	-
	Energía	1	3.0	-	-	-	-
	Minería	-	-	-	-	-	-
	Manufacturas	8	24.2	3	21.4	-	-
	Otros servicios	6	18.2	3	21.4	-	-
	Turismo	1	3.0	-	-	-	-
Situación profesional	Asalariado	32	97	12	92.3	-	-
	Empresario, profesional o trabajador independiente	1	3	1	7.7	-	-
	Trabaja en negocio familiar	-	-	-	-	-	-
	Cooperativista	-	-	-	-	-	-
	Otra situación	-	-	-	-	-	-
Tipo de contrato	De duración indefinida	21	70	7	63.6	3	100
	Temporal/eventual	9	30	4	36.4	-	-
Número de trabajos	Un trabajo	25	86.2	12	100	3	100
	Dos trabajos	3	10.3	-	-	-	-
	Tres trabajos	1	3.4	-	-	-	-
	Cuatro trabajos	-	-	-	-	-	-
Grado de satisfacción con el trabajo actual	Nula satisfacción	1	2.9	1	7.1	-	-
	Baja satisfacción	5	14.7	2	14.3	-	-
	Satisfacción media	-	-	-	-	-	-
	Alta satisfacción	20	58.8	6	42.9	2	66.7
	Muy alta satisfacción	8	23.5	5	35.7	1	33.3

38. Consumo de otras drogas por datos sociodemográficos

		Ha consumido		*Últimos 12 meses*		*Últimos 30 días*	
		F	%	*F*	%	*F*	%
Sexo	Masculino	6	54.5	1	25	-	-
	Femenino	5	45.5	3	75	1	100
Edad	‹ de 25	7	63.6	4	100	1	100
	26 a 34	2	18.2	-	-	-	-
	35 a 65	2	18.2	-	-	-	-
	66›	-	-	-	-	-	-
Escolaridad	Ninguna/primaria	-	-	-	-	-	-
	Secundaria	2	18.2	-	-	-	-
	Bachillerato o equivalente	7	63.6	4	100	1	100
	Licenciatura	2	18.2	-	-	-	-
	Posgrado	-	-	-	-	-	-
Sector económico	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	-	-	-	-	-	-
	Comercio	6	54.5	4	100	1	100
	Comunicaciones y transportes	-	-	-	-	-	-
	Construcción	1	9.1	-	-	-	-
	Energía	-	-	-	-	-	-
	Minería	-	-	-	-	-	-
	Manufacturas	2	18.2	-	-	-	-
	Otros servicios	2	18.2	-	-	-	-
	Turismo	-	-	-	-	-	-
Situación profesional	Asalariado	9	81.8	3	75	1	100
	Empresario, profesional o trabajador independiente	1	9.1	-	-	-	-
	Trabaja en negocio familiar	1	9.1	1	25	-	-
	Cooperativista	-	-	-	-	-	-
	Otra situación	-	-	-	-	-	-
Tipo de contrato	De duración indefinida	4	44.4	-	-	-	-
	Temporal/eventual	5	55.6	3	100	1	100
Número de trabajos	Un trabajo	5	55.6	3	75	1	100
	Dos trabajos	3	33.3	1	25	-	-
	Tres trabajos	1	11.1	-	-	-	-
	Cuatro trabajos	-	-	-	-	-	-
Grado de satisfacción con el trabajo actual	Nula satisfacción	-	-	-	-	-	-
	Baja satisfacción	2	18.2	1	25	-	-
	Satisfacción media	-	-	-	-	-	-
	Alta satisfacción	3	27.3	1	25	-	-
	Muy alta satisfacción	6	54.5	2	50	1	100

39. Nivel medio de satisfacción general en el trabajo, según consumo de drogas legales, por variables sociodemográficas

		Tabaco	*Alcohol*	*Opiáceos*	*Tranquilizantes*	*Sedantes*	*Anfetaminas*
Sexo	Masculino	7.60	7.67	6.95	7.29	7.68	7.43
	Femenino	7.56	7.61	7.80	7.58	8.45	8.14
Edad	‹ de 25	7.35	7.45	7.00	7.25	7.77	7.53
	26 a 34	7.67	7.75	7.44	7.74	8.28	7.80
	35 a 65	7.76	7.79	7.86	7.42	8.29	8.30
	66›	9.00	8.87	8.00	9.00	-	-
Escolaridad	Ninguna/primaria	7.65	7.73	8.89	7.23	8.75	7.00
	Secundaria	7.96	7.98	6.75	7.87	8.88	9.10
	Bachillerato o equivalente	7.53	7.65	7.64	7.37	8.18	7.80
	Licenciatura	7.48	7.44	7.06	7.29	8.04	7.47
	Posgrado	7.16	7.37	6.00	8.29	6.50	8.50
Sector económico	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	8.12	8.23	-	7.80	8.00	8.00
	Comercio	8.06	8.20	7.86	7.91	8.92	8.56
	Comunicaciones y transportes	8.38	8.22	8.75	8.13	9.00	8.60
	Construcción	8.55	8.60	7.50	7.71	8.75	9.00
	Energía	7.00	8.00	-	9.00	9.00	9.00
	Minería	8.20	8.20	-	-	-	-
	Manufacturas	5.16	5.15	5.16	5.09	5.71	5.20
	Otros servicios	8.32	8.38	8.20	8.32	7.84	8.36
	Turismo	7.46	7.72	5.00	8.33	-	-
Situación profesional	Asalariado	7.30	7.32	7.10	7.05	7.75	7.35
	Empresario, profesional o trabajador independiente	8.75	8.86	8.53	8.62	8.95	9.18
	Trabaja en negocio familiar	7.96	8.26	8.33	-	9.00	8.67
	Cooperativista	6.75	6.75	4.00	7.71	-	-
	Otra situación	8.40	8.13	-	6.00	6.00	-
Tipo de contrato	De duración indefinida	7.42	7.39	6.98	6.99	7.90	-
	Temporal/eventual	7.14	7.19	7.40	7.26	7.42	-
Número de trabajos	Un trabajo	7.65	7.69	7.45	7.62	8.05	-
	Dos trabajos	7.46	7.51	7.18	7.04	8.70	-
	Tres trabajos	7.08	7.12	8.67	6.83	-	-
	Cuatro trabajos	6.00	6.00	-	-	-	-

40. Nivel medio de satisfacción general en el trabajo, según consumo de drogas ilegales, por variables sociodemográficas (1 de 2)

		Marihuana	*Cocina*	*Crack*	*Alucinógenos*
Sexo	Masculino	7.47	7.45	7.29	7.17
	Femenino	7.31	7.21	8.00	6.91
Edad	‹ de 25	7.35	7.18	7.67	7.18
	26 a 34	7.26	7.70	8.00	7.05
	35 a 65	7.83	7.36	6.50	6.75
	66›	9.00	9.00	-	-
Escolaridad	Ninguna/primaria	9.00	9.60	-	10.00
	Secundaria	7.50	8.11	9.00	7.00
	Bachillerato o equivalente	7.33	6.96	8.00	7.05
	Licenciatura	7.28	7.29	6.40	7.00
	Posgrado	8.80	7.00	-	8.00
Sector económico	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	7.71	7.00	-	8.00
	Comercio	7.69	8.19	9.33	7.76
	Comunicaciones y transportes	8.18	9.25	9.00	8.00
	Construcción	8.54	6.80	-	8.75
	Energía	-	-	-	-
	Minería	8.00	-	-	8.00
	Manufacturas	4.91	5.09	5.25	5.00
	Otros servicios	8.34	8.33	8.33	8.40
	Turismo	7.17	7.50	-	8.00
Situación profesional	Asalariado	7.13	7.27	6.78	6.91
	Empresario, profesional o trabajador independiente	8.77	8.45	10.00	8.60
	Trabaja en negocio familiar	8.19	6.50	10.00	6.67
	Cooperativista	8.00	-	-	8.00
	Otra situación	9.00	-	-	-
Tipo de contrato	De duración indefinida	7.16	7.35	6.63	6.77
	Temporal/eventual	7.14	7.29	8.00	7.35
Número de trabajos	Un trabajo	7.50	7.57	7.67	7.20
	Dos trabajos	7.28	6.93	7.50	7.00
	Tres trabajos	6.43	7.00	-	6.75
	Cuatro trabajos	-	-	-	-

41. Nivel medio de satisfacción general en el trabajo, según consumo de drogas ilegales, por variables sociodemográficas (2 de 2)

		Inhalables	*Heroína, opio*	*Estimulantes tipo anfetamínico*	*Otras drogas*
Sexo	Masculino	7.42	8.25	7.91	7.50
	Femenino	7.20	9.00	6.45	8.00
Edad	‹ de 25	7.31	8.67	7.74	7.14
	26 a 34	8.00	8.00	6.25	8.00
	35 a 65	6.50	-	8.33	9.50
	66›	-	-	-	-
Escolaridad	Ninguna/primaria	-	-	8.00	-
	Secundaria	7.20	-	8.50	7.00
	Bachillerato o equivalente	7.07	8.33	7.38	7.71
	Licenciatura	8.40	8.50	7.13	8.50
	Posgrado	-	-	8.00	-
Sector económico	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	-	-	8.00	-
	Comercio	8.11	8.50	7.55	7.67
	Comunicaciones y transportes	9.00	9.00	8.50	-
	Construcción	9.00	-	8.50	10.00
	Energía	-	-	9.00	-
	Minería	-	-	-	-
	Manufacturas	4.67	8.00	5.38	6.00
	Otros servicios	8.33	8.00	8.67	8.50
	Turismo	-	-	8.00	-
Situación profesional	Asalariado	7.05	8.25	7.28	7.44
	Empresario, profesional o trabajador independiente	10.00	-	10.00	9.00
	Trabaja en negocio familiar	8.00	9.00	-	9.00
	Cooperativista	-	-	-	-
	Otra situación	-	-	-	-
Tipo de contrato	De duración indefinida	6.67	8.00	7.19	8.00
	Temporal/eventual	8.00	8.33	7.78	7.00
Número de trabajos	Un trabajo	7.65	8.67	7.48	6.40
	Dos trabajos	7.75	8.00	7.67	9.00
	Tres trabajos	4.00	-	8.00	9.00
	Cuatro trabajos	-	-	-	-

42. Consumo de sustancias (por grupos) por datos sociodemográficos

		Tabaco		*Alcohol*		*Drogas médicas*		*Drogas ilegales*	
		Frec	%	*Frec*	%	*Frec*	%	*Frec*	%
Sexo	Masculino	539	53.6	743	56.5	301	49.9	382	73.9
	Femenino	467	46.4	573	43.5	303	50.1	135	26.1
Edad	‹ de 25	444	42.7	641	45.2	136	44.7	144	41.5
	26 a 34	236	22.7	301	21.2	73	24	78	22.5
	35 a 65	350	33.7	460	32.4	93	30.6	124	35.7
	66›	10	1	16	1.1	2	0.7	1	0.3
Escolaridad	Ninguna/primaria	66	6.3	96	6.8	23	7.5	23	6.6
	Secundaria	172	16.5	226	15.9	50	16.4	60	17.1
	Bachillerato o equivalente	453	43.5	635	44.7	134	43.9	158	45.1
	Licenciatura	318	30.5	423	29.8	86	28.2	100	28.6
	Posgrado	32	3.1	41	2.9	12	3.9	9	2.6
Sector económico	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	17	1.7	22	1.6	2	0.7	5	1.5
	Comercio	446	43.9	610	43.9	129	43.4	164	48.2
	Comunicaciones y transportes	43	4.2	59	4.2	8	2.7	14	4.1
	Construcción	40	3.9	48	3.5	10	3.4	11	3.2
	Energía	1	0.1	2	0.1	2	0.7	1	0.3
	Minería	5	0.5	5	0.4	3	1	2	0.6
	Manufacturas	208	20.5	291	20.9	71	23.9	71	20.9
	Otros servicios	244	24	336	24.2	71	23.9	65	19.1
	Turismo	13	1.3	18	1.3	1	0.3	7	2.1
Situación profesional	Asalariado	798	77	1076	76.2	233	76.6	260	73.9
	Empresario, profesional o trabajador independiente	153	14.8	207	14.6	42	13.8	54	15.3
	Trabaja en negocio familiar	76	7.3	118	8.4	26	8.6	36	10.2
	Cooperativista	4	0.4	4	0.3	1	0.3	1	0.3
	Otra situación	5	0.5	8	0.6	2	0.7	1	0.3
Tipo de contrato	De duración indefinida	541	69.3	753	71.8	162	71.4	190	75.4
	Temporal/eventual	240	30.7	296	28.2	65	28.6	62	24.6
Número de trabajos	Un trabajo	838	84.6	1158	85.8	241	84	278	82.5
	Dos trabajos	127	12.8	164	12.2	37	12.9	52	15.4
	Tres trabajos	24	2.4	25	1.9	8	2.8	7	2.1
	Cuatro trabajos	2	0.2	2	0.1	1	0.3	-	-
Grado de satisfacción con el trabajo actual	Nula satisfacción	15	1.4	18	1.3	2	0.7	7	2
	Baja satisfacción	119	11.4	166	11.7	41	13.4	44	12.6
	Satisfacción media	129	12.4	165	11.6	33	10.8	39	11.2
	Alta satisfacción	388	37.3	510	35.9	118	38.7	117	33.6
	Muy alta satisfacción	390	37.5	563	39.6	111	36.4	141	40.5

43. Nivel medio de satisfacción general en el trabajo, según consumo de sustancias (por grupo), por variables sociodemográficas

		Tabaco	*Alcohol*	*Drogas médicas*	*Drogas ilegales*
Sexo	Masculino	7.60	7.67	7.56	7.65
	Femenino	7.56	7.61	7.53	7.50
Edad	‹ de 25	7.35	7.45	7.31	7.41
	26 a 34	7.67	7.75	7.84	7.87
	35 a 65	7.76	7.79	7.61	7.62
	66›	9.00	8.88	7.00	5.00
Escolaridad	Ninguna/primaria	7.65	7.73	7.57	6.87
	Secundaria	7.96	7.98	8.06	8.27
	Bachillerato o equivalente	7.53	7.65	7.34	7.56
	Licenciatura	7.48	7.44	7.62	7.35
	Posgrado	7.16	7.37	6.83	7.33
Sector económico	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	8.12	8.23	8.50	8.40
	Comercio	8.06	8.20	8.20	8.20
	Comunicaciones y transportes	8.38	8.22	8.43	7.64
	Construcción	8.55	8.60	8.60	8.36
	Energía	7.00	8.00	7.50	9.00
	Minería	8.20	8.20	7.33	8.00
	Manufacturas	5.16	5.15	5.10	4.84
	Otros servicios	8.32	8.38	8.49	8.46
	Turismo	7.46	7.72	8.00	7.14
Situación profesional	Asalariado	7.30	7.32	7.26	7.16
	Empresario, profesional o trabajador independiente	8.75	8.86	8.69	8.94
	Trabaja en negocio familiar	7.96	8.26	8.19	8.37
	Cooperativista	6.75	6.75	6.00	6.00
	Otra situación	8.40	8.13	8.00	9.00
Económicamente dependiente	Si	8.72	8.81	8.54	9.05
	No	8.74	8.88	9.18	8.75
Tipo de contrato	De duración indefinida	7.42	7.39	7.41	7.15
	Temporal/eventual	7.14	7.19	6.92	7.10
Número de trabajos	Un trabajo	7.65	7.69	7.59	7.59
	Dos trabajos	7.46	7.51	7.38	7.25
	Tres trabajos	7.08	7.12	7.37	7.86
	Cuatro trabajos	6.00	6.00	4.00	-

44. Consumo de sustancias (por grupos) por variables de calidad de vida

		Tabaco		*Alcohol*		*Drogas médicas*		*Drogas ilegales*	
		Frec	%	*Frec*	%	*Frec*	%	*Frec*	%
Satisfacción general en el trabajo	Nula satisfacción	15	1.4	18	1.3	4	1.3	6	1.7
	Baja satisfacción	119	11.4	166	11.7	37	12.1	29	8.3
	Satisfacción media	129	12.4	165	11.6	39	12.7	38	10.9
	Alta satisfacción	388	37.3	510	35.9	109	35.5	151	43.3
	Muy alta satisfacción	390	37.5	563	39.6	118	38.4	125	35.8
Grado de satisfacción con la actividad desarrollada	Baja	14	1.3	15	1.1	1	0.3	2	0.6
	Media	146	14	198	13.9	44	14.5	48	13.7
	Alta	880	84.6	1207	85	259	85.2	301	85.8
Cómo describiría las relaciones entre directivos y empleados	Mala	38	4.1	47	3.7	11	4.2	7	2.2
	Regular	268	29.2	349	27.8	82	31.1	95	30.2
	Buena	611	66.6	859	68.4	171	64.8	213	67.6
Grado de satisfacción con la jornada laboral	Baja	33	3.2	40	2.8	12	3.9	13	3.7
	Media	203	19.5	269	18.9	49	16	75	21.4
	Alta	805	77.3	1113	78.3	245	80.1	262	74.9
Grado de satisfacción con la salud y la seguridad en el puesto	Baja	45	4.4	49	3.5	10	3.3	11	3.2
	Media	233	22.6	292	20.7	66	21.7	88	25.3
	Alta	755	73.1	1070	75.8	228	75	249	71.6
Grados de satisfacción con la formación proporcionada por su empresa	Baja	150	18	184	16.3	41	17.2	54	18.9
	Media	224	26.9	288	25.5	65	27.2	89	31.1
	Alta	459	55.1	656	58.2	133	55.6	143	50
Grado de satisfacción con el salario/los ingresos por su trabajo	Baja	92	8.9	123	8.8	28	9.3	31	9
	Media	495	48.1	653	46.6	146	48.5	163	47.1
	Alta	443	43	624	44.6	127	42.2	152	43.9

		Tabaco		*Alcohol*		*Drogas médicas*		*Drogas ilegales*	
		Frec	%	*Frec*	%	*Frec*	%	*Frec*	%
Situación laboral de su cónyuge o pareja	Trabaja	222	63.1	312	66.2	70	66	43	58.1
	No trabaja	130	36.9	159	33.8	36	34	31	41.9
Personas que vivan o no en su hogar que requieran su atención (excluyendo hijos)	Sí	61	9.4	224	15.8	16	7.7	15	8.5
	No	591	90.6	1200	84.2	193	92.3	162	91.5
Grado de satisfacción con la conciliación en su vida laboral y su vida familiar	Baja	57	5.6	69	4.9	20	6.6	16	4.6
	Media	349	34	470	33.6	102	33.8	124	35.8
	Alta	621	60.5	861	61.5	180	59.6	206	59.5
Considera probable mantener el trabajo actual en los próximos 6 meses	Muy probable	620	59.3	836	58.6	176	57.3	193	54.8
	Bastante probable	172	16.4	242	17	52	16.9	56	15.9
	Poco probable	151	14.4	202	14.2	45	14.7	57	16.2
	Nada probable	62	5.9	99	6.9	23	7.5	30	8.5
	No procede	41	3.9	47	3.3	11	3.6	16	4.5
Grado de satisfacción con su contrato colectivo de trabajo	Baja	16	8	20	7.7	7	11.5	4	6.5
	Media	73	36.7	92	35.4	27	44.3	23	37.1
	Alta	110	55.3	148	56.9	27	44.3	35	56.5
Grado de conocimiento sobre la actividad sindical	Bajo	596	59.7	824	60.6	198	66.4	207	62.5
	Medio	270	27	371	27.3	67	22.5	86	26
	Alto	133	13.3	164	12.1	33	11.1	38	11.5
Actualmente está buscando otro empleo	Sí	229	22.6	305	22.1	79	26.5	88	26.1
	No	783	77.4	1074	77.9	219	73.5	249	73.9
Grado en que influiría mejorar el salario para cambiar el trabajo	Baja	74	7.3	104	7.6	28	9.4	28	8.3
	Media	128	12.7	186	13.5	42	14.1	43	12.7
	Alta	806	80	1086	78.9	227	76.4	268	79.1

45. Nivel medio de satisfacción general en el trabajo, según el consumo de sustancias (por grupo), por variables de calidad de vida

		Tabaco	*Alcohol*	*Drogas médicas*	*Drogas ilegales*
Grado de satisfacción con la actividad desarrollada	Baja	9.00	5.93	6.20	5.50
	Media	6.68	6.38	6.54	6.67
	Alta	7.75	7.80	7.83	7.82
Cómo describiría las relaciones entre directivos y empleados	Mala	5.36	5.58	5.89	4.71
	Regular	6.85	6.68	6.63	6.87
	Buena	7.98	8.00	8.03	7.99
Grado de satisfacción con la jornada laboral	Baja	6.58	6.18	6.43	6.62
	Media	6.84	6.93	7.04	7.17
	Alta	7.82	7.80	7.82	7.83
Grado de satisfacción con la salud y seguridad en el puesto	Baja	5.80	5.80	5.94	6.00
	Media	7.44	7.05	7.22	7.05
	Alta	7.72	7.83	7.81	7.94
Grado de satisfacción con la formación proporcionada por su empresa	Baja	7.41	7.18	7.07	7.23
	Media	6.82	6.95	7.03	6.91
	Alta	7.50	7.75	7.75	7.89
Grado de satisfacción con el salario/ ingresos por su trabajo	Baja	5.21	5.36	5.34	5.87
	Media	7.58	7.31	7.37	7.36
	Alta	8.12	8.31	8.35	8.31
Situación laboral de su cónyuge o pareja	Trabaja	7.67	7.80	7.87	8.44
	No trabaja	7.61	7.76	7.78	6.87
Personas que vivan o no en su hogar que requieran su atención (excluyendo hijos)	Sí	7.94	7.43	7.60	7.80
	No	7.60	7.70	7.70	7.77
Grado de satisfacción con la conciliación en su vida laboral y su vida familiar	Baja	6.25	5.86	5.86	5.94
	Media	6.66	6.71	6.71	6.98
	Alta	8.29	8.22	8.27	8.20
Considera probable mantener el trabajo actual en los próximos 6 meses	Muy probable	8.26	8.14	8.20	8.17
	Bastante probable	7.48	7.64	7.71	7.73
	Poco probable	6.29	6.03	6.29	6.80
	Nada probable	5.48	5.76	5.53	5.77
	No procede	7.82	7.27	7.53	7.63
Grado de satisfacción con su contrato colectivo de trabajo	Baja	6.86	7.53	7.60	8.33
	Media	7.67	7.38	7.37	7.39
	Alta	7.04	7.48	7.47	7.34

		Tabaco	*Alcohol*	*Drogas médicas*	*Drogas ilegales*
Grado de conocimiento sobre la actividad sindical	Bajo	7.74	7.59	7.64	7.59
	Medio	7.61	7.43	7.58	7.64
	Alto	7.00	7.58	7.52	7.81
Actualmente está buscando otro empleo	Sí	6.89	6.94	6.98	7.17
	No	7.88	7.77	7.82	7.82
Grado en el que influiría mejorar el salario para cambiar el trabajo	Baja	7.86	8.08	8.06	8.21
	Media	7.67	7.59	7.75	7.53
	Alta	7.54	7.53	7.56	7.58

46. Nivel medio de satisfacción general en el trabajo, según variables sociodemográficas, por variables de calidad de vida

		Sexo		*Edad*				*Escolaridad*				
Organización en el trabajo		*M*	*F*	*1*	*2*	*3*	*4*	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
Trabajo en equipo	Sí	7.64	7.56	7.45	7.68	7.75	9.57	7.90	8.01	7.50	7.52	7.49
	No	7.76	7.84	7.77	8.12	7.59	8.38	7.58	8.14	8.11	7.14	4.50
Satisfacción con actividad desarrollada	Bajo	6.13	5.10	4.80	4.00	6.80	10.00	7.00	4.80	4.63	8.00	0.0
	Medio	6.68	6.39	6.35	6.93	6.73	7.50	6.93	6.62	6.54	6.36	7.67
	Alto	7.85	7.86	7.79	7.95	7.84	9.07	7.96	8.21	7.88	7.63	7.39
Nivel de estrés	Bajo	7.86	7.76	7.56	8.37	7.83	9.75	8.30	7.63	7.77	7.88	7.80
	Medio	7.71	7.51	7.43	7.90	7.64	9.00	7.21	8.43	7.51	7.44	7.47
	Algo	7.54	7.65	7.46	7.49	7.84	7.33	7.93	7.84	7.66	7.32	7.27
Nivel de monotonía	Bajo	7.98	7.92	7.92	8.22	7.82	9.50	8.06	8.36	7.98	7.72	8.00
	Medio	7.67	7.53	7.31	7.83	7.89	8.29	7.37	8.03	7.54	7.61	7.00
	Algo	7.53	7.56	7.42	7.58	7.66	9.29	7.95	7.89	7.54	7.18	7.43
Nivel de esfuerzo físico	Bajo	7.88	7.62	7.45	7.98	7.96	9.75	8.36	8.02	7.68	7.49	8.06
	Medio	7.69	7.74	7.56	7.77	7.94	7.86	8.11	8.10	7.75	7.50	7.63
	Algo	7.48	7.44	7.34	7.61	7.44	9.60	7.24	7.96	7.37	7.32	5.78
Entorno laboral												
Aire acondicionado	Mal	7.82	7.72	7.55	7.97	7.83	9.13	8.04	8.29	7.88	7.29	6.45
	Regular	7.06	6.98	6.78	6.85	7.73	9.00	6.83	6.57	6.69	7.50	8.11
	Bueno	7.62	7.47	7.50	7.61	7.56	-	7.79	7.94	7.44	7.52	7.36
Calefacción	Mal	7.65	7.59	7.42	7.78	7.71	9.13	7.93	8.08	7.64	7.31	6.88
	Regular	7.44	7.42	7.46	7.38	7.82	-	8.67	8.27	7.08	7.42	7.63
	Bueno	7.70	7.57	7.48	7.59	7.92	-	7.83	7.41	7.65	7.61	7.67
Ventilación	Mal	7.23	7.32	7.18	7.58	7.30	5.00	6.93	7.63	7.38	7.15	7.00
	Regular	7.27	7.33	7.08	7.39	7.63	9.33	6.86	7.96	7.23	7.20	7.00
	Bueno	7.91	7.83	7.71	8.02	7.90	9.33	8.37	8.11	7.84	7.67	7.52
Ruido	Mal	7.72	7.48	7.51	7.62	7.51	9.75	7.75	8.55	7.28	7.52	7.00
	Regular	7.55	7.54	7.37	7.35	7.90	8.75	7.65	7.99	7.64	7.13	7.74
	Bueno	7.74	7.73	7.53	8.11	7.76	8.83	8.02	7.79	7.70	7.76	7.05
Iluminación	Mal	7.67	5.73	6.25	4.33	7.67	-	5.33	7.50	6.25	6.50	7.00
	Regular	7.26	7.10	6.90	7.48	7.39	7.50	5.79	8.53	7.06	7.23	7.45
	Bueno	7.74	7.72	7.57	7.86	7.83	9.33	8.22	8.00	7.71	7.53	7.35
Espacio	Mal	6.44	7.21	7.44	6.62	6.57	-	6.75	7.29	7.44	6.54	5.00
	Regular	7.03	7.38	7.02	7.02	7.66	8.75	7.12	7.40	7.30	7.03	7.27
	Bueno	7.93	7.74	7.65	8.13	7.86	9.20	7.99	8.20	7.75	7.70	7.68

Figuras

Figura 1
Distribución porcentual de la muestra de trabajadores en la ZMG

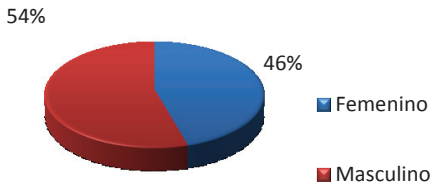


Figura 2
Edad de los participantes por grupo de edad Muestra de trabajadores en la ZMG

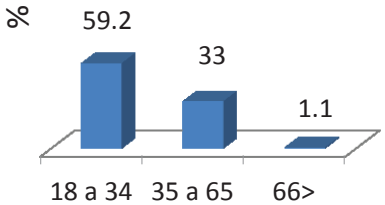


Figura 3
Nivel académico de la muestra de trabajadores en la ZMG

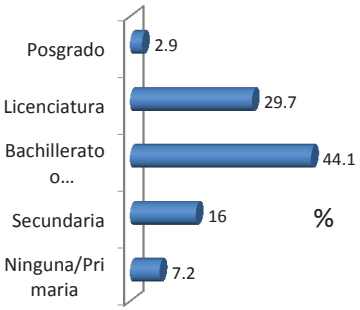


Figura 4
Sector económico de los trabajadores en la muestra de la ZMG

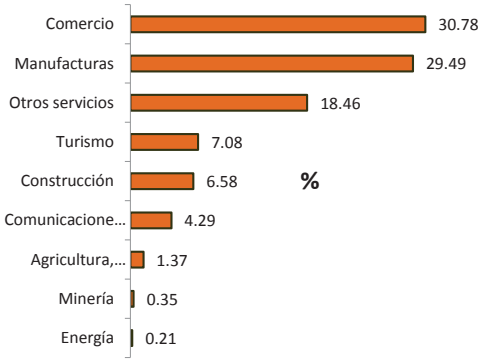


Figura 5
Situación profesional de los trabajadores. Muestra de la ZMG

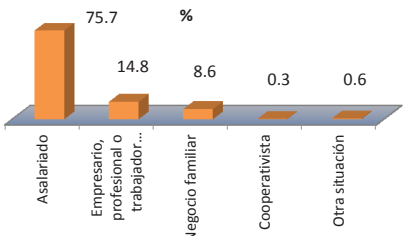


Figura 6
Tipo de contrato de los trabajadores. Muestra de trabajadores ZMG

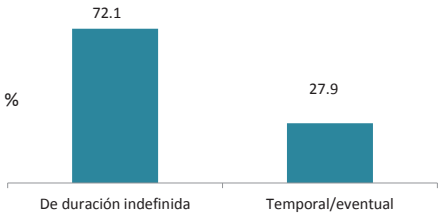


Figura 7
Han consumido alguna vez en su vida. Muestra de trabajadores de la ZMG

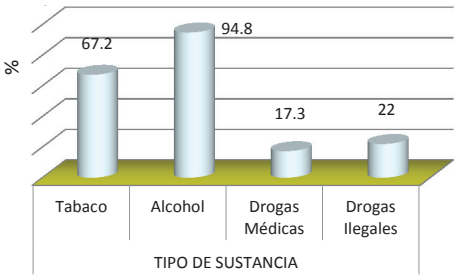


Figura 8
Consumo de sustancias sociales. Muestra de trabajadores de la ZMG

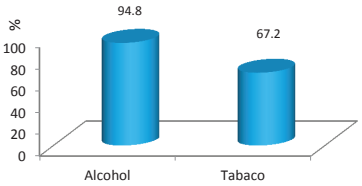


Figura 9
Consumo de sustancias médicas. Muestra de trabajadores de la ZMG

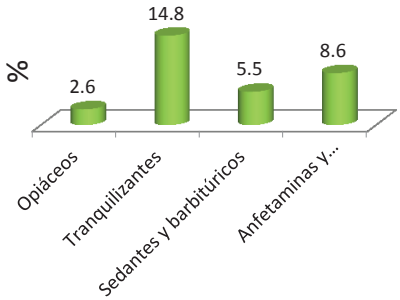


Figura 10
Consumo de sustancias ilegales. Muestra de trabajadores de la ZMG

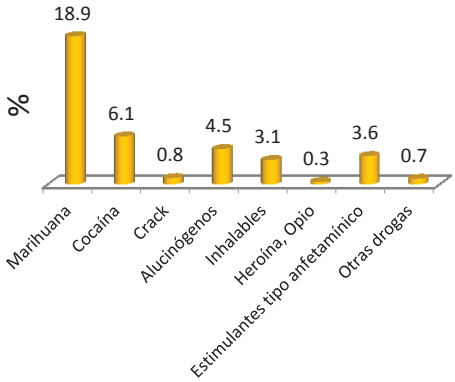


Figura 11
Fumador activo, Ex fumador, Nunca ha fumado según sexo. Población de trabajadores en la ZMG

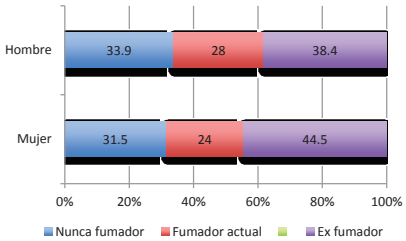


Figura 12
Proporción de la población trabajadora que reporta beber todos los días por sexo. Muestra de la ZMG

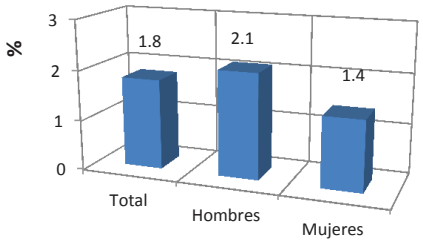


Figura 13
Proporción de hombre (5+ copas por ocasión) y mujeres (4+ copas por ocasión) que beben altas cantidades. Muestra de trabajadores de la ZMG

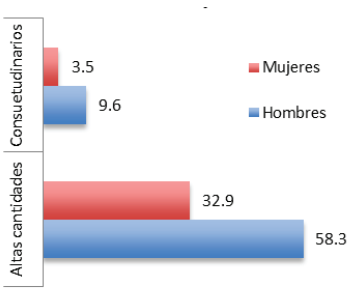


Figura 14
Población de trabajadores que cumple con el criterio de abuso / dependencia al alcohol

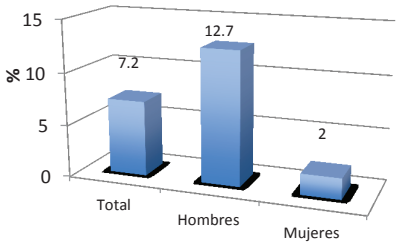


Figura 15
Incidencia acumulada de uso de drogas entre la muestra de trabajadores en la ZMG

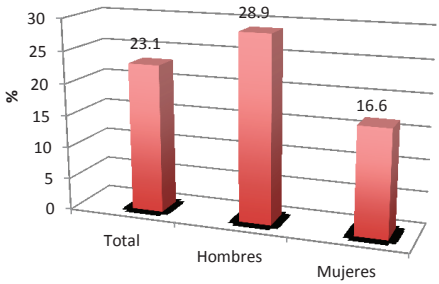


Figura 16
Prevalencia anual de consumo de drogas por sexo en la muestra de trabajadores de la ZMG

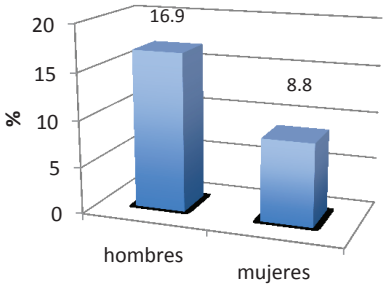


Figura 17
Prevalencia actual (último mes) de consumo de drogas. Muestra de trabajadores de la ZMG

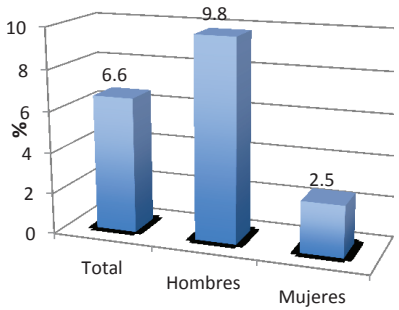


Figura 18
Preferencia por tipo de droga. Muestra de trabajadores ZMG

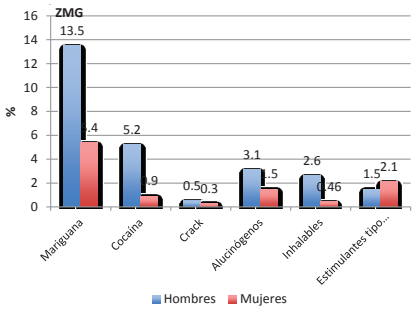


Figura 19
Consumo de drogas médicas fuera de prescripción por sexo. Muestra de trabajadores en la ZMG

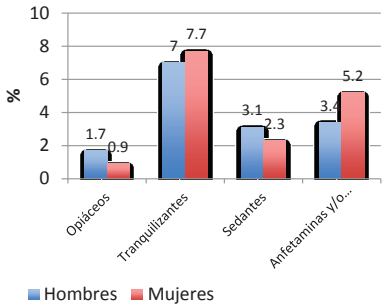


Figura 20
Riesgo de uso de drogas por sector económico en la muestra de trabajadores de la ZMG

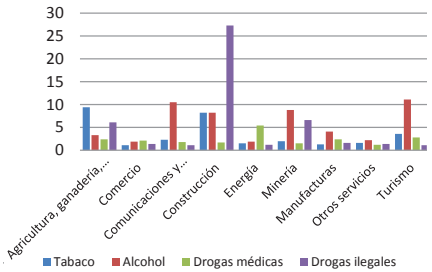


Figura 21
Porcentaje de consumo a través del tiempo en los trabajdores de la ZMG

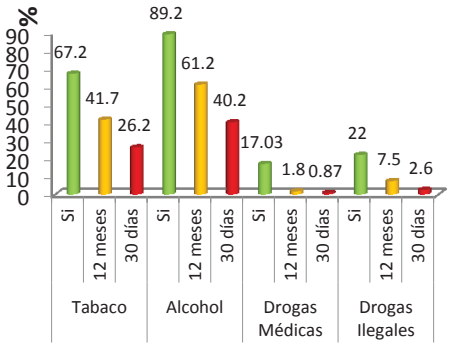


Figura 22
Consumo de sí consumo de sustancias por sexo. Muestra de trabajadores de la ZMG

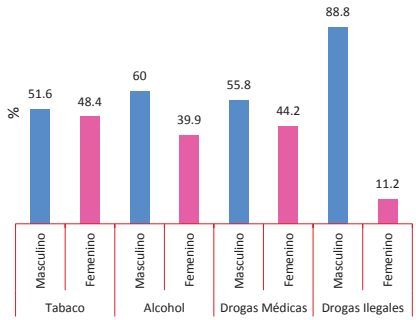


Figura 23
Exposición a las drogas por sexo en la muestra de trabajadores en la ZMG

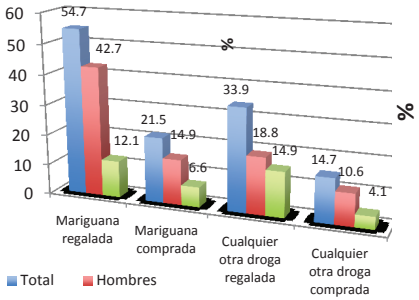


Figura 24
¿Quién necesita intervención? ¿Cómo es el entorno? Muestra de trabajadores de la ZMG

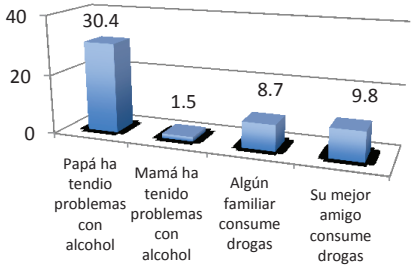


Figura 25
Grado de satisfacción con el trabajo por consumo de sustancias. Muestra de trabajadores de la ZMG

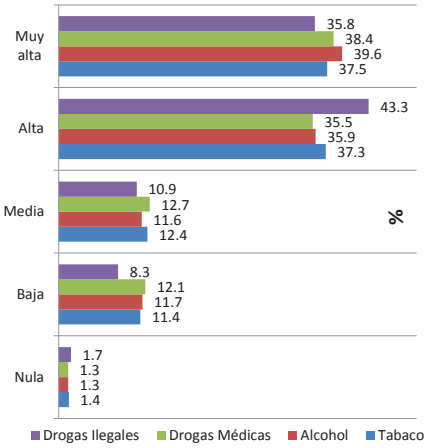


Figura 26
Grado de satisfacción con el trabajo por consumo de sustancias. Muestra de trabajadores de la ZMG

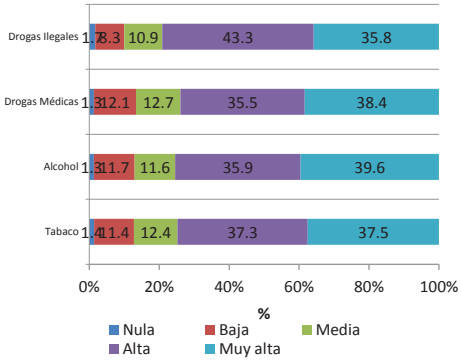


Figura 27
Grado de satisfacción con la actividad desarrollada. Muestra de trabajadores de la ZMG

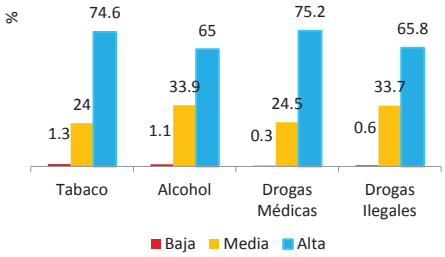


Figura 28
Cómo describiría las relaciones entre Directivos y Empleado. Muestra de trabajadores de la ZMG

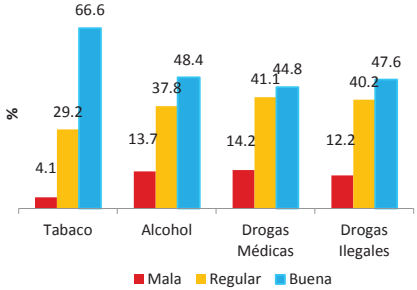


Figura 29
Grado de satisfacción con la salud y seguridad en el puesto. Muestra de trabajadores de la ZMG

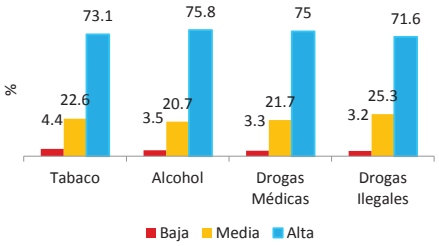


Figura 30
Grado de satisfacción con el salario/ ingresos por su trabajo. Muestra de trabajadores de la ZMG

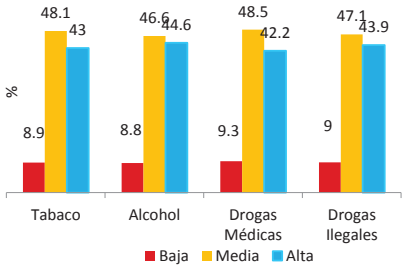


Figura 31
Grado en el que influiría mejorar el salario para cambiar el trabajo. Muestra de trabajadores de la ZMG

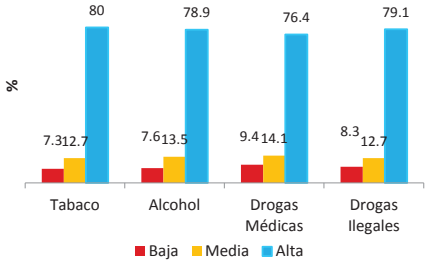


Figura 32
Grado de conocimiento sobre la actividad sindical. Muestra de trabajadores de la ZMG

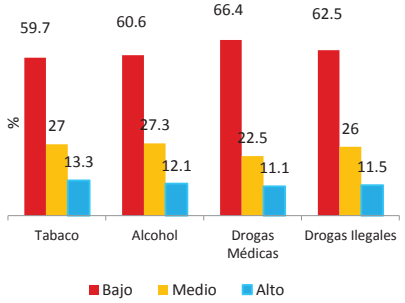
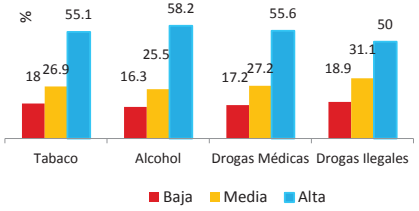


Figura 33
Grados de satisfacción con la formación proporcionada por su empresa. Muestra de trabajadores de la ZMG



Principales hallazgos

Descripción de los datos sociodemográficos

Se entrevistaron 1497 personas trabajadoras, de las cuales el 54.4% (815) fueron hombres y el 45.6% (682) mujeres (figura 1). La edad promedio de los participantes fue de 31.38 años (± 12.21), la edad mínima fue de 16 y la máxima de 77. El grupo de 18 a 34 años corresponde a un 59.2% y de 35 a 65 años con el 33% (figura 2). De acuerdo a la clasificación por grupos de edad, encontramos que el 45.5% de los participantes oscila entre los 16 y los 25 años.

Se encontró que el 44.1% cuenta con estudios de bachillerato o equivalente; este nivel académico es muy similar entre mujeres y hombres: 42.8% y 45.3%, respectivamente (figura 3).

De acuerdo con los hábitos de ejercicio físico, se encuentra que, del total de la muestra, 516 personas (34.7%) no realiza ningún tipo de ejercicio; se observa mayor índice de sedentarismo en las mujeres, con el 46.99%, mientras que para los hombres es del 24.0%. Entre las personas que refieren hacer ejercicio diariamente encontramos a los hombres en el 17.3% y a las mujeres en el 7.5%.

El sector económico con mayor participación es el comercio, con 31.2%, de los cuales el 27.6% son hombres y el 30.8% mujeres. La manufactura se ubica en el segundo lugar, con 29.9%, de los cuales el 30.2% son hombres y el 25.1% mujeres. En tercer lugar, el 18.7% se dedica a otros servicios, y se encuentra que para hombres y mujeres la participación es del 19.3% y el 30.1%, seguido de la construcción, con el 6.2% (figura 4). Según estos datos, el comercio es la mayor actividad económica de la muestra; comparado con las otras dos actividades de mayor participación, en el sector del comercio las mujeres tienen una mayor participación que los hombres.

En esta muestra el 61.7% ocupa un tipo de puesto que, de acuerdo con una escala de jerarquías, puede ser descrito con "empleados, con jefes y con subordinados", el 63.9% de cuyos hombres ocupa un puesto con tales características, mientras que para las mujeres este porcentaje equivale al 58.8. El siguiente sector "encargado, jefe, capataz o similar" es ocupado por el 10.9% de los hombres y por el 11.1% por las mujeres, con un total de ambos sexos del 10.2%. En el tercer tipo de puesto mayormente ocupado "mando intermedio, con jefes y subordinados", encontramos una participación total del 11.0%, de los cuales el 11.6% de la población de hombres ocupa estos puestos, y el 10.3% son mujeres. Estos datos no hacen más que poner en evidencia que los puestos donde la jerarquía de mando es inferior las mujeres tienen una mayor participación, en contraste con las posi-

ciones de jerarquía media o alta, donde se observa una mayor presencia del sexo masculino. Siguiendo esta línea, del total de hombres, el 71.4% cuenta con un trabajo de duración indefinida, mientras que para las mujeres es del 73.3%.

En cuanto a la cantidad de empleos que una persona puede tener, se encuentra que el 86.3% cuenta con un solo empleo, mientras que el 11.7% refiere tener dos empleos y el número se reduce cuando se trata de tres empleos a la vez, con el 1.8%, solo el 1% refiere tener cuatro empleos. En este sentido, se observa que las mujeres se dedican a una menor cantidad de empleos a la vez, ya que el 88.4% refiere dedicarse solo a un empleo, mientras que en los hombres puntúan con el 84.0% en ese mismo ítem.

Satisfacción general en el trabajo

Respecto del nivel de satisfacción, la pregunta fue: "¿Cuál es su grado de satisfacción con el trabajo actual?", con diez opciones de respuesta, las cuales se recodificaron en cinco niveles; *nula, baja, media, alta y muy alta satisfacción*. Los resultados se obtuvieron de acuerdo con frecuencias y porcentajes que consideraban estas opciones de respuesta. El 39.3% de los hombres indica tener una satisfacción muy alta, mientras que las mujeres responden en el 40.8% al mismo factor; sigue la satisfacción alta, donde los hombres responden para el 37.7% y las mujeres para el 33.6%.

Considerando los grupos de edad, el de 66 años o más es el mayormente satisfecho, pues el 64.7% afirmó tener una muy alta satisfacción son su trabajo; lo siguió el grupo de 35 a 65 años, con el 48.9%. Los grupos de edad de 14 a 25 y de 26 a 34 años tiende a evaluar la satisfacción en un nivel de satisfacción alto, con el 39.8% y el 42.0% respectivamente. Ello nos muestra que, a mayor edad, las personas tienden a sentirse más satisfechas con la actividad laboral que desempeñan.

Según el nivel de escolaridad, las personas con estudios de secundaria puntúan en el nivel más alto, con el 49.4% en la opción muy alta satisfacción, seguido por los que estudiaron primaria, con el 47.2% en esta misma opción; bachillerato o equivalente muestra el 39.4%, y posgrado el 38.6% en satisfacción muy alta. Se destaca que el nivel académico de licenciatura puntúa para el 38.1%, pero en este caso en el grado de satisfacción alta. Ello hace notar que las personas con este último nivel académico no encuentran el mayor grado de satisfacción con la actividad que desempeñan en la actualidad.

En cuanto a la actividad deportiva que realizan y el grado de satisfacción con el trabajo, encontramos el puntaje más alto en las personas que realizan ejercicio

diariamente, con el 42.4% en la satisfacción muy alta. Es importante resaltar que no se encuentra muy lejano el 41.8% de la población que nunca realiza ejercicio y que contestó sentirse muy satisfecho con la actividad laboral.

Entre las actividades cuyos encuestados contestaron sentirse muy satisfechos con el trabajo, encontramos que, entre los trabajadores de la industria minera, el 60.0% contestó sentirse muy satisfecho, seguidos del 53.1% de los de la construcción en esta misma respuesta. En tercer lugar encontramos, con el 66.7% en satisfacción *alta*, a los trabajadores de la industria energética. Se destaca que el puntaje más bajo lo encontramos en los trabajadores de la industria manufacturera, pues el 49.3% de esta población contestó tener una baja satisfacción con el trabajo que realiza.

Según el tipo de puesto, en las poblaciones que contestaron tener una satisfacción muy alta encontramos a los directores de empresas grandes y medianas, con el 75.0%, y a los directores de empresas pequeñas, con el 65.9%. El puntaje más bajo en esta respuesta lo encontramos en empleados con jefes y subordinados, con el 33.7%.

Considerando la duración del contrato, por un lado los de duración indefinida y por otro los de duración temporal o eventual, el primer grupo responde con el 35.4% a una muy alta satisfacción, y el segundo grupo con el 29.7% en el mismo ítem.

Siguiendo esta lógica, aquellos que manifiestan tener dos trabajos contestaron en el 41.1% tener una satisfacción muy alta, en contraste con aquellos que presentan tres trabajos, con solo el 26.9% en este mismo nivel de satisfacción.

Hábitos en el consumo de tabaco

Considerando la pregunta "*¿Ha fumado alguna vez en su vida, aunque sea solo una fumada?*", el 67.2% de la población contestó afirmativamente, de estos, el grupo de los hombres respondió afirmativamente en el 66.1% de los casos, y las mujeres el 68.5%. La edad de inicio indica que el 72.7% de los hombres fumó antes de los veinte años, y el 76.9% de las mujeres. Tanto para los hombres como para las mujeres, la principal causa de comenzar a fumar fue la curiosidad, en el 61.2% y el 61.6%, respectivamente. Sobre los hábitos de consumo, más de la mitad de los hombres refiere haber fumado durante algún tiempo todos los días, mientras que en las mujeres el número es menor, el 39.3%. Se estima que ambas poblaciones fumaban o fuman menos de 16 cigarros, el 87.9%.

Los datos sugieren que la población que alguna vez ha fumado en su vida se mantiene como fumadora activa en el 37.7% de los casos, y el 30.2% ha dejado de fumar al menos en los últimos tres años (figura 11). Los fumadores activos, en un 75.7% de los casos, tardan más de una hora después de despertarse para consumir

el primer cigarro del día; el 5% lo hace en los primeros cinco minutos. Sin embargo, el grueso de la población fumadora (89.6%) fuma con mayor frecuencia en la tarde o al anochecer.

Desafortunadamente, al 18.8% de la población fumadora le resulta difícil abstenerse de fumar en un lugar en que esté prohibido; este porcentaje es más desalentador para las mujeres que para los hombres, ya que 21.9% de ellas presenta esta dificultad, mientras que en los hombres la presentan en el 16.4%. Una tendencia similar se encuentra en la percepción que tienen sobre el cigarrillo que sería más difícil de dejar, ya que, mientras entre las mujeres el 25.5% opina que es el cigarrillo que fuman cuando están bajo tensión, para los hombres este cigarrillo se representa en el 18.2%. Igual porcentaje de hombres opina que le sería difícil dejar el cigarrillo que consumen después de comer. En este sentido, el sexo que mayormente ha intentado dejar de fumar es el de los hombres (65.9%), mientras que las mujeres lo ha intentado en el 61.1%. Esto sugiere que más de la mitad en ambos grupos ha intentado dejar de fumar, pero han obtenido resultados desfavorables.

Hábitos en el consumo de alcohol

Del total de los encuestados, el 94.8% contestó afirmativamente cuando se les preguntó si habían consumido alguna bebida alcohólica. Solo el 4.1% de las mujeres y el 6.1% de las hombres contestó que no. Entre las principales causas por las cuales este pequeño porcentaje de personas no ha consumido alcohol, el 48.7% refiere que no es de su interés, mientras que el 14.1% no tiene una razón por la que no toma.

Por otro lado, el 68.9% de los encuestados indica haber consumido alcohol en el último año, y el 47.3% en los últimos 30 días, por lo que existe una mínima diferencia con las personas que han consumido alguna bebida alcohólica en su vida (94.8).

Una gran cantidad de hombres (30.7%) consume alcohol de una a dos veces por semana, mientras que las mujeres lo hacen de dos a tres veces por semana en el 22.0%. El 1.8% de trabajadores reporta el consumo diario de alguna de este tipo de bebidas, siendo los hombres con un 2.1% los de mayor porcentaje (figura 12). Normalmente, en ambos sexos se encuentra que el 13.3% consume alcohol hasta sentirse borracho solo una vez al año.

Dejar de consumir alcohol no ha sido fácil para el 17.7% de los entrevistados, ya que una y otra vez lo han intentado, sin obtener resultados favorables; el otro 82.3% ni siquiera lo ha querido. Y se observa una mayor prevalencia en población masculina de problemas con la familia, el trabajo, la policía, la salud, además de accidentes y peleas, debido al consumo de alcohol.

Hábitos en el consumo de drogas

La muestra indica que a casi la mitad de los participantes le han ofrecido marihuana regalada en alguna ocasión: 79.0% en hombres y 27.2% en mujeres. El porcentaje es menor cuando el ofrecimiento ha sido a cambio de dinero (22.6%). La primera vez que consumieron algún tipo de droga como marihuana, cocaína o inhalantes, fue antes de los veinte años en el 84.6%, mientras que la primera vez que usaron tranquilizantes sin prescripción médica en este mismo rango de edad fue del 40.0%.

En cuanto los opiáceos, el 2.7% de los participantes refiere haberlos consumido; más de la mitad lo hizo antes de los veinte años, y el 22.1% los consumió sin receta o de forma diferente de lo indicado por un médico

En cuanto a los tranquilizantes, el 18.3% de las mujeres los ha consumido y el 13.7% de los hombres. El 33.5% lo hizo sin receta o diferente de lo indicado por un médico, y de este tipo de consumidores, el 19.4% de las mujeres lo hizo por primera vez antes de los doce años, pero la mayor parte lo hace después de los veinte años.

Respecto de sedantes y barbitúricos, solo el 5.9% de la población (82 personas) refiere haberlos consumido, 30 de estas personas lo hicieron fuera de prescripción médica; la mitad lo hizo después de los veinte años.

Acerca de las anfetaminas, el 12.5% de las mujeres contestó haberlas consumido alguna vez en su vida; en hombres, el porcentaje fue del 6.6%. Se observa que más del 50% los usó fuera de prescripción, y que el consumo actual de estas sustancias fuera de prescripción médica es muy similar en mujeres que en hombres.

Retomando la marihuana, el consumo entre hombres y mujeres equivale al 24.9% y el 15.0% respectivamente. Los usuarios de esta droga acostumbran consumirla fumada, en el 83.9% en ambos grupos. Se destaca que el 15.9% de las mujeres, sobre el 5.0% de los hombres, tiene preferencia por consumirla tomada, tragada o comida. Más de la mitad de los participantes iniciaron su consumo antes de los veinte años, el 81.8% de los hombres y el 68.2% de las mujeres; solo tres personas informan haber comenzado antes de los doce años, lo que reafirma que antes de los 20 años ambas poblaciones son igualmente vulnerables en su consumo. En cuanto a las veces que han usado esta droga en su vida, encontramos que el 38.3% de los encuestados solo la ha usado de una a dos veces en su vida, mientras que el 17.3% la ha utilizado más de 50 veces. Se observa una mayor preferencia de consumo por parte de los hombres: 69 de ellos refieren haberla consumido en los últimos doce meses, frente a 43 mujeres que también la han consumido en los

últimos doce meses. El 34.4% de los consumidores en los últimos doce meses, la combinan usualmente con bebidas alcohólicas.

Con referencia a la cocaína, el 6.2% de la población afirma haberla consumido; esta es una sustancia de preferencia por el sexo masculino, con el 9.6% frente al 2.1% en la población femenina. El 85.5% la ha consumido inhalada o aspirada. Nadie refiere haberla consumido antes de los doce años, y el 64.0% lo ha hecho antes de los veinte años. Y solo tres mujeres la han usado en los últimos doce meses.

Algunas otras sustancias, como *crack*, alucinógenos, inhalables, heroína/opio, estimulantes tipo anfetamínico y otras drogas, son menormente consumidas tanto por hombres como por mujeres:

	Sexo					
	Hombres		*Mujeres*		*Ambos sexos*	
Crack	7	1.1	5	.7	12	.9
Alucinógenos	46	7.4	22	2.9	68	4.9
Inhalables.	39	4.8	7	1.0	46	3.1
Heroína/opio	4	.5	1	.1	5	.3
Estimulantes tipo anfetamínico	23	3.7	31	4.5	54	3.6
Otras drogas	6	.7	5	.7	11	.7

Experiencia en el uso de drogas

Considerando el total de los encuestados, solo el 16.8% de aquellos que contestaron haber consumido alguna de las sustancias anteriormente mencionadas ha querido suspender o disminuir su consumo: el 23.4% de la población masculina responde afirmativamente a esta pregunta, y solo el 10.5% de las mujeres.

El 6.0% ha presentado problemas de salud como resultado del uso de drogas y el 11.4% problemas emocionales o psicológicos. Aun sabiendo que les causaba algún problema de tipo emocional, el 12.4% de los hombres y el 7.1% de las mujeres siguieron consumiendo sustancias. El 6.5% de los entrevistados refiere que ha usado drogas en tal forma que sienten que la necesitan o dependen de ella; paradójicamente, el 83.2% nunca ha querido suspender o disminuir su consumo, lo cual indica que gran parte de los consumidores activos no percibe su consumo como una adicción.

En cuanto a las discusiones con familiares o amigos derivadas del uso de drogas, el 14.7% de los hombres ha presentado este problema, contra el 2.9% de las

mujeres. Algunos otros problemas derivan del uso de drogas; por ejemplo, con la policía (2.7%), o han sido víctimas de algún delito (0.8%), o han tenido problemas en el trabajo por consumir sustancias (0.8%), problemas económicos (1.4%) y accidentes (0.8%).

De acuerdo con las dinámicas familiares y sociales, se encuentra que, de los consumidores de drogas, el 9.1% en hombres y el 7.5% en mujeres, el padre también las consumía. Diferente resultado se obtiene cuando la madre era la consumidora, pues se encuentra que los hombres contestaron afirmativamente a esta pregunta en el 2.8% y las mujeres en el 2.7%. El consumo de drogas por parte de hermanos (as) equivale al 19.8%, su mejor amigo (a) el 31.1% y compañero (a) de trabajo el 23.3%. Estos resultados nos hacen pensar que el mejor amigo (a), seguido del compañero (a) de trabajo y por último hermanos (as), son las tres principales influencias por las cuales una persona puede convertirse en consumidor de drogas.

Satisfacción en el trabajo en consumidores de sustancias

Uso de drogas médicas

De acuerdo con las variables relacionadas con la satisfacción en el trabajo, se utilizó una escala del 1 al 10, por medio de la cual se obtuvo el nivel medio de satisfacción general en el trabajo, según los consumidores de sustancias, y se obtuvo un valor promedio de satisfacción general de 7.7, según el cual, 1 sería el más bajo, o insatisfecho, y 10 el mayormente satisfecho con la actividad laboral que se desempeña.

Entre las categorías en el uso de sustancias, se clasificaron las de uso legal (tabaco, alcohol, opiáceos, tranquilizantes, sedantes y anfetaminas), y las de uso ilegal (marihuana, cocaína, *crack*, alucinógenos, inhalables, heroína/opio, estimulantes tipo anfetamínico y otras drogas).

Al medir la satisfacción entre los consumidores de tabaco, se encuentra que los más satisfechos con su trabajo son los mayores de 66 años, quienes se encuentran en un nivel de satisfacción de 9.0, seguido por los que informan una situación profesional como empresarios o trabajadores independientes, con 8.75. De estos mismos consumidores, los menos satisfechos, con 5.16, son los trabajadores de manufacturas, seguido por aquellos que informan tener cuatro, trabajos, con una satisfacción de 6.0.

Entre los consumidores de alcohol encontramos resultados similares a los consumidores de tabaco: los más satisfechos son los mayores de 66 años de edad,

seguidos por los empresarios o trabajadores independientes, con 8.87 y 8.86 respectivamente. Ocurre nuevamente que los menos satisfechos son los trabajadores de manufacturas, con 5.15, y los que tienen cuatro trabajos a la vez, con 6.0 en su nivel de satisfacción.

Respecto de los consumidores de opiáceos, los mayormente satisfechos son el grupo que cuenta con escolaridad primaria o ninguna escolaridad, en que se registra 8.89 en nivel de satisfacción, seguido de los que trabajan en el sector económico de comunicaciones y transportes, con 8.75. Sobre los menos satisfechos, en primer lugar encontramos a los que tienen una situación profesional como cooperativistas, con 4.0 en satisfacción, y en segundo lugar a los trabajadores del sector turismo, con 5.0.

Sobre el uso de tranquilizantes, con un nivel de satisfacción de 9 encontramos a los mayores de 66 años y a los trabajadores del sector energético, seguidos por los que tienen una situación profesional como empresarios, profesionales o trabajadores independientes. Los trabajadores de manufacturas, con 5.09, y los que manifiestan tener otra situación profesional, con 6, son los niveles más bajos registrados en cuanto a los consumidores de tranquilizantes.

Al igual que los consumidores de sedantes, los más bajos se representan con los del sector económico manufacturas, con 5.09, y nuevamente los de otra situación profesional, con 6 puntos. Los trabajadores del sector económico energía y los que trabajan en un negocio familiar registran un nivel de satisfacción de 9.

Los usuarios de anfetaminas mayormente satisfechos son los empresarios, profesionales o trabajadores independientes, con 9.18, y los que cuentan con escolaridad secundaria, con un nivel de 9.1. Los menos satisfechos, con 5.7, son los que trabajan en la manufactura, y con 7 puntos aquellos con nivel académico de primaria o ninguna escolaridad.

Es fácil percatarse de una constante en ambas direcciones de satisfacción: se encuentra comúnmente distribuido el puntaje por aspectos positivos entre aquellas personas que tienen mejores puestos de trabajo y los mayores de 66 años. Por otro lado, quizá los menormente satisfechos con el trabajo que realizan sean aquellos empleados con un bajo salario y condiciones laborales apropiadas, se observa una constante entre los trabajadores de la industria manufacturera.

Uso de drogas ilegales

Sobre el uso de la marihuana en los encuestados, cabe mencionar que entre los más satisfechos con el trabajo se encuentran los mayores de 66 años, los que cuentan con otra situación profesional y los que cuentan con escolaridad primaria o

ninguna, con 9 puntos, seguido por los estudiantes de posgrado y los empresarios, profesionales o trabajadores independientes, con 8.8 y 8.77 puntos respectivamente. Los trabajadores de manufactura y los que tienen tres trabajos son los menormente satisfechos, con 4.91 y 6.43.

En cuanto a los consumidores de cocaína, se encuentra, con 9.6 de satisfacción, a los de escolaridad primaria o ninguna escolaridad, seguido, con 9.25, a los trabajadores de los sectores comunicaciones y transportes. Los menos satisfechos son los trabajadores de manufacturas, con 5.09, y aquellos que trabajan en un negocio familiar, con 6.5 en satisfacción.

Resaltan los consumidores de *crack*, donde los empresarios, profesionales o trabajadores independientes manifiestan tener el nivel máximo de satisfacción, con un puntaje de 10, y con igual puntaje los trabajadores de negocio familiar. Sobre los menos satisfechos, los trabajadores de manufactura, tienen el primer lugar, con 5.25, seguidos de los que cuentan con escolaridad licenciatura, con un nivel de 6.4.

Los consumidores de alucinógenos mayormente satisfechos son aquellos que cuentan con escolaridad primaria o ninguna escolaridad, con un nivel de 10, y los menos satisfechos son los trabajadores de la industria manufacturera, con 5.

Por otro lado, en cuanto a los consumidores de inhalables, aquellos que tienen una situación profesional como empresarios, profesionales o trabajadores independientes manifiestan un nivel de satisfacción de 10. Los menos satisfechos en este tipo de consumidores son aquellos que cuentan con tres trabajos, seguidos por trabajadores de manufactureras, con 4 y 4.67, en el nivel de satisfacción.

Entre los encuestados que manifiestan consumir heroína y opio encontramos que los que trabajan en negocio familiar y los de los sectores económicos de comunicaciones y transportes cuentan con un puntaje de satisfacción de 9. Considerando el nivel medio de satisfacción en el total de los encuestados (7.7), ningún consumidor de estas sustancias se encuentra por debajo de este puntaje.

Los empresarios, profesionales o trabajadores independientes y que son consumidores de estimulantes tipo anfetamínico manifiestan un puntaje de 10 en el nivel de satisfacción en el trabajo. Del otro extremo, localizamos el sector manufacturero, con 5.38, y a los de un rango de edad de 26 a 34 años, con 6.25 en nivel de satisfacción.

Por último, los trabajadores que manifiestan consumir otro tipo de drogas se sitúan en un nivel de satisfacción de 10 puntos los dedicados a la construcción, y como si fuese una constante encontramos que los dedicados a la industria manufacturera puntúan en el nivel más bajo de satisfacción, con 6 puntos.

Consumo de tabaco, alcohol, drogas médicas y drogas ilegales

Los datos anteriormente presentados muestran un panorama detallado acerca del uso de sustancias en los últimos 30 días. A continuación, se presenta un panorama general de los cuatro grupos de sustancias de consumo y las tendencias de consumo por algunos datos sociodemográficos.

- *Sexo*: entre los encuestados que afirmaron consumir sustancias, se encuentra que los consumidores de tabaco, respecto de su sexo se distribuyen en 12.8% de hombres y 18% de mujeres, en cuanto al alcohol, el 32.5% son hombres y el 14.4% mujeres. De acuerdo con las drogas médicas, hay 1.8% de hombres y 3.7% de mujeres. En cuanto a drogas ilegales, el 6.25% de hombres y el 3.7% de mujeres.
- *Otras variables*: de acuerdo con las cuatro categorías de sustancias (tabaco, alcohol, drogas médicas, drogas ilegales), el mayor consumo se encuentra en los siguientes grupos:
  - Edad de 18 a 34 años.
  - Nivel académico de bachillerato o equivalente.
  - Sector económico el comercio.
  - Situación profesional de asalariados.
  - Aquellos que cuentan con un trabajo.

Al considerar el nivel medio de satisfacción en el trabajo (de 1 a 10), se encuentra que las tres características sociodemográficas y laborales mayor y menormente satisfechas son las siguientes:

Tabaco:
- Mayor satisfacción:
  - De 66 años o más de edad, con 9 puntos.
  - Situación de empresario, profesional o trabajador independiente, con 8.75.
  - Del sector económico de la construcción, con 8.55.
- Menor satisfacción:
  - Manufacturas, con 5.16 puntos.
  - Aquellos que tienen cuatro trabajos a la vez, con 6 puntos.
  - Situación profesional de cooperativistas, con 6.75 puntos.

Alcohol:

- Mayor satisfacción:
  - De 66 años o más de edad, con 8.88 puntos.
  - Situación de empresario, profesional o trabajador independiente, con 8.86.
  - Sector económico de la construcción, con 8.6.
- Menor satisfacción:
  - Manufacturas, con 5.15 puntos.
  - Aquellos que tienen cuatro trabajos a la vez, con 6 puntos.
  - Situación profesional de cooperativistas, con 6.75 puntos.

Drogas médicas:

- Mayor satisfacción:
  - Situación de empresario, profesional o trabajador independiente, con 8.69.
  - Sector económico de la construcción, con 8.6.
  - Sector económico de agricultura, ganadería, silvicultura y pesca, con 8.5 puntos.
- Menor satisfacción.
  - Personas que tienen cuatro trabajos a la vez, con 4 puntos.
  - Trabajadores de manufacturas, con 5.1 puntos.
  - Situación profesional de cooperativistas, con 6 puntos.

Drogas ilegales:

- Mayor satisfacción:
  - Con otra situación profesional, con 9 puntos.
  - Dedicados a la energía, con 9 puntos.
  - Empresarios, profesionales o trabajadores independientes, con 8.94 puntos.
- Menor satisfacción:
  - Trabajadores de manufacturas, con 4.84 puntos.
  - De 66 años o más, con 5 puntos.
  - Situación profesional cooperativista, con un nivel de 6.

Variables de calidad de vida en consumidores de sustancias

Al considerar los factores de calidad de vida, enunciamos aquí algunas variables que fueron consideradas para indagar acerca de este tema. En primer lugar consideramos una escala tipo *likert*, conformada por cinco opciones de respuesta: 1) Nula satisfacción, 2) Baja satisfacción, 3) Satisfacción media, 4) Alta satisfacción y 5) Muy alta satisfacción. Esta escala es utilizada al responder sobre la satisfacción general en el trabajo. Y se recopiló información acerca de las diferentes variables, como el grado de satisfacción con la actividad desarrollada, trabajar con medios informáticos desde casa, descripción de las relaciones interpersonales entre directivos y empleados, grado satisfacción con la jornada laboral, con la salud y seguridad en el puesto, satisfacción con la formación proporcionada por la empresa, satisfacción con el salario, situación laboral de su cónyuge o pareja, personas que viven en su casa y necesiten atención (que no sean sus hijos), satisfacción entre el grado de conciliación entre la vida laboral y la vida familiar, entre otras.

Respecto del nivel de satisfacción con el trabajo actual, los puntajes indican que el 37.5% manifiesta muy alta satisfacción en consumidores de tabaco, el 39.6% muy alta satisfacción en consumidores de alcohol, el 38.4 muy alta satisfacción en consumidores de drogas médicas y el 43.3% alta satisfacción en consumidores de drogas ilegales. Estos datos indican que los consumidores de alcohol se encuentran mayormente satisfechos con el trabajo, comparados con los que consumen otro tipo de sustancias.

Respecto del resto de las variables, se registra lo siguiente:

- Satisfacción con la actividad desarrollada: el nivel de satisfacción en consumidores de tabaco, alcohol, drogas médicas y drogas ilegales se ubicó en el nivel alto, considerando una escala de 1) Bajo, 2) Medio y 3) Alto.
- Más de la mitad de los consumidores de estas sustancias manifiesta trabajar con medios informáticos desde casa.
- La mayoría de los consumidores describen como buenas las relaciones entre directivos y empleados.
- Considerando la satisfacción con la jornada laboral, la salud y la seguridad en el puesto, satisfacción con la formación proporcionada en la empresa. Todos los tipos de consumidores manifiestan una alta satisfacción, lo cual no sucede con la satisfacción con el salario, donde la mayoría manifiesta un nivel medio.
- Conforme a la situación laboral de la pareja, más de la mitad de los encuestados indica que su pareja trabaja.

- Entre la conciliación de su vida familiar con su vida laboral, los encuestados refieren una satisfacción alta.
- Un promedio del 50% considera muy probable mantener el trabajo actual en los próximos seis meses. Pero una cuarta parte de estos consumidores está buscando otro empleo. La principal causa para buscar otro empleo en tres cuartas partes de los encuestados se deriva de una búsqueda de mejor salario.

Satisfacción en el trabajo por variables de calidad de vida en consumidores de sustancias

Bajo la misma dinámica, al agrupar el consumo de sustancias en tabaco, alcohol, drogas médicas y drogas ilegales, se consideró a los consumidores de sustancias, y se determinó el nivel medio de satisfacción en el trabajo de acuerdo con una escala del 1 al 10, y se agruparon en tres niveles respecto de las variables de calidad de vida. Para calificar estas últimas variables se utilizó una escala con tres niveles: 1) bajo, 2) medio y 3) alto.

Los resultados significativos respecto del consumo de sustancias, y de acuerdo con los puntajes más bajos en satisfacción en el trabajo, se enuncian a continuación:

- *Tabaco*: en un nivel de satisfacción de 5.21, encontramos a los que calificaron el grado de satisfacción con el salario en un nivel bajo. Seguidos, con un 5.36 en satisfacción, por los que describen malas relaciones entre directivos y empleados, y con 5.48 puntos por los que consideran nada probable mantener el trabajo actual en los próximos seis meses.
- *Alcohol*: similares resultados de obtienen de los consumidores de tabaco, donde los que tienen un nivel de satisfacción bajo con el salario puntúan con 5.21 en el nivel de satisfacción general en el trabajo; en segundo lugar están los que describen malas relaciones entre directivos y empleados, con 5.58 puntos, y los que consideran nada probable mantener el trabajo actual en los próximos seis meses, con 5.76 puntos.
- *Drogas médicas*: con un grado de satisfacción bajo con el salario que reciben se ubican, en un nivel de satisfacción de 5.34, aquellos que no creen probable mantener el trabajo actual en los próximos seis meses, con una satisfacción de 5.53, y los que tienen una baja satisfacción con la conciliación entre su vida laboral y su vida familiar, con 5.86 en satisfacción general en el trabajo.
- *Drogas ilegales*: con 4.71 en el nivel de satisfacción en el trabajo se encuentran aquellos que describen como malas las relaciones entre directivos y emplea-

dos, seguidos, con 5.5 puntos, por los que tienen una baja satisfacción con la actividad desarrollada, y 5.77 puntos en satisfacción aquellos que no creen mantener el trabajo actual en los próximos seis meses.

Estos datos nos indican que las malas relaciones entre directivos y empleados, así como la inestabilidad laboral y la insatisfacción con el salario, son una constante que determinan niveles bajos de satisfacción en el trabajo.

Analizando los datos de los mejores niveles de satisfacción laboral y considerando algunas variables relacionadas con la calidad de vida, se encuentran los siguientes datos como significativos:

- *Tabaco*: entre los mejores niveles de satisfacción con el trabajo encontramos, con un puntaje de 9, a los que puntúan en un grado de satisfacción *bajo* conforme a la actividad desarrollada; con 8.22 encontramos a los que tienen un grado *alto* de satisfacción con la conciliación en su vida laboral y su vida familiar, y, por último, con 8.14 puntos, a los que consideran *muy probable* mantener el trabajo en los siguientes seis meses.
- *Alcohol*: de este tipo de consumidores, con 8.31 en satisfacción general se encuentran los sujetos que tienen una alta satisfacción con el salario o ingresos que perciben, seguidos, con 8.22, por los que tienen un alto grado de satisfacción con la conciliación en su vida laboral y su vida familiar, y en tercer lugar los que consideran muy probable mantener el trabajo durante los próximos seis meses.
- *Drogas médicas*: similares parámetros encontramos entre los usuarios de drogas médicas y alcohol, donde se encuentra que los que tienen un alto grado de satisfacción con el salario o los ingresos que reciben y los que tienen una buena conciliación entre la vida laboral y la vida familiar puntúan con 8.31 y 8.22 en el nivel general de satisfacción laboral. Por último, con 8.14, nuevamente los que consideran mantener el trabajo durante los próximos seis meses.
- *Drogas ilegales*: los consumidores de mejor satisfacción son aquellos cuya pareja o cónyuge trabaja, con 8.44 puntos, seguidos por los que tienen una baja satisfacción con el contrato colectivo de trabajo, con 8.33, y con 8.31 puntos los que tienen una alta satisfacción con el salario o ingresos recibidos.

Los datos anteriormente expuestos dejan ver que la satisfacción con el salario percibido, así como la estabilidad laboral y la adecuada conciliación entre la vida laboral y la vida familiar, son factores que determinan óptimos niveles de satisfacción en personas consumidoras de sustancias. Sin embargo, determinar la relación

existente entre el consumo de alguna sustancia adictiva con los niveles de satisfacción y bienestar en los trabajadores es una asignatura pendiente. La información obtenida debe ser aún procesada y revisada para validarla con relación a los procesos metodológicos y estadísticos apropiados. La información presentada en este apartado tiene solo el propósito de describir las condiciones en que se encuentra los trabajadores de la ZMG, con relación al consumo de sustancias adictivas y de sus niveles de satisfacción laboral; queda en el tintero varias preguntas a responder, más las que el propio lector pueda formular.

Las tendencias futuras de la investigación con relación al consumo de sustancias adictivas en trabajadores es probable que estén determinadas por fuerzas externas relacionadas con la evolución de la organización del trabajo y de las fuerzas internas a la disciplina, asociadas a la evolución del conocimiento científico; sin embargo, mientras se identifica y responde la pregunta de "¿cómo poder generar mejor y más conocimientos en bien de la salud de los trabajadores y de las empresas?", no hay duda en estos momentos sobre la repercusión que el consumo de sustancias adictivas como el alcohol y otras drogas tiene en el medio laboral es muy importante. Estos consumidores producen importantes perjuicios a la empresa y a sus compañeros por el aumento de enfermedades, accidentes laborales, absentismo e incapacidades laborales, junto con disminución de la productividad y mal ambiente laboral. Por ello se necesitan programas de prevención y apoyo en relación con el consumo de alcohol y otras drogas en cualquier empresa. Estos programas aportarán información básica de referencia, pautas para plantear actuaciones preventivas, orientación para el abordaje asistencial de los trabajadores con problemas y criterios de derivación asistencial (Ochoa y Madoz, 2008).

Para lograr el éxito de un programa preventivo en las empresas es importante incluir un programa que represente el sentir de los propios trabajadores, de ahí la importancia de los niveles de satisfacción y bienestar que los propios trabajadores tienen con relación a su labor y en el contexto de su contexto personal, familiar y social. Un programa de salud para los empleados es una manera en que la empresa ayuda a los empleados a resolver sus problemas personales, entre los que incluye el alcoholismo y la drogadicción. Este componente puede percibirse como una señal de apoyo por parte del empresario y podría ser una manera de mejorar los niveles de producción.

El principal mensaje que este libro intenta hacer reside en la importancia y la necesidad de abordar las graves repercusiones del problema de las adicciones en el mundo laboral, tanto si el origen de la dependencia se encuentra en el centro de trabajo, como si se llega a la adicción desde fuera. No hay duda de que el desarrollo de programas de prevención de drogodependencias es rentable para las

empresas, no solo desde el punto de vista económico, sino también desde el social, ya que mejora el clima laboral con reducción de medidas disciplinarias, disminuye los niveles de absentismo, protege de contraer enfermedades relacionadas con las drogas y reduce la siniestralidad laboral y los niveles de conflictividad con jefes y compañeros. Un principio de todo programa preventivo en las empresas puede percibirse por el trabajador como una señal de apoyo por parte del empresario, y podría ser una manera de mejorar la productividad.

Es tarea de todos (gobierno, empleadores, sindicatos, académicos, trabajadores y sociedad en general) describir la dirección futura de investigación y de aplicación de programas de intervención preventivas en las empresas, en los que explícitamente se tengan en cuenta los cambios dinámicos en la organización del trabajo, junto con las variantes culturales, las necesidades personales y las exigencias económicas, con el propósito principal de tener empresas con bienestar, trabajadores con calidad de vida, satisfechos con su trabajo y libres de consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Referencias

Amando, E. y D. M. Iñaki (2002), "Calidad de vida laboral y organización del trabajo", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*.

Argullo, E. y A. Ovejero (2001), *Trabajo, individuo y sociedad. Perspectivas psico-sociológicas sobre el futuro del trabajo*, Madrid, Pirámide.

Bandura, A. (1986), *Social Foundations of Thought and Action: A social Cognitive Theory*, Englewood Cliffs, N. J, Prentice Hall.

Banegas, J. R.; Díez, G. L.; Bañuelos, M. B.; González, E. J.; Villar, Á. F.; Martín, M. J. M.; Córdoba, G. R.; Pérez, T. A. y R. C. Jímenez (2011), "Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006", *Medicina Clínica*, 136(03), pp. 97-102.

Bello, D. Z. y F. J. C. Casa (2005), *Psicología social*, La Habana, Félix Varela.

Bobes, J. (1993), "Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida", *Psiquiatria*, 6(1).

Bobes, J.; Bascarán, M. T.; González, M. P. y P. A. Sáiz "Epidemiología del uso/abuso del *cannabis*", en J. Bobes García y A. Calafat Far (ed.), *Monografía cannabis,* XII (2), pp. 31-40.

Brofman, M. (2000), *Presencia y ausencia de redes sociales en: Cómo se vive y se muere*, Cuernavaca, México, Universidad Autónoma de México.

Cabezas, C. (2000), "La calidad de vida profesional", *FMC*, pp. 53-68.

Cañuelo H. B. y G. M. García (2002), "Perfil de los usuarios de cocaína", *Salud y drogas*, 2(002), I. d. Drogodependencias, pp. 17-26.

Carreño, G. S.; Medina, M. M. E.; Martínez, V. N.; Juárez, G. F. y P. L. Vázquez (2006), "Características organizacionales, estrés y consumo de alcohol en trabajadores de una empresa textil mexicana", *Salud Mental*, 29(4), pp. 63-70.

Coyle, M. J. L. (1999), "La medida del clima de seguridad y salud laboral", *Anales de Psicología*, 15(2), pp. 269-289.

Cuervo, A. M. (1990), *Satisfacción residencial: Una aproximación psicosocial a los estudios de calidad de vida*, tesis doctoral, Universidad Complutense, Facultad de Psicología, Madrid.

Dalkey, N y D. Rourke (1973), "The Delphi Procedure and Rating Quality of Life Factors", *Quality of Life Concept*.

Dario, D. A. B. (2005), "El bienestar social: Su concepto y medición", *Psicothema*, 17(4), pp. 582-589.

De Geus A. (1997), *The Living Company - Habits for Survivalin a Turbulent Business Environment*, Boston, Harvard Businesss School Press.

Demerouti, E.; Bakker, A. B.; Nachreiner, F. y W. B. Schaufeli (2001), "The Job Demands Resobres Modelo of Burnout", *Journal of Applied Psychology*, 86, pp. 499-512.

De Macedo, N. C. (2006), "Relación entre rasgos desadaptativos de personalidad y farmacodependencia", *Persona*, 9, Universidad de Lima (ed.), pp. 171-187.

Di Nicola, P. (1994), "El papel de las redes sociales primarias en el control de la enfermedad y la protección de la salud", en D. Pierpaolo, *Manual de sociología de la salud*, España, Díaz Santos, pp. 209-231.

Díaz C. S. y N. I. Martín (2009), "Impacto presupuestario de un programa de deshabituación tabáquico en empresas", *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(216), pp. 46-55.

Escalona, E. (2006), "Relación salud-trabajo y desarrollo social: visión particular en los trabajadores de la educación", *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 32, núm. 1.

Fernandez, D. R.; Miren, E. y M. Zaes (2001), "Algunos rasgos de la globalización", en *Globalización capitalista. Luchas y resistencias*, Barcelona, Virus.

Fernández, M. J. y E. Echeburúa (2001), "El consumo excesivo de alcohol: un reto para la salud laboral", *Salud y drogas*, 1(001), I. d. Drogodependencias (ed.), pp. 17-39.

Giddens, A. (2003), *Un mundo desbocado*, México, Taurus.

Giral, B. J. (2000), "Su empresa, ¿de clase mundial?" *Academia*.

Gómez-Talegón, T. y G. Álvarez (2009), "Problemas laborales en pacientes dependientes del alcohol: Evolución en un año de tratamiento", *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(216), pp. 20-25.

Gómez, V. M. y E. Sabeh (2005), "Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica", *Universidad de Salamanca*.

González, F. C.; Navarro, G. J. I. y C. L. Salvador (1998), "Actores psicosociales que intervienen en la adquisición del comportamiento tabáquico", *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30(1), F. U. Lorenz (ed.), pp. 49-66.

González, P. (1993), "Evaluación de la calidad de vida", *Psiquiatría*, 5(6), pp. 20-32.

—— (2003), "Dilucidación de concepto calidad de vida. Proposiciones", *Memorias del Primer Taller Internacional Salud y Calidad de Vida*, Holguín.

Guerrero, P. J. (2005), "Vigilancia en salud: Un componente de la calidad de vida del trabajador", *Memorias del Primer Congreso Internacional Salud y Calidad de Vida Comunitaria*, Red Iberoamericana por la Calidad de Vida Comunitaria, Holguín.

Guerrero, P. J.; Amell, M. I. y A. R. Cañedo (2006), "Salud ocupacional: Nociones útiles para profesionales de la información", *Acimed*, 12 (5).

Guerrero, P. J.; Amell, M. I.; Cañedo, A. R. y R. S. M. Rubio (2006), "Calidad de vida y trabajo: alguna consideraciones sobre el ambiente laboral de la oficina", *Acimed*, 14 (4).

Guerrero, P. J.; Amell, M. I.; Cañedo, A. R.; Salman, E. y C. Y. Cruz (2006), "Calidad de vida y trabajo. Algunas consideraciones útiles para el profesional de la informática", *Acimed*, 14 (2).

Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática, INEGI (2000), *XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Tabulados básicos de Jalisco*, Jalisco, México, INEGI.

—— (2005), *Los profesionistas de Jalisco*, Aguascalientes, México, INEGI.

Johnson, S.; Cooper, C. L.; Cartwright, S.; Donald, I.; Taylor, P. y C. Millet (2005), "The Experience of Work-related Stress across Occupations", *Journal of Managerial Psychology*, 20(29), pp. 178-187.

Juárez, A. F.; Galindo, S. B. C. y G. Y. Santos (2009), "Influencia del consumo de sustancias psicoactivas en los patrones de comportamiento violento", *Psicología y Salud*, 19(2), pp. 223-235.

Karasek, R. y T. Theorell (1990), *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York, Basic Book.

Leire, P. I. (2003), "Adicciones, drogas y drogodependientes: Resolviendo necesidades", *Salud y drogas*, III(002), pp. 109-123.

Leshner, A. I. (1997), "Addiction is a Brain Disease, and it Matters", *Science*, 278(45), pp. 45-47.

López, A. F. J. (2000), "Manejo Integrado de la adicción a la nicotina", *Salud Pública de México*, 42(5), I. N. Pública (ed.), pp. 381-383.

Martín del Moral, M. y F. P. Lorenzo (2009), "Conceptos fundamentales en drogodependencias", en J. L. Álvarez-Sala Walther y otros, *Drogodependencias*, 3ª ed., Madrid, España, Editorial Médica Panamericana.

Martin, H. P. y H. Schumann (1998), *La trampa de la globalización, el ataque contra la democracia y el bienestar*, Madrid, Santillana.

Maslow, A. (1968), *Toward a Psychology of Being*, Princeton, Van Nostrand.

Mikkelsen, A. Ogaard, T. y P. Landsbergis (2005), "The Effects of Transition Stress: A Relocation Study", *Journal of Organisational Behavior*, 20, pp. 625-646.

Milman, V. (1985), "Motivación laboral y satisfacción con el trabajo", *Psijologicheskii Zhurnal*.

Near, J. P. y C. Smith (1983), "Job Satisfactiín and Nonwork Satisfaction as Components of Life Satisfaction", *Journal of Applied Social Psychology*, 13(2), pp. 126-1444.

Neuman, J. H., y R. A. Baron (1998), "Workplace Violence and Workplace Agresión: Evidence Concerning Specific Forms, Potencial Causes, and Preferred Targets", *Journal of Management,* 24(3), pp. 391-419.

Nussbaum, M. y S. Amarty (2004), *La calidad de vida*, México, FCE.
Ochoa, M. E. y G. A. Madoz (2008), "Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral", *Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 54(213), pp. 25-32.
Ochoa, M. E.; Madoz, G. A. y M. N. Vicente (2009), "Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol, *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(214), pp. 26-40.
Organización de las Naciones Unidas, ONU (2010), *Informe mundial sobre las drogas*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC.
Organizacion Internacional del Trabajo, OIT (1998a), *Progresos en la lucha contra drogas y alcohol en el trabajo*, Trabajo, 3. Disponible en: http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/magazine/23/drugs.htm.
—— (1998b), *Conferencia Internacional del Trabajo,* Trabajo, Cit 86. Disponible en: http://www.ilo.org/public/spanish/standards/ relm/ilc/ilc86/repi-c3.htm.
—— (2008), *Evaluación independiente de la estrategia de la OIT para apoyar en los Estados miembros en la mejora del impacto de las Normas Internacionales del Trabajo*, Ginebra, Suiza, Oficina Internacional del Trabajo.
Organización Mundial de la Salud, OMS (2005), *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicactivas*, Washington, Organización Panamericana de la Salud.
—— (2010), *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009: consecución de ambientes libres de humo de tabaco*, Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud.
Otero D. C. (2011), "Drogodependencia en el lugar de trabajo. Pautas generales de intervención desde la medicina del trabajo", *Medicina y seguridad en el trabajo* (Internet), 57, supl. 1, pp. 145-172.
Otero, D. C.; Huerta. C. H. y P. N. Duro (2008), "Drogodependencias en personal sanitario, una visión desde la medicina del trabajo: Aspectos jurídico-legales y epidemiológicos", *Medicina y Seguridad del Trabajo*, LIV(211), pp. 15-23.
Pedrero, P. E. J. (2008), "El tratamiento de la dependencia de la cocaína", *Trastornos Adictivos*, 10(4), pp. 226-241.
Pérez, F. J. M. y V. G. Orellana (2007), "Avances en la clínica de las adicciones: el rol del aprendizaje y la dopamina", *Rev Méd Chile*, (135), pp. 384-391.
Peterson, M. y J. F. Wilson (2002), "The Culture-work-health Model and Work Stress", *American Journal of Health Behavior*, 26, pp. 16-24.
Plan nacional sobre drogas (2007), *Guia sobre drogas*, D. d. Secretaría general de sanidad (ed.), España, Ministerio de Sanidad y Consumo.
Ramírez, O. A. N. (2010), "Identificación precoz de bebedores de riesgo en empleados públicos de la provincia de Cádiz", *Medicina y Seguridad del Trabajo* (Internet), 56(219), pp. 132-146.

Ramos, A. J. A. y R. J. Fernández (2000), "Uso de los cannabinoides a través de la historia", *Monografía cannabis*, XII (2), J. Bobes García y A. Calafat Far (ed.), pp. 19-30.

Richardson, K. M. y H. R. Rothstein (2008), "Effects of Occupational Stress Management Programs: A Meta-analysis", *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, pp. 69-93.

Rodríguez, E. M. (1988), *Motivación al trabajo* 2ª ed., México, Manual Moderno.

Román, J. (1982), "Relaciones entre la capacidades y la motivación de la personalidad", en *Psicología de la personalidad*, La Habana, Editorial de Ciencias Sociales.

Román, J. (1998), *Perspectivas sociopsicológica de la globalización, el ataque contra la democracia y el bienestar.* La Habana: Santillana.

—— (2000), *Factores psicosociales y salud en el trabajo*, maestría de Salud de los Trabajadores, INSAT, módulo de Psicología, La Habana.

Rubio, M. H. y M. A. Rubio (2006), "Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo", *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosio Villegas*, 19(4), pp. 297-300.

Salazar, E. J. G. (2005), "La desercion escolar", *Investigacion en Salud*, pp. 102-107.

——(2006), "Calidad de vida en el trabajo", *Bazar Gráfico* (131).

Salazar, E. J. G.; Pando, M. M.; Aranda, B. C. y L. D. Heredia (2005), "Calidad de vida, hacia la formación del concepto", *Investigación en Salud*, VII(3).

Salazar, E. J. G.; Ruiz, M. F. y T. W. Mendoza (2007), *Calidad de vida laboral desde una perspectiva sociológica versus psicológica*, en S. E. Pando M., Temas de condiciones de trabajo y salud mental, Guadalajara, UdeG, pp. 176-194.

Sánchez, G. R.; Álvarez, N. R. y B. S.Lorenzo (2003), "Calidad de vida profesional de los trabajadores de atención primaria del area 10 de Madrid", *MEDIFAM*, pp. 291-296.

Schein, E. (2002), "A Conceptual Model for Managet Culture Change", en E. Schein (ed.), *Organisational Culture and Leadership*, 3ª ed., Jossey-Bass.

Schwartzmann, L. (2003), "Calidad de vida relacionada con la salud, aspectos conceptuales", *Ciencia y Enfermería*, 9(9).

Secretaría de Salud. (2000), *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*, Diario Oficial de la Federación.

—— (2008), *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*, G. Nagore Cázares y S. de Vohgel Gutiérrez (ed.), Cuernavaca, Morelos, México, Carlos Oropeza Abúndez.

—— (2009), *Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Resultados por entidad federativa, Jalisco*, Consejo Nacional contra las Adicciones, Cuernavaca, Morelos, México, Instituto Nacional de Salud Pública.

—— (2010a), *Informe del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones (SISVEA) México 2009*, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General Adjunta de Epidemiología y Dirección de Investigación Operativa Epidemiológica.

——(2010b), *Informe Jalisco sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones (SISVEA) 2009*, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, CENAVECE.

Servicio de Información de las Naciones Unidas (2010), *En el Informe Mundial Sobre las Drogas 2010 de la UNODC se observa una reorientación hacia el consumo de nuevas drogas y hacia mercados nuevos*, Viena, Austria.

Shin D. y D. Johnson (1978), "Avowed Happiness as an Overall Assessment of Quality of Life", *Social Indicadores Research*, pp. 475-492.

Schnall, P. L.; Dobson, M. y E. Rosskam (2011), *Trabajo no saludable: Causas, consecuencias, curas*, Bogotá, Colombia, Ediciones Uniandes.

Siegrist, J. (198), "Adverse Effects of Effort-reward Imbalance at Work", en Cooper (ed.), *Theories of Organisational Stress*, Oxford, Oxford University Press.

Spitzen, W. (1987), "State of Science 1986: Quality of Life and Funcional Status as Target Variables for Research", *Journal of Chronic Diseases*, 6(40), pp. 465-471.

Stokkhols, D.; Pelletier, K. R. y J. E. Fielding (1996), "The Ecology of Work and Health Research and Policy Directions for the Promotion of Empleoyee Health", *Health Education Quarterly,* 23(2), pp. 137-158.

Torbay, Á.; Marrero, M. y M. Heras (2003), "Evaluación de las necesidades sociopersonales de drogodependientes, desde un programa de intervención: la perspectiva de los implicados", *Anales de Psicología*, 19(002), S. d. Murcia (ed.), pp. 173-186.

Thoits, P. A. (1995), "Stress, Doping and Social Support Processes: Where are we, what Next?", *Journal of Health and Social Behavior*, pp. 53-79.

UNODC (2010), *World Drug Report.*

Velarde, J. E. y F. C. Ávila (2002a), "Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida", *Salud Pública de México*, 44(5), pp. 448-463.

——. (2002b), "Evaluación de la calidad de vida, *Salud Pública de México*, 44(5), pp. 349-361.

Wellens, B.T., y A. P. Smith (2006), "Combined Workplace Stressors and their Relationship with Mood, Psysiology, and Performace", *Work and Stress*, 20(3), pp. 245-258.

WHOQOL Group (1995), "The Would Health Organization Quality of Life, Assess ment WHOQOL", *Soc. Soc Med.*, 41(14), pp. 403-409.

World Health Organization, WHO (1948), *World Health Organization Constitution*, Genova, WHO.

—— (2011), *Global Status Report*, Le Mont-sur-Lausanne, Switzerland, WHO Press.

Sobre el autor

Con formación profesional como psicólogo, maestro en Ciencias de la Salud Pública y doctorado en Ciencias de la Salud con Orientación Sociomédica, a partir de 1978 es docente en la Universidad de Guadalajara, en diversos programas educativos a nivel de pregrado y posgrado. Es Profesor Investigador Titular "C" adscrito al Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara y miembro del Instituto de Investigación en Salud Ocupacional (IISO). Ha desempeñado diversas funciones directivas en la propia Universidad de Guadalajara. Actualmente es director de la División de Estudios Económicos y Sociales del Centro Universitario de los Valles (CUValles).

Como investigador tiene a su cargo la línea de investigación "Calidad de vida y violencia" con proyectos de investigación en la temática de "calidad de vida" relacionada con el trabajador, consumo de drogas y con grupos desprotegidos y/o con condiciones específicas. Actualmente es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) nivel I (2008-2014).

Es responsable del equipo de evaluación en el programa "Empresa de bienestar, libre de adicciones" (Embienla) en la Fundación Social del Empresariado Jalisciense (Fejal). Ha sido miembro de la International Society for Quality of Life Research (ISOQOL) y colaborador del equipo temático de salud en "Jalisco cómo vamos", Observatorio Ciudadano.

Es autor y coautor de más de 50 artículos publicados en revistas científicas. Y autor y coautor de varios libros, entre los principales se encuentran: *Factores de trabajo y salud mental* (2007), *Calidad de vida del trabajador* (2009, publicado por la Universidad Libre, sección Cali, Colombia). *Calidad de vida. Aspectos teóricos y su aplicación en diferentes ámbitos* (2010). Ha participado en trabajos de investigación y seminarios temáticos a nivel local, nacional e internacional.

Las adicciones en el trabajo y su impacto
en el bienestar de la empresa
se terminó de imprimir en octubre de 2012
en los talleres de Ediciones de la Noche
Madero 687, zona Centro
Guadalajara, Jalisco.
El tiraje fue de 1,000 ejemplares.

www.edicionesdelanoche.com