

# Lineamientos para la Prevención y Atención de las Adicciones en el Ámbito Laboral Mexicano



**GOBIERNO FEDERAL**

**SALUD**

**STPS**



**Vivir Mejor**



**GOBIERNO  
FEDERAL**

**SALUD**

**STPS**

# **Lineamientos para la Prevención y Atención de las Adicciones en el **Ámbito Laboral Mexicano****

Lineamientos para la Prevención  
y Atención de las Adicciones  
en el Ámbito Laboral Mexicano:

Comisión Nacional contra las Adicciones  
Secretaría del Trabajo y Prevención Social

Primera edición, 2011  
ISBN: En trámite

D.R.© Secretaría de Salud  
Lleja 7, Col. Juárez  
06696 México, D.F.

Impreso y hecho en México  
Printed and made in Mexico

## Consejo Nacional contra las Adicciones

### Presidente del Consejo

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

**Secretario de Salud**

### Comisionado Nacional contra las Adicciones

Dr. Carlos Tena Tamayo

## Vocales

Lic. José Francisco Blake Mora

**Secretario de Gobernación**

Canciller Patricia Espinosa Cantellano

**Secretaría de Relaciones Exteriores**

Ing. Genaro García Luna

**Secretario de Seguridad Pública**

Lic. Heriberto Félix Guerra

**Secretario de Desarrollo Social**

Lic. Bruno Ferrari García de Alba

**Secretario de Economía**

Lic. Francisco Mayorga Castañedo

**Secretario de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación**

Mtro. Dionisio Pérez-Jácome Friscione

**Secretario de Comunicaciones y Transportes**

Mtro. Alonso Lujambio Irazábal

**Secretario de Educación Pública**

Lic. Javier Lozano Alarcón

**Secretario del Trabajo y Previsión Social**

Lic. Marisela Morales Ibáñez

**Procuradora General de la República**

Dr. Enrique Ruelas Barajas

**Secretario del Consejo de Salubridad General**

Lic. Daniel Karam Toumeh

**Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social**

Lic. Jesús Villalobos López

**Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado**

Lic. Ma. Cecilia Landerreche Gómez Morín

**Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**

Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg

**Comisionado Nacional de Protección Social en Salud**

Lic. Mikel Andoni Arriola Peñalosa

**Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios**

Lic. Miguel Ángel Carreón Sánchez

**Director General del Instituto Mexicano de la Juventud**

Lic. Bernardo de la Garza Herrera

**Director General de la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte**

Mtra. Celina Alvear Sevilla

**Directora General del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones**

## **Invitados permanentes**

Dr. Jesús Kumate Rodríguez

**Presidente del Patronato Nacional de Centros  
de Integración Juvenil A.C.**

Dra. María Elena Medina Mora Icaza

**Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría  
"Ramón de la Fuente Muñiz"**

Dr. Rogelio Pérez Padilla

**Director General del Instituto Nacional de Enfermedades  
Respiratorias "Ismael Cosío Villegas"**

Dr. Mario Henry Rodríguez López

**Director General del Instituto Nacional de Salud Pública**

## **Directorio**

### **Secretaría de Salud**

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

**Secretario de Salud**

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez

**Subsecretaria de Innovación y Calidad**

Dr. Mauricio Hernández Ávila

**Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud**

Lic. Laura Martínez Ampudia

**Subsecretaria de Administración y Finanzas**

Dr. Carlos Tena Tamayo

**Comisionado Nacional Contra las Adicciones**

Dr. Romeo S. Rodríguez

**Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad**

Lic. Bernardo Emilio Fernández del Castillo Sánchez

**Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos**

Lic. Carlos Olmos Tomasini

**Director General de Comunicación Social**

## **Integrantes del Grupo Técnico en Adicciones en el Ámbito Laboral de la Mesa Tripartita Trabajo Digno**

### **Sector público**

SS	Secretaría de Salud
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
CONADIC	Comisión Nacional contra las Adicciones
CENADIC	Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones
INPRF	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
CIJ	Centros de Integración Juvenil, A. C.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado

### **Sector social**

CT	Congreso del Trabajo
CTM	Confederación de Trabajadores de México
CROC	Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos
ASM	Alianza Sindical Mexicana
FSTSE	Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado
FRET	Federación Revolucionaria de Empleados y Trabajadores

### **Sector privado**

COPARMEX	Confederación Patronal de la República Mexicana
CANACINTRA	Cámara Nacional de la Industria de la Transformación
CONCAMIN	Confederación de Cámaras Industriales de los Estados Unidos Mexicanos
AMMJE	Asociación Mexicana de Mujeres Empresarias A.C.

# CONTENIDO

<b>Mensaje del Secretario de Salud</b>	<b>9</b>
<b>Introducción</b>	<b>10</b>
<b>I. La prevención y atención de las adicciones como prioridad para el ámbito laboral</b>	<b>12</b>
1. Actualidades en prevención y atención de las adicciones	12
1.1. Conceptos básicos en adicciones	12
1.2. Del consumo a la dependencia (adicción)	15
1.3. Consecuencias de las adicciones en el ámbito laboral	15
1.4. Entre el riesgo y la protección	17
1.5. Estrategias para la prevención de adicciones	18
<b>II. Lineamientos para realizar intervenciones preventivas y para la atención de adicciones en el ámbito laboral</b>	<b>20</b>
2. La intervención preventiva de adicciones en ámbitos laborales	20
2.1. Decálogo de lineamientos para el diseño de políticas públicas en materia de prevención y atención de adicciones en el ámbito laboral	21
2.2. Aplicación de acciones preventivas en el ámbito laboral	23
- Primer paso. Sensibilización y creación de compromisos	23
- Segundo paso. Elaboración del diagnóstico de la empresa	24
- Tercer paso. Aplicación de acciones preventivas de acuerdo al nivel de consumo	25
- Cuarto paso. Evaluación y seguimiento	29
- Quinto paso. Presentación de informes de resultados	30
<b>III. Recursos y servicios, para la prevención y atención de trabajadores con problemas relacionados al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas</b>	<b>31</b>
3. Red nacional para prevenir y atender las adicciones	31
3.1. Sector público	31
3.2. Sector privado y social	33

<b>IV. Normatividad para el trabajo y políticas públicas para la atención de las adicciones</b>	<b>36</b>
4. Normatividad vinculada al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en el ámbito laboral	36
4.1. Marco normativo internacional	36
4.2. Marco normativo nacional	38
4.3. Las políticas públicas de México en materia de adicciones en el ámbito laboral	41
<b>V. Encuesta Nacional de Adicciones 2008: análisis de resultados en población económicamente activa</b>	<b>44</b>
5. ¿Cómo es actualmente el consumo de tabaco, alcohol y drogas de la población trabajadora en México?	44
5.1. Población económicamente activa (PEA)	45
- Características de la población económicamente activa	45
5.2. Consumo de Tabaco en población económicamente activa	46
- Edad de inicio y razones para el consumo de tabaco	46
- Consumo de 100 cigarrillos alguna vez en la vida	47
- Fumadores actuales, exfumadores y no fumadores en población económicamente activa	48
- Indicadores de adicción y dependencia	49
- Exposición al humo de tabaco en la población económicamente activa que nunca ha fumado	51
- Opinión acerca de las áreas libres del humo del cigarro en lugares públicos	52
- Conclusiones	53
5.3. Consumo de alcohol en población económicamente activa	54
- Abuso/dependencia al alcohol	56
- Conclusiones	57
5.4. Consumo de drogas en población económicamente activa	58
- Consumo de drogas y características demográficas	59
- Prevalencia por tipo de droga	62
- Dependencia a drogas	62
- Consumo de drogas y ocupación	62
- Consumo de drogas y seguridad social	64
- Conclusiones	66
<b>Referencias</b>	<b>67</b>
<b>Glosario</b>	<b>69</b>
<b>Anexo A. Cédula de Referencia de Casos</b>	<b>73</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>74</b>

# Mensaje del C. Secretario de Salud

El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en México constituye uno de los problemas de salud pública más desafiantes en la actualidad. La edad en que se inicia el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas tiende a disminuir y las consecuencias del consumo se extienden a todos los sectores de la población.

En el ámbito laboral, el consumo de sustancias que producen adicción muestra gran relevancia por la magnitud del impacto que tiene tanto en la población económicamente activa como en sus familiares, en la comunidad, en los servicios de salud y particularmente en la planta productiva del país, por lo que uno de los principales retos es involucrar a los tres órdenes de gobierno: *federal, estatal y municipal*, en coordinación con los sectores productivos, para incidir de manera directa en los lugares de trabajo con acciones de prevención y atención de las adicciones.

El eje de este reto consiste en encontrar los mecanismos más eficientes para trabajar de manera conjunta y coordinada con los diferentes sectores, involucrando tanto a las autoridades de salud y del trabajo como a los sindicatos, a los empleadores y, desde luego, a los propios trabajadores.

De igual manera, será fundamental vincularse con la red de servicios de prevención y tratamiento de las adicciones, constituida principalmente por los Centros **NUEVA VIDA** y los Centros de Integración Juvenil, ya que esta vinculación será la base para contar con el apoyo de todas las instituciones públicas y privadas que previenen y atienden problemas por el uso, abuso y dependencia de tabaco, alcohol y otras drogas en el país.

En este sentido la Organización Internacional de Trabajo (OIT), ha establecido principios generales que deben estar incluidos en las políticas públicas de prevención laboral, “con el fin de orientar a todos los encargados de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas en el trabajo”<sup>1</sup>.

En este marco se encuentran los *Lineamientos hemisféricos* en prevención laboral, elaborados por el Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD-OEA), cuyos principios y recomendaciones se han adoptado en los presentes ***Lineamientos para la Prevención y Atención de las Adicciones en el Ámbito Laboral Mexicano***. Su propósito general consiste en mejorar las condiciones de seguridad y protección en el trabajo ante un problema de consumo, uso, abuso o dependencia de tabaco, alcohol y otras drogas, entendidos como enfermedades y como problemas de salud pública, así como mejorar la calidad de vida de los trabajadores y de sus familias y contribuir a la disminución de los factores de riesgo asociados con el ámbito laboral.

Con el presente documento se ratifica el compromiso federal de impulsar nuevas políticas públicas en materia de reducción de la demanda de drogas, y se deja un precedente para que las siguientes administraciones continúen coadyuvando en la búsqueda de alternativas para que los trabajadores mexicanos y sus familias puedan vivir cada vez mejor.

**Dr. José Ángel Córdova Villalobos**

<sup>1</sup> Organización Internacional del Trabajo (1996). *Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT*, Ginebra, Suiza, p. VI.

# Introducción

Los *Lineamientos para la Prevención y Atención de las Adicciones en el Ámbito Laboral Mexicano* que aquí se presentan, se han establecido por medio de acuerdos entre diferentes instancias involucradas en la misión de brindar a los trabajadores la posibilidad de acceder a servicios especializados para la prevención y la atención de problemas de salud generados por el uso, abuso y dependencia al tabaco, al alcohol y a otras drogas, sin menoscabo de su situación laboral.

Al ser desarrollados por el *Grupo Técnico de Adicciones en el Ámbito Laboral de la Mesa Tripartita Trabajo Digno*, que coordina la Subsecretaría de Inclusión Laboral de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, estos lineamientos constituyen recomendaciones que pueden ser adoptadas coordinadamente tanto por los sectores salud y del trabajo, como por organismos sindicales y empresariales, dado que se sustentan en criterios de pertinencia, calidad y oportunidad, aunque no necesariamente implican obligatoriedad para las instituciones u organizaciones participantes. Sus objetivos generales consisten en:

- Promover una política pública interinstitucional en materia de prevención del uso, abuso y dependencia del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, así como de la atención de las adicciones y de los problemas de salud ocasionados por el consumo en los ámbitos laborales, mediante el impulso de acciones coordinadas de los sectores público, social y privado, a nivel federal y estatal.
- Establecer criterios basados en la mejor evidencia científica para orientar la realización de acciones eficientes para la prevención del uso, abuso y dependencia de tabaco, alcohol y otras drogas en el ámbito laboral, a fin de mejorar la calidad de vida de los trabajadores y sus familias, así como mejorar el ambiente organizacional.
- Sensibilizar al sector empresarial sobre el impacto del problema del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en el ámbito laboral, para generar conciencia sobre los beneficios que tendría a nivel costo-efectividad, apoyar el abordaje de dicha problemática en el mismo escenario laboral.
- Asegurar la condición laboral de los trabajadores en quienes sea detectado el uso, abuso y/o dependencia de drogas, por medio de la confidencialidad de la información obtenida durante la ejecución del proyecto de intervención.

## Objetivos específicos:

- Disponer de una guía específica en el ámbito laboral para orientar el desarrollo de acciones preventivas del uso, abuso y dependencia de drogas entre la población trabajadora, y para la derivación de casos a instituciones especializadas para su tratamiento, a fin de garantizar la calidad y efectividad de la intervención.
- Promover la designación de un agente preventivo, que puede ser el responsable de seguridad y salud en el trabajo (figura establecida en el Art. 4.1 de la *Norma Oficial Mexicana, NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo-funciones y actividades*), para que incorpore en el programa de seguridad y salud en el trabajo, o en las relaciones de acciones preventivas y correctivas de seguridad y salud en el trabajo, las acciones y programas para la prevención integral de las adicciones que recomienden o dicten las autoridades competentes (dispuestas en la *Guía de Recomendaciones para la Promoción de la Salud y Prevención de las Adicciones en los Centros de Trabajo*), así como realizar el seguimiento de los avances en su implementación.

- Garantizar la referencia de casos que lo requieran en la red de servicios de prevención y tratamiento de las adicciones, por medio de la Cédula de Referencia.
- Contar con indicadores de seguimiento sobre las empresas beneficiadas, las trabajadoras y los trabajadores atendidos y sobre la cobertura de atención en los servicios de salud, generada a partir de la aplicación de programas de intervención con base en los presentes *Lineamientos*.

En todo momento se requiere estimular la sensibilidad del sector empresarial sobre la magnitud del problema del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en el ámbito laboral y generar mayor conciencia entre los empresarios mexicanos sobre los beneficios que tendría a nivel costo-efectividad apoyar el abordaje de dicha problemática en el mismo escenario laboral. Para ello, la Campaña Nacional de Información para una **NUEVA VIDA** ha desarrollado una estrategia de intervención específica con el objeto de lograr una conciencia sobre la importancia de abordar la prevención de las adicciones en el ámbito laboral. De acuerdo con sus facultades legales, el sector público puede apoyar en la gestión y promoción de la estabilidad laboral de las trabajadoras y los trabajadores en quienes sea detectado el uso, abuso y/o dependencia de sustancias adictivas, manteniendo la confidencialidad de la información obtenida durante la ejecución del proyecto de intervención y motivando al trabajador para que acepte participar en su proceso de prevención, tratamiento y/o rehabilitación.

# I. La prevención y atención de las adicciones como prioridad para el ámbito laboral



## 1. Actualidades en prevención y atención de las adicciones

El uso, abuso y dependencia de tabaco, alcohol y otras drogas entre la población trabajadora constituye un importante problema de salud, el cual también se relaciona con la dinámica productiva y la vida social y familiar de quienes lo presentan.

En términos generales, el abuso y la dependencia de tabaco, alcohol y de otras drogas afecta seriamente la salud, la calidad de vida y el rendimiento del trabajador, disminuyendo la calidad de su trabajo, la de su equipo, su productividad y la de la empresa. Asimismo, es causa frecuente de conflictos del trabajador con sus superiores y/o con sus pares, ausentismo laboral, accidentes e incapacidad por enfermedades asociadas al consumo, por no mencionar los daños a la planta laboral que en ocasiones se producen como consecuencia de los accidentes de trabajo.

Los costos sociales por la carga de alguna enfermedad asociada al consumo de estas sustancias son otro aspecto a considerar en materia de prevención y atención integral de la población trabajadora. El impacto social ocasionado por la muerte prematura, la pérdida de años de vida saludable, la co-morbilidad y el deterioro de la salud del trabajador, se

refleja en problemas como violencia familiar, delincuencia, accidentes de tránsito y en el hogar; así como en un fuerte gasto económico y social por la sobre-utilización de los servicios de salud.

Es por ello que en el contexto internacional y nacional se ha cobrado conciencia de la necesidad de impulsar el desarrollo e instrumentación de intervenciones costo-efectivas, basadas en evidencias que contribuyan desde el ámbito laboral a la disminución de los problemas relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, particularmente desde el punto de vista de la prevención.

### 1.1. Conceptos básicos de adicciones

Para comprender el tema de las adicciones, desde una perspectiva amplia es importante conocer algunos términos y conceptos particulares, como los que se mencionan a continuación.

#### - ¿A qué le llamamos salud?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un completo estado de bienestar en los aspectos físicos, mentales y sociales” y no solamente como la ausencia de enfermedad. Esta definición forma parte de la Declaración

de Principios de la OMS desde su fundación en 1948, y en esa misma declaración se reconoce *que la salud es uno de los derechos fundamentales de los seres humanos, y que lograr el más alto grado de bienestar depende de la cooperación de individuos y naciones y de la aplicación de medidas sociales y sanitarias*<sup>2</sup>. En esta definición se destacan:

- La igualdad de los conceptos de bienestar y de salud.
- La integración de los aspectos sociales, psíquicos y físicos en un todo armónico.
- La adopción de un marco común para el desarrollo de políticas de salud por parte de los países firmantes.

La salud debe entenderse como un estado que siempre es posible de mejorar y que implica considerar la totalidad de los individuos, relacionados entre sí y con el medio ambiental en que viven y trabajan. En este contexto, el trabajo es una fuente de salud.

Gracias al trabajo, las personas logramos acceder a una serie de cuestiones favorables que nos ayudan a mantener un buen estado de salud. Una comunidad o un país mejoran el nivel de salud de su población cuando aseguran que todas las personas en condiciones de trabajar puedan acceder a un empleo que satisfaga no sólo sus necesidades económicas básicas, sino que llene también los otros aspectos positivos del trabajo, por ejemplo:

- **Salario:** El salario permite la adquisición de los bienes necesarios para la mantención y mejoramiento del bienestar individual y grupal; en las formas de trabajo no asalariado, el producto del trabajo puede servir directamente para satisfacer una necesidad o ser intercambiado por otros bienes.
- **Actividad física y mental:** Los seres humanos necesitamos mantenernos en un adecuado nivel de actividad física y mental, en forma integrada y armónica, para conservar nuestro nivel de salud; en ese sentido, cualquier trabajo es mejor para la salud que la falta de trabajo.
- **Contacto social:** Un adecuado bienestar social es imposible sin un contacto con otros, que a su vez tiene múltiples beneficios: cooperación frente a necesidades básicas, apoyo emocional, desarrollo afectivo, etc.
- **Desarrollo de una actividad con sentido:** El trabajo permite que las personas podamos “ser útiles” haciendo algo que estamos en condiciones de hacer y que sirve a una finalidad social; desde ese punto de vista, el trabajo permite desarrollar un sentido de “pertenencia” a la comunidad y sentirse satisfecho con sus resultados.
- **Producción de bienes y servicios necesarios para el**

*bienestar de otros individuos y grupos:* Todos los trabajos producen algo para otros, por lo tanto, mejoran el bienestar de los demás.

Sin embargo, un ambiente laboral inadecuado también puede causar daño a la salud. Las condiciones sociales y materiales en que el trabajo se realiza pueden afectar el estado de bienestar de las personas en forma negativa. Los daños a la salud más evidentes y visibles son los accidentes del trabajo. De igual importancia son las enfermedades profesionales, aunque se sepa menos de ellas. Los daños a la salud por efecto del trabajo resultan de la combinación de diversos factores y mecanismos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce que el lugar de trabajo debe ser un entorno prioritario para la promoción de la salud, en tanto que estar en un ambiente de trabajo saludable es un bien preciado y un factor de protección, lo que indudablemente contribuye a incrementar la productividad laboral<sup>3</sup>.

### - ¿Qué es una droga?

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999), define droga como “toda sustancia que, al ser introducida en un organismo vivo y actuar sobre su sistema nervioso central, puede modificar una o varias de sus funciones físicas y psíquicas”; por ejemplo, su estado de ánimo, su pensamiento, su forma de actuar y su coordinación motora<sup>4</sup>. Otras características de las drogas son:

- Inducen a las personas que las toman a seguir consumiéndolas, por los efectos que provocan.
- Pueden provocar gran malestar físico y psíquico cuando las personas dejan de consumirlas.
- No tienen ninguna aplicación médica, y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

En materia de adicciones, el término *droga* se refiere al concepto de *sustancia psicoactiva o psicotrópica*, es decir, una sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Estos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud (mariguana y sus derivados, cocaína y sus derivados, heroína y derivados del opio); aquéllas de uso médico, las de uso industrial, las

<sup>2</sup> Parra, Manuel. *Conceptos básicos en salud laboral*. Santiago, Oficina Internacional del Trabajo, 2003. ISBN 92-2-314230-X. En: <http://www.oit Chile.cl/pdf/publicaciones/ser/ser009.pdf>

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2000). *Relatoría. Taller Estrategia de Promoción de la Salud de los Trabajadores en América Latina y el Caribe. Temas: Empresas, Centros y Puestos de Trabajo Saludables. Anexo 6: Estrategia de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo de América Latina y el Caribe. Versión revisada, marzo de 2000*. Autor. División de Salud y Ambiente. Programa Regional de Salud de los Trabajadores. Con la colaboración de la Red de Empresas, Centros y Puestos de Trabajo Saludables HeCONE. San José, Costa Rica, marzo 15-17, p. 4.

<sup>4</sup> OMS. (1999). *Partners in Life Skills Education. Conclusions from a United Nations Inter-Agency Meeting*.

derivadas de elementos de origen natural, las de diseño, así como el tabaco y el alcohol<sup>5</sup>.

En la mayoría de los textos los conceptos *droga* y *sustancia psicoactiva* aparecen como sinónimos, y en este documento se usa el término de *droga* por ser coloquialmente más utilizado. El uso de las drogas puede ser lícito o ilícito. Se emplea el término “droga ilegal” o “ilícita” al hablar de aquellas que no están bajo un control internacional, que son producidas, traficadas y consumidas fuera del marco legal<sup>6</sup>. En México solamente se permite el consumo de tabaco y alcohol que, por cierto, son las dos drogas con mayor número de consumidores y dependientes en el mundo.

### - Efectos de las drogas

Existen diversas formas de clasificar las drogas, por ejemplo: legales e ilegales, con base en un marco jurídico; duras o blandas, por el nivel de dependencia o farmacológica por los efectos que tienen. Esta última clasificación es la más utilizada, divide a las drogas por su acción farmacológica en tres grandes grupos claramente diferenciados por sus efectos sobre el sistema nervioso central: estimulantes, depresores y alucinógenos<sup>7</sup>.

Efectos Farmacológicos de las Drogas		
Grupo	Drogas	Efectos Sobre el Organismo
Estimulantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimulantes mayores: cocaína en polvo (clorhidrato de cocaína) y base libre (crack), anfetaminas, metanfetaminas y MDMA (éxtasis).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimulantes Activan el sistema nervioso central.</li> <li>Provocan euforia, insomnio, depresión, ansiedad, irritabilidad, inquietud, disminución del apetito y desnutrición.</li> <li>Aumentan la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y la presión arterial, ocasionan temblor de manos, movimientos musculares involuntarios, problemas cardíacos, respiratorios, neurológicos y adicción.</li> </ul>
Depresores	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alcohol</li> <li>Tranquilizantes o sedantes</li> <li>Hipnóticos (drogas que inducen el sueño)</li> <li>Éxtasis líquido (GHB)</li> <li>Disolventes inhalables (pegamentos, acetonas)</li> <li>Sustancias derivadas del opio (morfina, heroína y codeína).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disminuyen el funcionamiento del sistema nervioso central.</li> <li>Provocan estimulación inicial seguida de una depresión de mayor duración, problemas de coordinación motora, lenguaje desarticulado, deterioro del equilibrio, mareos, sueño, desinhibición social, disminución de funciones mentales superiores (atención, juicio, razonamiento, memoria, coordinación e inteligencia)</li> <li>Deprimen el estado de ánimo y generan adicción.</li> </ul>
Alucinógenos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lisergida (LSD)</li> <li>Psilocibina (presente en hongos alucinógenos)</li> <li>Mezcalina (peyote)</li> <li>Anestésicos disociativos (fenciclidina o polvo de ángel)</li> <li>Ketamina</li> <li>Mariguana (cannabinoides).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pueden disminuir o activar el sistema nervioso central, sus características principales son que provocan una percepción distorsionada del tiempo y del espacio, dificultad para distinguir entre la realidad y la fantasía, mezcla de percepciones sensoriales (oír colores), percepción esporádica de episodios en los que se reviven los efectos que se tuvieron por la droga sin que ésta se encuentre presente en el organismo (flashbacks), ataques de pánico y cambios bruscos en el estado de ánimo.</li> </ul>

Fuentes: Cruz, Silvia. (2007). *Los efectos de las drogas: De sueños y de pesadillas*. Edit. Trillas. Velasco, R. (2007). *Las adicciones: manual para maestros y padres*. Edit. Trillas.

<sup>5</sup> Secretaría de Salud. (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, *Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. Diario Oficial de la Federación.  
<sup>6</sup> Encuesta Nacional de Adicciones (1998). Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría. México.

<sup>7</sup> Cruz, Silvia. (2007). *Los efectos de las drogas: De sueños y de pesadillas*. Editorial Trillas.

## 1.2. Del consumo a la dependencia (adicción)

Una **adicción o dependencia** a drogas no se manifiesta de manera inmediata, implica un proceso que comprende una serie de fases que van desde un uso de la droga, pasando por un abuso hasta llegar a la dependencia<sup>8</sup> (Martín del Moral y Lorenzo, 2003).

**Figura 1.** Fases del proceso adictivo: uso, abuso y dependencia



Se dice que existe *uso de drogas* cuando se trata de un consumo ocasional y esporádico que no conlleva consecuencias mayores porque no es frecuente. Sin embargo; cuando una persona ya *abusa de una droga*, puede incumplir con sus obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa, consumir en situaciones riesgosas (por ejemplo, conducir un automóvil después de beber), y empieza a presentar problemas legales, sociales o familiares relacionados con el consumo.

En general todas las drogas, en mayor o menor medida, son capaces de generar dependencia física, psicológica o ambas, y en muchos casos ocasionan un grave deterioro en quien las consume, en su familia y en su entorno. El tiempo de consumo que se requiere para desarrollar dependencia a una droga puede variar según las características personales de quien la consume, el tipo de sustancia, la cantidad y la frecuencia<sup>9</sup>.

La *adicción o dependencia a drogas* consiste en un estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga. Se caracteriza por la modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por consumir dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y evitar el malestar producido por la privación<sup>10, 11</sup>.

Al hablar de dependencia se han utilizado diferentes términos con base en la sustancia consumida: *alcoholismo* se define como un síndrome de dependencia al alcohol etílico; *tabaquismo* como la dependencia al tabaco, y *farmacodependencia* como la dependencia a una o más drogas. Los criterios diagnósticos internacionales para saber si una persona es dependiente a una droga son al menos tres de los siguientes<sup>12</sup>:

### Criterios para identificar dependencia o adicción al tabaco, alcohol y otras drogas

- **Tolerancia.** La persona requiere de consumir cantidades cada vez mayores de droga para experimentar los efectos deseados.
- **Síndrome de abstinencia.** Estado de malestar físico y psíquico caracterizado por ansiedad, sudoración, taquicardias, alucinaciones, temblores y otros, se presenta al interrumpir bruscamente el consumo de la droga.
- **Consumo de la droga en cantidades o periodos de tiempo mayores de lo que se pretende.**
- **Intentos fallidos por dejar la droga.**
- **Empleo de mucho tiempo en conseguir, consumir y recuperarse de los efectos de la droga.**
- **Abandono de otras actividades sociales, laborales o recreativas.**
- **Consumo de la droga a pesar de todos los problemas que esto le ocasiona.**

## 1.3. Consecuencias de las adicciones en el ámbito laboral

Asimismo, la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD), estima que entre 155 y 250 millones de personas entre 15 y 64 años en todo el mundo (entre 3.5 y 5.7 por ciento, respectivamente) -1 de cada 20 personas en edad de trabajar- consumieron drogas ilícitas en 2008<sup>13</sup>.

De acuerdo con el Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente de la OIT, cada 15 segundos

<sup>8</sup> Martín del Moral, M. & Lorenzo, P. (2003). *Conceptos fundamentales en drogodependencias*. En P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza & I. Lizasoain (eds.). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana. 3-25.

<sup>9</sup> Martín del Moral, M. & Lorenzo, P. (2003). *Conceptos fundamentales en drogodependencias*. En P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza & I. Lizasoain (eds.). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana. 3-25.

<sup>10</sup> Secretaría de Salud. (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Diario Oficial de la Federación.

<sup>11</sup> National Institute of drug abuse. National Institutes of Health (2008). *Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento: la ciencia de la adicción*.

<sup>12</sup> American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (fourth edition). Washington: APA.

<sup>13</sup> Naciones Unidas. Oficina contra la Droga y el Delito (2011). *Informe Mundial sobre las Drogas 2010*. Viena, Austria. En: [http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2010/EXECUTIVE\\_SUMMARY\\_-\\_SP.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2010/EXECUTIVE_SUMMARY_-_SP.pdf)

un trabajador muere a causa de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo. Cada 15 segundos 160 trabajadores tienen un accidente laboral. Cada día mueren 6 mil 300 personas a causa de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo: más de 2 millones 300 mil muertes por año. Anualmente ocurren más de 337 millones de accidentes en el trabajo, muchos de estos accidentes resultan en absentismo laboral. El coste de esta adversidad diaria es enorme y la carga económica de las malas prácticas de seguridad y salud se estima en un 4 por ciento del Producto Interior Bruto global de cada año.

Asimismo, la OIT reconoce que más de 50 millones de personas en el mundo presentan dependencia a tabaco, alcohol y a otras drogas: entre 12 y 15 por ciento de adultos consume alcohol con patrones de consumo de riesgo y 70 por ciento de los consumidores de alcohol y otras drogas tiene un empleo, pero su rendimiento laboral es 30 por ciento menor, probablemente como consecuencia de este consumo.

Asimismo, el ausentismo laboral es de tres a cuatro veces superior respecto de quienes no consumen, reciben cinco veces más sanciones disciplinarias, recurren tres veces más a prestaciones por enfermedad y presentan cinco veces más solicitudes de indemnización que el resto de los trabajadores, en tanto que 10 por ciento de los accidentes en los centros de trabajo se relaciona con trabajadores que presentan dependencia a tabaco, alcohol y a otras drogas, o que se encontraban intoxicados al momento de ocurrir el accidente<sup>14</sup>.

Para esta organización, el trabajo representa la actividad fundamental para el bienestar de las personas, provee de ingresos y contribuye al progreso social y económico de la sociedad, fortaleciendo a los individuos, a sus familias y a la comunidad. De igual manera, señala que la prevención del consumo de sustancias lícitas e ilícitas en los ámbitos laborales demuestra cómo esta política laboral dirigida a ayudar a individuos con problemas derivados del consumo de alcohol y otras sustancias relacionadas, tiene resultados muy favorables y benéficos tanto para las trabajadoras y los trabajadores, como para sus empleadores<sup>15</sup>.

**Daños a la salud por el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas**

<p>Tabaco</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Según la Organización Mundial de la Salud el consumo de tabaco es la segunda causa principal de mortalidad. Actualmente provoca una de cada 10 defunciones de adultos en el mundo (5 millones de defunciones por año) (OMS, 2010).</li> <li>• El costo económico del consumo de tabaco es muy alto, además de los elevados gastos de salud pública relacionados con el tratamiento de enfermedades causadas por el tabaco, mata a las personas estando en edad productiva, privando a las familias de su sustento y a las naciones de una fuerza de trabajo sana (OMS, 2010).</li> <li>• En México, más de 53 mil personas fumadoras mueren al año por enfermedades asociadas al tabaquismo, al menos 147 defunciones diarias, una cada 10 minutos (SS y CONADIC, 2006).</li> </ul>
<p>Alcohol</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El consumo de alcohol es el origen de más de 60 tipos de enfermedades y lesiones. El alcohol es responsable de causar serios problemas y daños sociales, mentales y emocionales, como criminalidad y violencia familiar, con elevados costos para la sociedad (Monteiro, 2008).</li> <li>• El consumo de alcohol es la principal causa de los accidentes automovilísticos en México y está detrás del 70 por ciento de las muertes que ocurren en las carreteras de este país. Los accidentes automovilísticos ocupan el primer lugar en las causas de muerte entre jóvenes de 15 a 30 años y el tercero entre personas de 30 a 45 años (SS, 2008).</li> </ul>
<p>Otras drogas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Además de las consecuencias negativas que conlleva el consumo de drogas a la salud de los individuos, el consumo de drogas acarrea de manera indirecta problemas sociales de violencia como el narcotráfico (PGR, 2008).</li> <li>• En México el número de personas asesinadas por asuntos relacionados con el narcotráfico llegó a los 5 mil 400 en 2008, duplicando la cifra de fallecidos registrados durante 2007, cuando murieron 2 mil 447 personas. Aspecto que demuestra el crecimiento del problema (PGR, 2008).</li> </ul>

Fuentes: OMS. (2010). Recuperado el 15 de enero de 2010, de ¿Por qué el tabaco es una prioridad de salud pública? <http://www.who.int/tobacco/es/> Secretaría de Salud [SS], Consejo Nacional contra las Adicciones [CONADIC]. (2006). *México contra el tabaquismo*. Documento ejecutivo.  
 Monteiro, M., G. (2008). Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.  
 Secretaría de Salud [SS], Consejo Nacional contra las Adicciones [CONADIC]. (2008). *Guía Práctica y sencilla para el Promotor NUEVA VIDA*. Procuraduría General de la República. (2008). Recuperado el 08 de febrero de 2010, de México eleva a 5 mil 400 los muertos por narcotráfico, más del doble que hace un año. [http://www.elpais.com/articulo/internacional/Mexico/eleva/5400/muertos/narcotrafico/doble/hace/ano/elpepuint/20081209elpepuint\\_5/Tes](http://www.elpais.com/articulo/internacional/Mexico/eleva/5400/muertos/narcotrafico/doble/hace/ano/elpepuint/20081209elpepuint_5/Tes)

<sup>14</sup> Secretaría del Trabajo y Previsión Social/Secretaría de Salud. (2009). Mensaje de Bienvenida del Lic. Javier Lozano Alarcón, Secretario del Trabajo y Previsión Social. En: *Memorias del Foro Nacional: Situación actual y retos para enfrentar las adicciones en el ámbito laboral*, 23 de abril de 2009. En: <http://confe.org/blog/media/blogs/eventos/programasituacionactual1.pdf>

<sup>15</sup> Organización Internacional de Trabajo. (1996). *Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT*. Ginebra, Suiza. P V-VI. En: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms\\_112634.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_112634.pdf)

## 1.4. Entre el riesgo y la protección

Es importante que los programas de prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas se enfoquen a incrementar los factores de protección y a disminuir los factores de riesgo, identificando aquéllos que son específicos del ámbito laboral y sobre los cuales será indispensable intervenir y focalizar más las estrategias en las dimensiones más simples de enfrentar.<sup>16</sup>

Los factores de riesgo y de protección pueden analizarse desde la dimensión personal, el entorno social inmediato y el entorno sociocultural de la persona; son dinámicos e inciden probabilísticamente, pero no determinan el consumo. De igual manera, es importante destacar que existe una relación directa entre la persona, la familia y el trabajo.<sup>17</sup>

“Un factor de protección consiste en un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o el paso de un menor a un mayor consumo.<sup>18</sup> Algunos factores de protección con los que puede contar una persona son: temperamento positivo; flexibilidad; contar con familias que propicien apoyo emocional; padres que proporcionan atención a los hijos; tener relaciones ordenadas y estructuradas; contar con habilidades sociales y con características como la sensibilidad, la empatía, la bondad, sentido del humor, inclinación a una conducta en pro de la sociedad; tener un proyecto de vida personal.<sup>19</sup>

Por el contrario, como factor de riesgo se entiende un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (Clayton, 1992). En este caso, algunos factores de riesgo pueden ser la predisposición genética, la presencia de enfermedades físicas o mentales, baja autoestima, falta de metas personales o proyecto de vida, escasa tolerancia a la frustración, bajo control de los impulsos, dificultad para expresar emociones, compartir el tiempo libre o manejar el estrés, falta de habilidades sociales como la asertividad, poca capacidad para resolver problemas, actitud favorable hacia las drogas, falta de habilidades comunicativas, etc.<sup>20</sup>

También hay que considerar otros factores de riesgo, como la imposibilidad de tener modelos de identificación más sanos de los que algunas veces pueden tener en su historia y entorno, el peso de la presión social en el entorno familiar, la imposibilidad que pueden tener para recibir ayuda u orientación profesional respecto a sus depresiones crónicas o problemas, etc.

Es de suma importancia saber detectar los factores de riesgo y de protección que están influyendo en los trabajadores y en la empresa, ya que puede propiciarse una modificación conductual o del medio ambiente con el objetivo de limitar los factores de riesgo y a su vez reforzar los de protección, y promover el desarrollo de nuevos.

En este sentido, la Campaña Nacional de Información para una **NUEVA VIDA**, con sus estrategias busca el desarrollo de habilidades en diferentes esferas como la cognitiva, el manejo de emociones, y las sociales para favorecer el desarrollo integral de las personas. También informa a las personas sobre temas que coadyuvan a la reducción de conductas desadaptativas que pueden propiciar el consumo de drogas. Ejemplo de ellos son las estrategias encaminadas a la educación para las relaciones entre padres/madres e hijos/hijas, así como psicoeducación sobre las diferencias entre hombres y mujeres frente al consumo de alguna sustancia. Los factores de riesgo individuales se relacionan con rasgos genéticos, características de la personalidad como la tolerancia a la frustración, habilidades comunicativas, grado de impulsividad, creencias y actitudes, habilidades sociales, situaciones particulares de la vida, etc., que pueden colocar al sujeto en una mayor vulnerabilidad para enfrentar las presiones del consumo.<sup>21</sup>

En el ámbito laboral, es de suma importancia el ambiente que se genera en los espacios de trabajo, así como las condiciones de trabajo físicas, materiales y sociales. Las relaciones interpersonales y del grupo también ejercen influencia al momento de iniciar o mantener el consumo de alguna sustancia psicoactiva.<sup>22</sup>

<sup>16</sup> Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). (S/f). *Manual de Prevención del Consumo de Drogas en el Mundo Laboral*, 2002. Santiago de Chile. Autor. Disponible en: [http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/Manual\\_prevencion\\_drogas\\_ambito\\_laboral\\_CONACE2002.pdf](http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/Manual_prevencion_drogas_ambito_laboral_CONACE2002.pdf)

<sup>17</sup> Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Organización de los Estados Americanos. (2008). *Op. cit.*, p. 16.

<sup>18</sup> Clayton, R.R. (1992). *Transitions in drug use: Risk and protective factors*. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.). *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC, American Psychological Association.

<sup>19</sup> Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Organización de los Estados Americanos. (2008). *Op. Cit.*, p. 18.

<sup>20</sup> Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Organización de los Estados Americanos. (2008). *Op. cit.*, p.18.

<sup>21</sup> Idem, p. 16.

<sup>22</sup> Idem, p. 18.

### Algunos factores de riesgo específicos del ámbito laboral o del clima organizacional:<sup>23</sup>

- Manejo de sustancias químicas psicoactivas sin las protecciones necesarias (pegamentos, aerosoles, inhalables, etc.).
- Turnos que alteran el ciclo de sueño-vigilia (turnos de trabajo nocturnos o demasiado largos que exigen mantenerse alerta).
- Trabajos repetitivos y escasamente motivadores (como cadenas de producción).
- Fácil disponibilidad de alcohol (empresas productoras, distribuidoras, restaurantes, etc.)
- Fácil disponibilidad de sustancias lícitas o ilícitas (laboratorios, centros de atención de salud, instituciones de control de tabaco, alcohol y otras drogas, etc.)
- Inestabilidad en el empleo.
- Estrés laboral o ambiente estresante (orientado sólo a metas).
- Traslado frecuente de puesto de trabajo.
- Condiciones climatológicas adversas (mucho frío o calor).
- Contaminación y toxicidad ambiental.
- Trabajos aislados sin contacto con compañeros.
- Estilos de supervisión o liderazgo inadecuados.
- Existencia de microtráfico en el lugar de trabajo.
- Cultura organizacional que tolera el consumo.
- Exigencias de rendimiento demasiado alto o demasiado bajo.

Fuente: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Organización de los Estados Americanos. (2008). *Op. cit.*, p. 19

Muchas veces la presión laboral también puede constituir un factor de riesgo para el trabajador; por ejemplo, el hostigamiento, la competencia, el afán de ascender en la escala laboral y ocupar mejores puestos, pueden desencadenar un resentimiento crónico derivado de sentir que es minusválido en sus capacidades, que no se le paga bien, la incertidumbre que provocan los tiempos de crisis, etc. Asimismo, existen factores específicos del ámbito laboral que pueden ser de protección, por lo cual es necesario tomarlos en cuenta y potencializarlos:<sup>24</sup>

- Una cultura organizacional sana y de no consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Comunicación fluida con los compañeros y jefaturas.
- Reconocimiento y valoración explícita de las jefaturas, por el trabajo y esfuerzo realizado por los trabajadores.
- Incorporación al horario laboral de una sesión breve para realizar ejercicios de respiración, estiramientos, relajación, etc. (*Pausa para la Salud*)<sup>25</sup>
- Creación de espacios recreativos para compartir con los compañeros o la familia.
- Diseño e implementación de una política de prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas dentro de la organización.
- Clima laboral acogedor, seguro y estable.
- Condiciones ambientales satisfactorias, existencias de

los recursos materiales, de seguridad o de condiciones laborales y remuneraciones adecuadas.

- Rotación en los turnos y/o cambios nocturnos previstos con suficiente antelación, permitiendo que el trabajador pueda organizar su vida personal y familiar.
- Tiempos suficientes de descanso, intentando respetar al máximo los ritmos de sueño.
- Promoción de un rendimiento adecuado en el trabajo.
- Servicios de bienestar para los trabajadores y sus familias.

## 1.5. Estrategias para la prevención de adicciones

El Modelo de Atención adoptado por la red de los Centros **NUEVA VIDA**, parte del principio de que la prevención puede desarrollarse en tres modalidades de intervención, por lo que es importante identificar cuál es el nivel más apropiado en función del nivel de consumo<sup>26</sup>:

**Prevención universal.** Se dirige a la población en general o a un amplio grupo de personas que no están identificadas a partir de un riesgo individual. Estos programas tratan de fomentar habilidades para la vida y clarificar los valores, con el fin de impedir o retrasar la edad de inicio en el consumo del tabaco, alcohol y otras drogas.

**Prevención selectiva.** Está dirigida a personas que pueden ya haber reportado consumo, aunque sea esporádico o circunstancial, pero que pueden estar en riesgo de presentar un consumo cada vez mayor y, en consecuencia, adquirir una adicción. Su acción se basa en evitar el consumo problemático de las sustancias psicoactivas.

**Prevención indicada.** Dirigida a personas que ya han mostrado indicios de consumo de sustancias psicoactivas y otros problemas de conducta asociados (bajo rendimiento escolar o laboral, ausencias en clases o en el trabajo, agresividad, etc.). Entre los objetivos que se pretenden cumplir con la prevención<sup>27</sup> destacan:

1. Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
2. Limitar el número y el tipo de sustancias utilizadas.
3. Evitar la transición del uso de sustancias hacia el abuso y dependencia.
4. Disminuir las consecuencias del consumo entre quienes consumen o quienes ya tienen problemas de abuso o dependencia.

<sup>23</sup> Idem, p. 19.

<sup>24</sup> Idem, p. 20.

<sup>25</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. (23 de junio de 2008). *Comunicado de la Coordinación de Comunicación Social No. 242. Erradicar el sedentarismo: Otro reto del Seguro Social.* México.

<sup>26</sup> Secretaría de Salud. (2009). *Modelos de Atención UNEME-CAPA. Centros de Atención Primaria en Adicciones NUEVA VIDA.* México, p. 15.<sup>24</sup> Idem, p. 20.

<sup>27</sup> Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias.* Madrid. Plan Nacional sobre Drogas.

5. Potenciar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para el consumo de drogas.
6. Modificar las condiciones del entorno sociocultural y proporcionar alternativas de vida saludables.

De acuerdo con estos objetivos y considerando los principios teóricos de la prevención en materia de adicciones, los niveles de intervención que corresponden a cada nivel de consumo o del proceso adictivo se resumen en la siguiente tabla:

Nivel de consumo	Modalidad de intervención
Abstinencia	Prevención universal
Grupos con mayor riesgo de consumo	Prevención selectiva
Consumo experimental	Prevención selectiva o indicada
Abuso sin dependencia	Prevención indicada o intervención breve
Dependencia	Tratamiento especializado

Ejemplos de actividades que ya se realizan en nuestro país y que corresponden a las distintas modalidades de prevención:

Modalidades de prevención	Actividades que se realizan en México
Universal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Celebración del Día Mundial sin Tabaco</li> <li>• Semana Nacional "Compartiendo Esfuerzos" con Alcohólicos Anónimos</li> <li>• Día Internacional contra el Uso Indevido y Tráfico Ilícito de Drogas</li> <li>• Promoción de lugares y escuelas libres de humo de tabaco</li> <li>• Campaña Nacional de Información para una <b>NUEVA VIDA</b></li> <li>• Campañas en medios masivos de comunicación</li> <li>• Aplicación de programas preventivos en escuelas y comunidades</li> </ul>
Selectiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campaña Nacional de Información para una <b>NUEVA VIDA</b></li> <li>• Acciones para vigilar la no venta de cigarrillos y bebidas alcohólicas a menores de edad</li> <li>• Aplicación de programas especiales para grupos vulnerables</li> <li>• Detección de niños y adolescentes en riesgo de desarrollar adicciones</li> <li>• Detección oportuna e intervención breve para adolescentes que inician el consumo de drogas</li> <li>• Consejería y orientación a personas en riesgo</li> <li>• Promoción de la responsabilidad en el consumo de alcohol</li> <li>• Uso del alcoholímetro</li> </ul>
Indicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campaña Nacional para una <b>NUEVA VIDA</b></li> <li>• Servicios especializados de orientación telefónica</li> <li>• Inclusión de leyendas precautorias y pictogramas en cajetillas de cigarrillos</li> <li>• Servicios de consejería para dejar de fumar</li> <li>• Intervenciones breves para personas que consumen tabaco, alcohol u otras drogas</li> <li>• Aplicación de tratamientos médicos</li> <li>• Vinculación con grupos de ayuda mutua, como Alcohólicos Anónimos, Al-Anon, Al-Ateen</li> <li>• Programas de reducción del daño en usuarios de drogas</li> </ul>

Para lograr una intervención preventiva integral del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, que tenga un impacto positivo tanto en los trabajadores como en los empresarios, es necesario identificar el nivel de consumo entre los trabajadores y utilizar estrategias preventivas de acuerdo a su magnitud.

Los ejes básicos en los que se pueden orientar las acciones de prevención en el ámbito laboral son:

- Acciones informativas y de sensibilización encaminadas a la prevención y dirigidas a diferentes sectores poblacionales.
- Estrategias a desarrollar en el lugar de trabajo para reducir el consumo de drogas, cuyos beneficios se verán reflejados en otros ámbitos de la vida del trabajador.
- Detección oportuna de casos de abuso y dependencia a tabaco, alcohol y otras drogas, intervención precoz y, en su caso, derivación a recursos especializados de tratamientos para que reciban rehabilitación.

Lo anterior, con el objetivo de favorecer el tratamiento de los problemas derivados del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, apoyando a quienes decidan seguir un programa de rehabilitación y estimulando el desarrollo de programas institucionales que arbitran ayudas para la contratación o permanencia en los trabajos de aquellas personas que presenten abuso o dependencia y acudan a programas de rehabilitación.<sup>28</sup>

<sup>28</sup> Centro Argentino de Prevención Laboral en Adicciones (CAPLA). (2009). *La Salud Laboral como Filosofía*. Disponible en: <http://www.trabajosindrogas.com.ar/modules.php?name=News&file=article&sid=94>

## II. Lineamientos para realizar intervenciones preventivas y para la atención de adicciones en el ámbito laboral



### 2. La intervención preventiva de adicciones en ámbitos laborales

Para realizar acciones para la prevención del consumo de tabaco, alcohol u otras drogas, es necesario saber a qué población nos estamos dirigiendo y qué tipo de intervención necesitamos realizar.

Durante la Décima Reunión del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda realizada en noviembre de 2008, se presentó en Santiago de Chile el borrador de los *Lineamientos Hemisféricos de la CICAD en Prevención Laboral*, los cuales se basan en experiencias que ya se han iniciado en el hemisferio y constituyen una aportación importante para países como el nuestro en la búsqueda de soluciones a este problema de salud.

De acuerdo con esos Lineamientos, los principales componentes que deben promover estas experiencias son: investigación; articulación entre entidades clave, tanto a nivel de gobierno como del sector privado y de la sociedad civil; creación de modelos apropiados de intervención que cuenten con materiales educativos; capacitación a equipos clave en el interior de las organizaciones; y la ejecución y evaluación de programas de prevención a nivel nacional, con

aplicación regional, municipal y comunitaria, así como en el entorno laboral del propio individuo<sup>29</sup>.

En esta materia, México ha presidido el Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda de Drogas (período 2009-2010), en tanto que el anterior Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) de la Secretaría de Salud, participó en las reuniones sobre reducción de la demanda de drogas, en apego a sus atribuciones como órgano rector en la conducción de las políticas públicas en materia de tabaquismo, abuso del alcohol y alcoholismo y farmacodependencia en el país.

A partir de enero de 2011, fecha en que se creó la Comisión Nacional contra las Adicciones, además de seguir dando continuidad en la participación de nuestro país en dicho Grupo de Expertos se ha impulsado el desarrollo de sus recomendaciones hasta consolidar diversas estrategias intersectoriales, como ésta en el ámbito laboral.

<sup>29</sup> Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Organización de los Estados Americanos. (2008). Borrador final del documento: *Lineamientos Hemisféricos de la CICAD en Prevención Laboral. Décima Reunión del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda. Del 30 de septiembre al 2 de octubre de 2008*, Santiago de Chile, Chile. OEA/Ser.L/XIV.4.10 CICAD/DREX/doc. 4/08rev2 14 de noviembre de 2008 Original: español. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?id=689>

## 2.1. Decálogo de lineamientos para el diseño de políticas públicas en materia de prevención y atención de adicciones en el ámbito laboral

Un objetivo fundamental en el establecimiento de las políticas públicas en materia de prevención y atención de las adicciones en el ámbito laboral mexicano, es que los trabajadores en quienes sea detectado el uso, abuso o dependencia de tabaco, alcohol y otras drogas, puedan seguir contando con su fuente de trabajo, al mismo tiempo que la empresa implemente acciones de prevención y se invite al trabajador a hacer uso de los servicios de salud, encaminados al tratamiento y rehabilitación y, por lo tanto, el mejoramiento en su desempeño personal, familiar y laboral.

Para consolidar este objetivo, es necesario establecer acuerdos intersectoriales al más alto nivel y promover la generación de instrumentos jurídicos, reglamentos, iniciativas de reforma o adecuación de la legislación vigente, que faciliten el reforzamiento de las medidas preventivas y la atención de estos problemas de salud.

Integrando las recomendaciones de la OIT para el establecimiento de políticas públicas para la atención de los factores psicosociales que afectan al trabajo y la promoción de la salud entre los trabajadores, así como los problemas vinculados al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en el ámbito laboral mexicano, y las posibilidades para su atención a través de la red de servicios para la prevención y el tratamiento de las adicciones, se propone un *Decálogo de Lineamientos* con el propósito de orientar el diseño y fundamentar dichas políticas públicas:

### I. Partir del enfoque preventivo, basado en evidencia:

- Las políticas y los programas en materia de adicciones deben promover la prevención, la reducción y el tratamiento de los problemas que se presentan por el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en el lugar de trabajo, tomando en cuenta todos los tipos de empleo, públicos y privados.
- Las intervenciones deberán partir de un diagnóstico situacional que establezca las necesidades particulares de la empresa que se habrán de abordar en el programa.
- Se deberá hacer un trabajo previo de sensibilización y concientización del problema a partir de la difusión de datos duros que hagan constar el costo - beneficio tanto para el empresario como para los trabajadores.

### II. Ofrecer atención universal:

- Las consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas deben considerarse problemas de salud y, por consiguiente, tratarse sin discriminación alguna, como cualquier otro problema de salud en el trabajo, y quedar al alcance de los servicios de salud (públicos o privados), según corresponda.

### III. Formalizar un acuerdo de participación:

- En la evaluación de los efectos del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo, los empresarios (contratantes, patrones, empleadores), los trabajadores y sus representantes cooperarán en la elaboración, por escrito, de una política específica para la empresa.

### IV. Promover la participación:

- Los responsables de los servicios preventivos en seguridad y salud en el trabajo en la empresa, de acuerdo con lo que establece la *NOM-030-STPS-2009, Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el Trabajo-Funciones y Actividades*, deben incorporar en el programa de seguridad y salud en el trabajo o en la relación de acciones preventivas y correctivas de seguridad y salud en el trabajo, las acciones y programas para la prevención integral de las adicciones que recomienden o dicten las autoridades competentes (*Guía de Recomendaciones para la Promoción de la Salud y la Prevención de Adicciones en los Centros de Trabajo*), así como realizar el seguimiento de los avances.

### V. Evitar la discriminación respetando la equidad:

- El empleador deberá aplicar en todo momento el principio de no discriminación en el empleo a los trabajadores que consumen o consumían alcohol u otras drogas, de conformidad con la legislación y los reglamentos nacionales.
- Los trabajadores que quieran recibir tratamiento y rehabilitación para sus problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas no deberán ser objeto de discriminación por parte del empleador, y podrán gozar de la seguridad del empleo usual y de las mismas oportunidades de traslado y ascenso profesional que sus colegas.
- El empleador deberá aplicar idénticas restricciones o prohibiciones respecto del alcohol, tabaco y otras drogas,

tanto al personal directivo como a los trabajadores, para evitar toda ambigüedad e incertidumbre en su política.

- Considerar en la medida de lo posible, las diferencias de género para el abordaje del problema de las adicciones en los trabajadores.

#### VI. Promover la educación continua:

- Para fomentar la seguridad y la salud en el lugar de trabajo se deberán llevar a cabo acciones de información, instrucción y capacitación sobre prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, los cuales se encuentran ya integrados en el Programa de Acción Específico. Prevención y Tratamiento de las Adicciones, y los Programas contra el Tabaquismo, contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas y contra la Farmacodependencia, en su actualización 2011-2012.
- Considerar, en la medida de lo posible, brindar facilidades para que los empleadores se mantengan informados y capacitados en el tema de la salud y la prevención de adicciones.

#### VII. Garantizar la confidencialidad:

- Es de suma importancia hacer un trabajo previo de concientización sobre la enfermedad de las adicciones, así como la responsabilidad compartida que se tiene desde el sector salud como el sector empresarial para el abordaje de la misma. Dicho trabajo debe estar orientado al abordaje de dicha problemática desde una perspectiva ética y humana.
- Los empleadores deben establecer un sistema para asegurar el carácter confidencial de toda la información que atañe a los problemas relacionados con el consumo de tabaco, alcohol, tabaco y otras drogas entre los trabajadores. Habría que informar a los trabajadores acerca de las excepciones a la confidencialidad debidas a cuestiones de tipo ético o de seguridad inminente, por ejemplo, cuando la vida del trabajador se encuentre en riesgo.
- Para la aplicación de pruebas de tamizaje o de exámenes para la detección del consumo de drogas ilícitas (pruebas *antidoping*), es necesario contar con el *Consentimiento Informado* del trabajador, salvo aquellas excepciones contenidas en la legislación vigente (por ejemplo, en el caso de actividades de riesgo, como el ramo del transporte), en donde se establecen las condiciones específicas de la confidencialidad, bajo qué circunstancias se puede aplicar y las medidas que se toman en caso de salir negativo o positivo en la prueba.

#### VIII. Respetar la voluntariedad:

- La aplicación de instrumentos de tamizaje o encuestas y los análisis toxicológicos (o pruebas *antidoping*) para determinar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en el ámbito del trabajo plantean problemas de orden moral, ético y jurídico, de ahí que haya que suscribir un acuerdo o *Consentimiento Informado* en donde el trabajador firme que está de acuerdo, conoce los riesgos y determina cuándo se siente preparado para realizarlos, salvo en aquellas excepciones que marque la legislación vigente.

#### IX. Garantizar la estabilidad laboral:

- La estabilidad que ofrece un empleo es a menudo un factor importante para facilitar la superación de los problemas relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Por esta razón, los copartícipes sociales deberán reconocer el papel especial que puede desempeñar el lugar de trabajo para ayudar a las personas que tienen estos problemas.

#### X. Mantener la legalidad:

- Debe reconocerse que la empresa tiene autoridad para sancionar a los trabajadores cuya conducta profesional sea impropia, como consecuencia de problemas relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Sin embargo, es preferible que los remitan a los servicios de orientación, consejería, tratamiento y rehabilitación en vez de aplicarles sanciones disciplinarias. Si un trabajador no colaborara plenamente con el tratamiento, el empleador podrá tomar las medidas disciplinarias que considere oportunas y acordes con la legislación vigente.

El mecanismo para aplicar estos *Lineamientos* deberá instrumentarse a través del empleador y/o su responsable de seguridad y salud en el trabajo, de acuerdo con la *NOM-030-STPS-2009, Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el Trabajo-Funciones y Actividades*, con la asesoría y el apoyo técnico de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), de los Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA), de los Servicios Estatales de Salud, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), las cámaras y confederaciones patronales, federaciones de trabajadores y de sindicatos, representantes del sector obrero y empresarial, personal médico de la empresa, directivos y personal administrativo encargados de recursos humanos y de la capacitación, promoviendo,

asimismo, el apoyo de organismos internacionales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la propia Organización Mundial de la Salud (OMS).

Tanto en la fase inicial de diseño de las políticas públicas, como en su ejecución y evaluación continua, el consenso de todos los involucrados constituye la premisa fundamental de cualquier intervención<sup>30</sup>.

## 2.2. Aplicación de acciones preventivas en el ámbito laboral en el ámbito laboral

El objetivo de este apartado es presentar los lineamientos o recomendaciones para aplicar programas programas de intervención preventiva del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en el ámbito laboral, a través de una serie de pasos basados tanto en los principios contenidos en los *Lineamientos Hemisféricos para la Prevención de Adicciones en el Ámbito Laboral de la CICAD*, como en las recomendaciones de expertos nacionales e internacionales en la materia<sup>31</sup>.

Es importante reconocer que la prevención en el ámbito laboral se refiere básicamente a la realización de actividades coordinadas con el propósito de informar, sensibilizar, consensuar y promover cambios en las percepciones y conductas relacionadas con el consumo de drogas entre los trabajadores de los diferentes niveles. Por ello es necesario desarrollar una metodología de participación activa y compromiso por parte de todos los involucrados, desde la empresa hasta los trabajadores<sup>32</sup>.

Con base en el Marco Lógico de la CICAD, primero es necesario obtener información de la empresa y buscar el apoyo e interés de los trabajadores. Luego, se sugiere un trabajo de equipo basado en ejercicios prácticos o reuniones grupales con el fin de establecer compromisos y objetivos para la empresa. Y, por último, la puesta en marcha de lo acordado y su correspondiente evaluación. Estos pasos constituyen una secuencia lógica que debe concluir en un producto concreto y conocido por todos: una política escrita y un programa de actividades de prevención<sup>33</sup>.

Con base en esta metodología se sugieren los siguientes cinco pasos para desarrollar conforme al contexto laboral mexicano, a fin de establecer una estructura clara para la creación, implementación y evaluación de programas preventivos en materia de adicciones:

### - Primer paso: Sensibilización y creación de compromisos

El primer paso consiste despertar el interés de los empresarios para involucrarse en el proceso preventivo, por lo que es necesario ponerse en contacto con los directivos o encargados del área de recursos humanos, a fin de presentarles el proyecto y ofrecerles la oportunidad de generar un beneficio común, tanto para los trabajadores como para la planta productiva.

Para este primer vínculo con la empresa, es de suma importancia brindar a los directivos o a los ejecutivos de recursos humanos la información necesaria y suficiente para sustentar los beneficios que será posible obtener, tanto para la empresa como para los trabajadores y sus familias, si es que deciden aceptar la participación en el proyecto.

Para lograr esto, la información debe ser clara y concreta, basada en evidencia científica. El uso de gráficas puede ser útil para difundir la información, así como la referencia de experiencias exitosas obtenidas en otras empresas; y deben considerarse los beneficios que reciben la empresa y los trabajadores con el programa.

Para lograr confianza en la intervención, es fundamental sensibilizar a la empresa y a los trabajadores. La sensibilización trata de generar una actitud favorable y de cooperación respecto al plan de prevención en todas sus etapas y lograr que los integrantes de la empresa (desde los directivos hasta los trabajadores) se comprometan para llevar a cabo todos los requerimientos de la intervención<sup>34</sup>.

El objetivo de aumentar el grado de sensibilización es motivar a los integrantes de la empresa en relación con los beneficios de abordar la prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en su lugar de trabajo, mostrándoles datos de investigaciones científicas sobre las características de las adicciones y las consecuencias del consumo a nivel personal, familiar y organizacional<sup>35</sup>.

El informar a los empresarios con estadísticas del costo-beneficio puede ser muy útil para motivarlos, destacando el

<sup>30</sup> Centro Argentino de Prevención Laboral en Adicciones (CAPLA). (2009). *La Salud Laboral como Filosofía*. Disponible en: <http://www.trabajosindrogas.com.ar/modules.php?name=News&file=article&sid=94>

<sup>31</sup> Carreño García, S., Medina-Mora M.E., Ortiz Castro, A., Natera Rey, G., Tiburcio Sainz, M., Vélez Barajas, A., Ruiz Cortés, E. (2007). *Alcohol y drogas en los centros de trabajo. Un manual para la prevención*. Instituto Mexicano de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Fundación Gonzalo Río Arrente, I. A. P., México

<sup>32</sup> Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Organización de los Estados Americanos. (2008). *Op. cit.*, p. 13.

<sup>33</sup> Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Organización de los Estados Americanos. (2008). *Op. cit.*, p. 31.

<sup>34</sup> Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). (S/f). *Trabajar con calidad de vida. Política de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el mundo laboral*. Santiago de Chile, p. 25. Disponible en: [http://www.conacedrogas.cl/inicio/alcohol/inicio/trabajar\\_con\\_calidad\\_de\\_vida.pdf](http://www.conacedrogas.cl/inicio/alcohol/inicio/trabajar_con_calidad_de_vida.pdf)

<sup>35</sup> Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Organización de los Estados Americanos. (2008). *Op. cit.*, pp. 31-36.

prestigio que tendrá la empresa al participar en una estrategia nacional de prevención del uso, abuso y dependencia de tabaco, alcohol y otras drogas en el ámbito laboral. La motivación, la participación y el apoyo a la política de prevención dependerán en gran parte de esta etapa.

Es recomendable que el representante de la dirección, en acuerdo con la representación de los trabajadores, firme un Acuerdo de inicio del programa de prevención que se requiere realizar en la empresa. Una vez que los directivos están convencidos de apoyarlo, también estarán dispuestos para designar a un equipo responsable, idealmente del área de recursos humanos, que pueda destinar tiempo y recursos para desarrollar los pasos siguientes que implica el programa preventivo<sup>36</sup>.

La elaboración de este escrito formal es función del responsable de los Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo con lo que establece la *NOM-030-STPS-2009, Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el Trabajo-Funciones y Actividades* y es fundamental la presencia del área administrativa o de recursos humanos, de manera que se evalúe la factibilidad de las acciones involucradas en la política y así se pueda generar un compromiso con la dirección de la empresa.

Asimismo, la persona responsable de los Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el Trabajo deberá proponer una estrategia para llevar a cabo la difusión interna del proyecto de intervención entre los trabajadores de la empresa, en la que se especifiquen los beneficios de participar en la intervención y se asegure su condición laboral.

### - Segundo paso: Elaboración del diagnóstico de la empresa

De acuerdo con la CICAD<sup>37</sup>, es recomendable que el programa de prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en la empresa, sea coordinado por los responsables de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, que cuenten con cierto nivel académico y experiencia en el área de recursos humanos, prevención de riesgos, trabajo social, etc. Además, es importante que el responsable de realizar estas acciones haya sido capacitado sobre el manejo de las estrategias básicas en prevención de adicciones.

Para elaborar el diagnóstico, se sugiere recopilar datos de información en tres áreas: sobre la cultura organizacional, sobre la percepción de los trabajadores de los factores de riesgo y protección que posee la organización, y sobre

las características del consumo en el lugar de trabajo. La combinación de información cuantitativa (accidentes, ausentismo, género, indicadores de salud, productividad, etc.) y cualitativa (percepción de los riesgos, valores que se manejan en el clima laboral, etc.) permitirá elaborar un diagnóstico correcto.

Algunos de los objetivos del diagnóstico inicial<sup>38</sup> consisten en:

- Identificar los factores protectores y de riesgo de los trabajadores para conocer los riesgos y las oportunidades para prevenir el del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en la institución.
- Conocer las percepciones con respecto al consumo, valores y actitudes y cómo se relacionan con el trabajo, sus conocimientos sobre este tema, etc.
- Motivar a la organización a participar en el programa, informando acerca de los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial.

Se deben cuidar los aspectos éticos, por ejemplo, cómo tratar de manera respetuosa a las personas a quienes se solicita información; procurar que los datos obtenidos beneficien a la comunidad estudiada; garantizar la confidencialidad de la información, el anonimato y no poner en riesgo la seguridad laboral, física o mental del trabajador. Para guardar la confidencialidad, es necesario que desde que se aplican los instrumentos de evaluación se busquen estrategias adecuadas, ya que los encuestados pueden sentirse amenazados y posiblemente piensen que sus respuestas influirán de manera negativa en su situación laboral, afectando la veracidad de las pruebas<sup>39</sup>. La logística que se sugiere para realizar el diagnóstico en la empresa es:

1. **Planeación:** el equipo de intervención debe ponerse de acuerdo en los rubros que le interesa evaluar, además de definir quiénes realizarán la aplicación y calificación de los cuestionarios y las estrategias para mantener la confidencialidad.
2. **Selección de la muestra:** puede realizarse la evaluación a todos los trabajadores, pero este procedimiento es costoso y puede requerir más tiempo, o bien, puede hacerse una selección al azar de una parte del personal, por ejemplo, sólo la mitad, con las listas de recursos humanos, cuidando que la muestra sea representativa.
3. **Aplicación de los cuestionarios o instrumentos de tamizaje:** buscar que se realicen en el lugar más cómodo posible y en un momento que no se interfiera

<sup>36</sup> Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). (S/f). *Trabajar con calidad de vida. Política de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el mundo laboral*. Op. cit., p. 22.

<sup>37</sup> Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Organización de los Estados Americanos. (2008). Op. cit., p. 24.

<sup>38</sup> Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). (S/f). *Trabajar con calidad de vida. Política de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el mundo laboral*. Op. cit., p. 25.

<sup>39</sup> Carreño García, et al. (2007). Op. cit.

con las labores. La aplicación se puede hacer de manera masiva, es decir, reunir a los trabajadores en un aula y que todos contesten al mismo tiempo, o bien realizar entrevistas individuales cara a cara.

**4. Manejo de la información:** una vez que se han respondido los cuestionarios es necesario ser cuidadosos con el manejo de los mismos, a fin de que no sean consultados por otras personas; analizada la información obtenida, éstos pueden destruirse.

Asimismo, se debe proponer el uso de instrumentos tanto de tamizaje como para evaluar niveles de consumo y/o dependencia que sean válidos en México, como el *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT), *Cuestionario para Evaluar Uso y Abuso de Sustancias* (POSIT), *Test para Evaluar Dependencia a la Nicotina de Fagerström*, *Cuestionario de Abuso de Drogas* (CAD), *Breve Escala de Dependencia de Alcohol* (BEDA), *Breve Escala para Detectar el Consumo Excesivo de Alcohol en Mujeres* (TWEAK), etc., que son los que actualmente se utilizan en los Centros **NUEVA VIDA**, para descartar que el trabajador presenta un problema de dependencia y por esto no se le pueda intervenir de manera preventiva, y sea canalizado a un centro especializado de tratamiento.

**- Tercer paso: Aplicación de acciones preventivas de acuerdo al nivel de consumo**

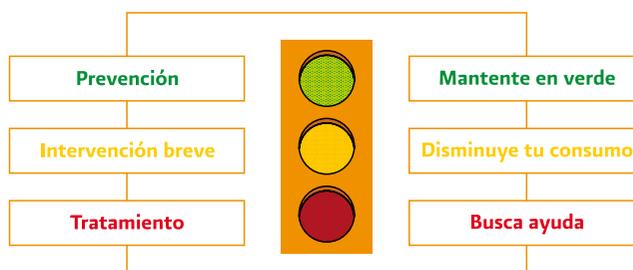
Es necesario asegurar los recursos con los que se cuenta para realizar la intervención (espacio físico, tiempo, recursos económicos, profesionales de salud involucrados, disponibilidad de otros profesionales que ahí laboran, etc.) y adaptarse a ellos para utilizarlos de manera óptima.

También es necesario mantener en todo momento un enfoque preventivo, ya que una intervención orientada a que el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas sea considerado como una situación de riesgo para la salud de los trabajadores y para el adecuado funcionamiento de la empresa, requiere de un abordaje que integre el tema en su política preventiva de la salud en general, quedando por completo desligado de cualquier práctica coercitiva. Se propone un planteamiento positivo de mejora de las condiciones de vida y no meramente correctivo; se busca minimizar los problemas relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y no de eliminar de las empresas a las personas que los padecen<sup>40</sup>. Por ello se debe plantear una estrategia basada en la prevención continua, identificando cómo pueden abordarse las diferentes poblaciones y grupos de riesgo específicos dentro de la

empresa y cuáles son los alcances que se tendrían con la estrategia a utilizar.<sup>41</sup>

Puede beneficiar mucho la autorreflexión respecto a la cantidad y frecuencia con la que los trabajadores consumen tabaco, alcohol o alguna sustancia psicoactiva, propiciando la identificación de los niveles de riesgo y facilitando que el trabajador ubique en qué nivel se encuentra (relacionándolo con la metáfora del semáforo); y en todo momento promocionar y sugerir hábitos de vida más saludables. Es necesario informar acerca de las políticas y reglamentos del centro de trabajo en materia de disponibilidad y consumo de cualquiera de las sustancias<sup>42</sup>.

La metáfora del semáforo sugerida por la Organización Internacional del Trabajo resulta útil para diferenciar los distintos tipos de necesidades de intervención, ya que sus mismos colores de señalización –verde, amarillo y rojo– sirven para facilitar la asociación con los niveles de riesgo del consumo en las personas evaluadas<sup>43</sup>. El verde se asocia con un nivel de consumo de bajo riesgo, el amarillo con un consumo de riesgo y el rojo con un nivel de consumo peligroso. Del mismo modo, los colores permiten ubicar el nivel de intervención preventiva requerido.



**- Estrategias de prevención universal**

Son acciones preventivas que se dirigen a la población en general en las que se pueden utilizar diferentes materiales, en los cuales se sugiere incluir información de factores de riesgo, impacto y consecuencias negativas del consumo de sustancias en la salud, en el trabajo, en la familia y en la sociedad en general. También es necesario tomar en cuenta las diferencias biológicas, personales, familiares, sociales y laborales entre hombres y mujeres<sup>44</sup>.

<sup>41</sup> Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Organización de los Estados Americanos. (2008). *Op. cit.*

<sup>42</sup> Carreño García, S., Medina-Mora M.E., Ortiz Castro, A., Natera Rey, G., Tiburcio Sainz, M., Vélez Barajas, A., Ruiz Cortés, E. (2007). *Alcohol y drogas en los centros de trabajo. Un manual para la prevención.* Instituto Mexicano de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, Fundación Gonzalo Río Arronte, I. A. P., México.

<sup>43</sup> Carreño García, et al. (2007).

<sup>44</sup> Carreño García, et al. (2007).

<sup>40</sup> CAPLA. (2009). *Op. cit.*

El material que se utilice debe ser claro, con información científica, sin exagerar ni minimizar los conceptos, adecuada al tipo de población que se va a tratar (nivel sociocultural, edad, género, etc.). No se deberá mostrar en texto ni en imágenes la manera de consumir las sustancias para no sugerir ni promover el consumo, es mejor utilizar imágenes que refieran a elementos de la vida cotidiana del trabajador, evitando la estigmatización de trabajadores, sectores y ramos.

Algunos medios para realizar la prevención universal, acordes con una estrategia de prevención integral, son los carteles, los videos y los trípticos. Los carteles pueden ser de sensibilización y prevención, con el objetivo de promover la toma de conciencia del consumo de sustancias y la importancia que tiene mantener estilos de vida saludable. Los videos pueden contener aspectos relacionados con el desarrollo de los recursos humanos, los efectos del consumo excesivo de sustancias en el trabajador, su familia y la empresa; las diferencias entre uso, abuso y dependencia; la asociación de los niveles de consumo con la metáfora del semáforo y las recomendaciones en cada caso. Mientras que los trípticos pueden proporcionar al trabajador, de forma rápida y fácil, información para autoevaluarse y saber si su consumo es peligroso. También pueden elaborarse materiales referentes a la promoción de los factores protectores<sup>45</sup>, de acuerdo con:

- **Relación de la persona consigo misma:** Desarrollo de la autoestima, autonomía, tolerancia a la frustración; fortalecimiento de valores, autocuidado, sentido de responsabilidad con el trabajo, etc.
- **Relación de la persona con sus colaboradores en el trabajo:** Desarrollo de habilidades de comunicación y asertividad; mejoramiento del trabajo en equipo y clima laboral.
- **Relación de la persona con su entorno social:** Promoción de alternativas positivas de uso del tiempo libre, de estilos de trabajo y de vida saludable; fortalecimiento del clima laboral; resistencia ante la presión de los pares y del entorno; desarrollo de la red de ayuda o apoyo en el lugar de trabajo.
- **Información específica sobre las diferentes drogas:** Información detallada y fundamentada sobre los efectos del uso de drogas, consecuencias a corto y largo plazos, mitos y realidades del consumo de sustancias psicoactivas, información sobre las políticas y normas

de la empresa al respecto, diseño de mecanismos para impedir el acceso y venta de tabaco, alcohol y otras drogas en el trabajo.

Para desarrollar este tipo de prevención, es importante señalar que la *Campaña Nacional de Información para una NUEVA VIDA* cuenta con estrategias que tienen como objetivo el fortalecimiento de los factores protectores y de los valores, así como el desarrollo de habilidades y se proporcionan herramientas para prevenir el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Las estrategias de esta Campaña que se pueden aprovechar en el ámbito laboral pueden ser: *Mitos y Realidades de las Drogas, Habilidades para la Vida y 10 Recomendaciones para Prevenir que tus Hijos utilicen Drogas*, cuyos materiales de apoyo están disponibles en la siguiente dirección electrónica: <http://www.nuevavida.salud.gob.mx/promotores.html>.

#### - Estrategias de prevención selectiva

Se constituyen por el conjunto de acciones que se dirigen a ciertos subgrupos de la población que han sido identificados como sujetos en riesgo o alto riesgo para el uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas. Esta vulnerabilidad hace que las personas requieran de una participación directa en actividades preventivas adecuadas a su situación.

En la prevención selectiva, la vulnerabilidad individual o riesgo personal de los integrantes del subgrupo de interés, por lo general no es valorado, más bien, es el subgrupo como un "todo" el que se ubica en mayor riesgo para el abuso de sustancias.

Este tipo de prevención está dirigido a las personas que pueden ya haber reportado consumo, aunque sea esporádico o circunstancial, pero que pueden estar en riesgo. Su acción se basa en evitar el consumo problemático de las sustancias psicoactivas.

Existen diferentes estrategias para desarrollar este tipo de prevención. Una de ellas es la capacitación interdisciplinaria de los profesionales que conforman el equipo de salud, como médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales. El trabajo en equipo se puede realizar de tal forma que mientras el médico de la empresa o la enfermera hacen la exploración física para detectar posibles problemas de salud relacionados con el consumo, los responsables de la intervención preventiva pueden intervenir desarrollando las acciones preventivas que corresponden a este nivel.

El personal del equipo de salud a cargo de la intervención tendrá la facultad de brindar orientación, y por esto es necesario que estén capacitados en estrategias como la de Detección, Orientación y Consejería en Adicciones que

<sup>45</sup> Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). (S/f). *Trabajar con calidad de vida. Política de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el mundo laboral*. Op. cit., p. 17.

desarrolla la Campaña Nacional de Información para una **NUEVA VIDA**, o en el modelo de intervención breve para el tratamiento del uso, abuso y dependencia mismo que se utiliza tanto en los Centros **NUEVA VIDA** como en los Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ). Cuando esto no sea posible, debido a que en la empresa no se cuenta con la infraestructura ni con el personal requerido, es importante dirigirse a la representación de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, a la Comisión Nacional contra las Adicciones, al Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, o al titular del Consejo Estatal contra las Adicciones, a fin establecer el contacto directo con algún Centro **NUEVA VIDA** o un CIJ, a donde puedan referir los casos que requieran ser atendidos con este modelo de intervención breve.

También se puede facilitar a los trabajadores el acceso a materiales educativos, como manuales, trípticos o folletos, en donde se recomiendan acciones sencillas para evitar o disminuir problemas asociados al consumo, y se promueve la reflexión al cambio; o bien, dirigidos a usuarios que inician el consumo o que han consumido pocas veces, y en ellos se incluyen riesgos, consecuencias del consumo, indicadores para identificar el nivel de consumo, etc. Nuevamente, la Campaña Nacional de Información para una **NUEVA VIDA** ofrece estos materiales en su dirección electrónica: <http://www.nuevavida.salud.gob.mx/promotores.html>

Es útil informar sobre la ubicación de algunos Centros **NUEVA VIDA** o CIJ en la zona de influencia, por si el trabajador decide recurrir a uno de ellos, o bien el número del Centro de Orientación Telefónica del CENADIC (01 800 911 2000), que funciona las 24 horas de los 365 días del año. Igualmente, se puede remitir a información vía electrónica, en las páginas oficiales de la Secretaría de Salud ([www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)), del Consejo Nacional contra las Adicciones ([www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx)), del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones ([www.cenadic.salud.gob.mx](http://www.cenadic.salud.gob.mx)) y de los Centros de Integración Juvenil, A.C. ([www.cij.gob.mx](http://www.cij.gob.mx)), entre otras.

Entre las acciones que se pueden incluir en este tipo de prevención, se pueden desarrollar estrategias preventivas y correctivas relacionadas específicamente con la magnitud del consumo dentro de la empresa<sup>46</sup>, por ejemplo:

- Prevención y regulación del consumo del cigarro y alcohol en diferentes escenarios.
- Acciones a seguir en caso de consumo de drogas ilegales (marihuana, cocaína, anfetaminas, entre otras) dentro de la organización.

- Generación de un sistema de normativas ante el consumo de drogas ilegales.
- Acciones preventivas a seguir cuando un trabajador se encuentra bajo los efectos de algún fármaco prescrito y que, eventualmente, le produce cambios psíquicos que repercuten en su desempeño laboral.
- Acciones y programas de promoción para la salud de los trabajadores y para la prevención integral de las adicciones que recomienden o dicten las autoridades competentes, de acuerdo con la *NOM-030-STPS-2009, Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el Trabajo-Funciones y Actividades*.
- Reglamentar dentro de la empresa la prohibición y las consecuencias de participar en actos de narcomenudeo y/o facilitar el acceso a drogas legales o ilegales en el trabajo.
- Acciones saludables para evitar conductas pro-consumo en reuniones de la empresa.
- Disminución de los factores de riesgo que se asocian al consumo de alcohol y de tabaco y otras drogas, como estrés, endeudamiento, clima laboral, etc.

#### - Estrategias de prevención indicada

Dirigidas a las personas que reportan consumo, pero que al ser evaluadas no presentan dependencia a drogas. En esta modalidad, las estrategias preventivas se relacionan directamente con dispositivos de intervención breve, con el fin de evitar la progresión del consumo hacia el abuso o el paso hacia otras sustancias, reducir dicho consumo y, posteriormente, eliminarlo.

Se trata de evitar que la situación de estos trabajadores empeore, así como disminuir los riesgos, las secuelas o los daños asociados con el uso que ya hayan tenido. Una posición comprensiva ante la problemática es la mejor manera de lograr que un trabajador decida reducir su consumo y posteriormente abandonarlo, o por lo menos que se plantee la posibilidad de hacer algo antes de que se vuelva un problema mayor.

Es importante destacar la importancia que tiene el proyecto de vida de la persona, el apoyo de la familia y de un ambiente de trabajo que pueda ofrecer opciones para mejorar su estilo de vida apartado del consumo de drogas. La prevención indicada considera los siguientes factores:

1. Las acciones hacia la prevención de los daños personales, familiares, laborales y sociales relacionados al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

<sup>46</sup> Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). (S/f). *Trabajar con calidad de vida. Política de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el mundo laboral*. Op. cit., p. 17.

2. Las acciones a seguir frente a trabajadores y sus familias que presentan consumo de algún tipo de droga, las medidas de prevención que se tomarán con ellos y cómo se manejará el problema dentro de la organización.
3. Los sistemas de seguimiento y apoyo, para brindar oportunidades que se otorgarán al trabajador con trastornos por abuso o dependencia a tabaco, alcohol y otras drogas, en caso de recaídas o recurrencias.
4. La toma de acuerdos respecto a las medidas de control del consumo de psicoactivas y las medidas para sancionar incidentes graves producidos por los efectos del uso, abuso o dependencia del tabaco, el alcohol u otras drogas.

De encontrar necesaria la derivación del trabajador a un servicio especializado para su atención, por ejemplo, en el caso de dependencia a drogas, es necesario que se hayan establecido previamente los criterios por escrito y la manera de hacer la referencia, estableciendo hasta dónde llega la participación de la empresa en este proceso. En todo momento, esta derivación podrá realizarse hacia los 323 Centros **NUEVA VIDA**, o a las 111 unidades operativas de los Centros de Integración Juvenil A. C. ubicados en todo el país, para lo cual se puede utilizar el formato de *Cédula de Referencia* incluido en el *Anexo A* de los presentes lineamientos.

Sin embargo, si la derivación se hace a un lugar en donde se cobra por brindar estos servicios, es necesario explicitar quién se hará cargo de los gastos, si se dará tiempo laboral para que el trabajador asista a su tratamiento, cuántas recaídas o recurrencias están dispuestos a permitir, las consecuencias de las recaídas o recurrencias a nivel laboral y si el trabajador podrá permanecer en el puesto; o estrategias de reinserción laboral en caso de ser necesaria la reubicación del trabajador dentro de la estructura de la organización<sup>47</sup>.

En este sentido, es importante señalar que durante la presente Administración Federal, en el Sistema de Protección Social en Salud, se incluyó por primera vez el rubro “adicciones” dentro del Grupo de Especialidades número 7, Trastornos de Salud Mental y Adicciones en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Este Seguro Popular forma parte del Sistema de Protección Social en Salud, el cual busca otorgar cobertura de servicios de salud a través de un aseguramiento público y voluntario, para aquellas personas

de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social. Dentro del CAUSES, se considera el diagnóstico oportuno y la atención especializada de adicciones (tabaquismo, alcoholismo y otro tipo de drogas que generan dependencia)<sup>48</sup>.

En la prevención indicada, la participación de los orientadores, supervisores, personal de recursos humanos, líderes de diversas áreas y el resto de involucrados en la aplicación de estrategias de prevención, será únicamente de detección oportuna y canalización de los casos que lo requieran. Asimismo, es necesario crear un ambiente propicio para proporcionarle a los trabajadores la ayuda que necesitan de una manera discreta, protegiendo siempre su confidencialidad para no generar expectativas en la empresa<sup>49</sup>. Otro principio fundamental será asegurarse de que sea el mismo trabajador quien tome la decisión de dejar de consumir, para lo cual deberá llevarse a cabo una labor de sensibilización y apoyo por parte del equipo de salud a cargo de la intervención.

La estrategia denominada *Detección, Orientación y Consejería en Adicciones*, también conocida como *Método IDEAS* de la Campaña Nacional de Información para una **NUEVA VIDA**, tiene como objetivo realizar una detección oportuna de usuarios experimentadores o con abuso de drogas, y a través de intervención breve motivarlos a que acudan a un tratamiento, para lo cual se les refiere a los Centros **NUEVA VIDA** o a otros servicios especializados.

### - Recapitulando

En la siguiente tabla se ejemplifican las principales estrategias que pueden desarrollarse desde la empresa, de acuerdo con el marco conceptual que pone énfasis en el modelo integral de prevención por niveles y que define acciones para la detección, derivación a tratamiento breve y especializado y reinserción laboral de los trabajadores:

<sup>47</sup> Carreño García, et al. (2007). P. 96. La Mesa Tripartita *Trabajo Digno* elaboró la “Propuesta de cláusula tipo en materia de adicciones en el entorno laboral”, en donde se revisan diversos aspectos sobre este punto. La Propuesta se incluye en el Anexo 5 del *Informe de Actividades del Grupo Técnico de Adicciones en el Ámbito Laboral de la Mesa Tripartita Trabajo Digno 2009-2010*.

<sup>48</sup> Secretaría de Salud. (2011). Programa de Acción Específico. Prevención y Tratamiento de las Adicciones. Actualización 2011-2012. México. Comisión Nacional contra las Adicciones.

<sup>49</sup> *Cfr. Propuesta de cláusula tipo en materia de adicciones en el entorno laboral*, cuyo espíritu es establecer criterios homogéneos, no casuísticos, para dar lugar a su instrumentación e inclusión parcial o total en contratos colectivos, condiciones generales de trabajo o políticas de las organizaciones, empresas e instituciones. La propuesta puede ser retomada a cabalidad o parcialmente, de acuerdo con las condiciones, características y definiciones que las organizaciones acuerden.

Estrategias para la prevención, detección, derivación y reinserción de trabajadores en materia de adicciones que pueden desarrollarse en las empresas			
Estrategia	Población objetivo	Alcance	Actividades
Prevención universal	Totalidad del personal de las empresas	Trabajadores, familia y comunidad	- Actividades informativas, de orientación, sensibilización, promoción de la salud, etc., que hayan sido implementadas con éxito en otras empresas - Estrategias de la Campaña Nacional de Información para una <b>NUEVA VIDA</b>
Prevención selectiva	Grupos críticos en riesgo de consumo (factores de riesgo asociados a la tarea, lugar de trabajo y personales)	Población vulnerable dentro de la empresa	- Acciones para la detección temprana de grupos de riesgo - Uso de guías de práctica clínica - Estrategias de la Campaña Nacional de Información para una <b>NUEVA VIDA</b>
Prevención indicada	Población que ya ha mostrado indicios de consumo y otros problemas de conducta asociados, pero que aún no cumple con los criterios para ser diagnosticado como dependencia	Trabajadores con consumo y sus familias	- Derivación y coordinación con centros de tratamiento breve, especializados en prevención y atención de las adicciones como los Centros <b>NUEVA VIDA</b> y los Centros de Integración Juvenil, A. C. - Facilitar el acceso al tratamiento breve - Estrategias de la Campaña Nacional de Información para una <b>NUEVA VIDA</b>
Derivación a tratamiento especializado	Población que haya sido diagnosticada con abuso y/o dependencia al uso de una o más sustancias psicoactivas	Trabajadores con abuso y dependencia	- Tamizaje y diagnóstico de personas con dependencia a tabaco, alcohol y otras drogas - Derivación y coordinación con centros de tratamiento especializado en atención de las adicciones, como los Centros <b>NUEVA VIDA</b> y Centros de Integración Juvenil, A. C. - Estrategias de la Campaña Nacional de Información para una <b>NUEVA VIDA</b>
Reinserción laboral	Población que recibió orientación fue derivada a tratar problemas de abuso o dependencia de drogas  Población rehabilitada que recibió tratamiento especializado	Trabajadores rehabilitados	- Apoyo y facilidades para la reinserción del trabajador - Construcción de un entorno motivador hacia el trabajador - Facilitar las condiciones para llevar a cabo el seguimiento - Fomentar el establecimiento del compromiso de evitar recaídas del trabajador reinsertado

#### - Cuarto paso: Evaluación y seguimiento

La evaluación del programa es un proceso permanente de valoración que se inicia con la aplicación de las acciones preventivas; se realiza a lo largo del proceso y al finalizar su ejecución. La evaluación garantiza que las estrategias y valores que se promueven con la intervención se mantengan vivos en la empresa, de manera eficiente y eficaz. Por ello es importante que todos los programas de intervención en la prevención del consumo de tabaco, alcohol u otras drogas en los ambientes laborales, al ser evaluados tomen en cuenta:<sup>50</sup>

- El diseño de un sistema de evaluación y seguimiento, sencillo pero eficiente.
- La medición de la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

- Los niveles de ausentismo
- La mejora en los índices de productividad
- La evidencia del costo- beneficio que está teniendo la empresa
- La implementación correcta del programa de intervención
- La participación de la población trabajadora
- La participación de sus familiares
- La participación y apoyo de parte de la empresa
- El cumplimiento de las actividades preventivas a las que se comprometieron

<sup>50</sup> Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). (S/f). *Trabajar con calidad de vida. Política de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el mundo laboral*. Op. cit., p. 17.

El responsable de los servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo, además de llevar a cabo la intervención, deberá elaborar un reporte de los puntos evaluados para ofrecer al trabajador y al empleador los resultados que se fueron observando y obteniendo a lo largo del programa, resaltando las mejoras en la calidad de vida de los empleados, en su clima laboral y en la relación costo-efectiva después de haber participado en el programa de prevención de las adicciones en el ámbito laboral.

El objetivo del seguimiento es observar si el cambio que se vaya logrando dentro de la empresa perdura en el tiempo, si las enseñanzas y recomendaciones que se dieron a lo largo del programa de intervención siguen siendo vigentes y si los acuerdos se siguen cumpliendo, ya que éste es uno de los objetivos a largo plazo; si, por medio del seguimiento, pueden reforzarse los conocimientos, que los trabajadores nuevos se integren al modelo establecido y, de ser necesario, tratar y/o referenciar nuevos casos.

La forma en que se realizará el seguimiento debe definirse por parte de los responsables de los Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo con lo que establece la *NOM-030-STPS-2009, Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el Trabajo-Funciones y Actividades*. Debe señalarse con anticipación cada cuándo se harán los seguimientos y bajo qué circunstancias, con qué recursos se contará y cómo se llevarán a cabo acciones emergentes, en caso de ser necesarias.

#### - Quinto paso: Presentación de informes de resultados

La presentación de informes sobre los resultados alcanzados con la intervención, así como las recomendaciones al interior de la empresa: trabajadores y directivos es uno de los elementos más importantes de la intervención, ya que de esta manera se habrán asegurado los principios de compromiso, confianza y participación que se generaron al inicio de la intervención. Tales resultados también deberán ser del conocimiento de la Comisión de Seguridad e Higiene en el Trabajo, ya que serán necesarios para proceder a la gestión del distintivo empresarial que próximamente identificará a las organizaciones participantes como empresas socialmente responsables y comprometidas con la prevención de las adicciones, con fines de cubrir criterios de calidad total.

Asimismo, será necesario reportar resultados a las autoridades de salud en materia de atención de las adicciones, como son los Consejos Estatales contra las Adicciones y muy especialmente al Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas (OMEXTAD), a fin de dar cuenta de cómo se

va extendiendo una red de servicios preventivos a favor de los trabajadores mexicanos.

Para el sector empresarial, será fundamental contar con indicadores sobre el número y tipo de empresas beneficiadas, así como sobre la evidencia del incremento en los niveles de productividad personal y de la organización, y la reducción de pérdidas por enfermedad y ausentismo laboral; mientras que para los sectores salud y del trabajo será de gran utilidad contar con información constante sobre la cobertura de atención en los servicios de salud, generada a partir del desarrollo de intervenciones realizadas con base en los presentes *Lineamientos*.

Finalmente, la difusión de los alcances de la intervención en diversos foros y encuentros de experiencias exitosas, tanto a nivel nacional como internacional, será muy importante para seguir fortaleciendo y hacer extensiva la adopción de estrategias preventivas de las adicciones en el ámbito laboral de nuestro país.



### III.

## Recursos y servicios, para la prevención y atención de trabajadores con problemas relacionados al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas



### 3. Red nacional para prevenir y atender las adicciones

Promover estilos de vida saludable y prevenir el inicio en el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en la población trabajadora, así como brindar atención oportuna y de calidad sobre los daños a la salud relacionados, asegurando la condición de trabajador y una mejora en la productividad y el cuidado de la planta laboral, son acciones que requieren el compromiso de todos los sectores involucrados; por ello es necesario destacar los recursos con los que ya se cuenta y señalar los puntos en los que aún es necesario gestionar mayor disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros.

#### 3.1. Sector público

##### - Secretaría de Salud: Comisión Nacional contra las Adicciones y Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones

La labor del Gobierno Mexicano ha permitido contar con una estructura nacional en el sector salud encabezada por la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC),

y el Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC), el cual se coordina con 32 órganos colegiados denominados Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA), y éstos, a su vez, a cientos de Comités Municipales contra las Adicciones (COMCA), para concretar los compromisos de los tres órdenes de gobierno (federal, estatal y municipal), así como conducir y orientar el trabajo que realizan diversas instituciones, organismos y organizaciones sociales vinculados a esta lucha. El trabajo de los Servicios Estatales de Salud, a través de las jurisdicciones sanitarias, constituye un apoyo técnico y de organización fundamental.

En este contexto, se ha realizado un esfuerzo sin precedente en nuestro país para contar con una extensa red de centros de prevención, atención primaria y tratamiento, la más grande en América Latina, para atender las necesidades que demanda la población, en los que se ofrecen servicios de la más alta calidad. Esta red comprende 434 unidades de atención, y está integrada por 323 Centros **NUEVA VIDA** ubicados en puntos estratégicos del país para ampliar sustancialmente la disponibilidad de servicios preventivos, de información, orientación, consejería y tratamiento breve; y por 111 unidades operativas de Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ), las cuales brindan tratamiento especializado con posibilidad de internamiento a pacientes referidos por los Centros **NUEVA VIDA**, a las cuales se suma

la labor de las unidades de primer nivel del Sistema Nacional de Salud, centros públicos y privados, entre otros.

Los servicios de esta red están a disposición de la población trabajadora que sea referida desde sus centros laborales para recibir atención segura y de calidad, evitando mayor daño en la población por motivos de salud y, en consecuencia, garantizando amplios beneficios para el proceso productivo y la contraparte empresarial.

Aunada a ella, desde junio del 2008 se cuenta a nivel federal con el programa preventivo denominado Campaña Nacional de Información para una **NUEVA VIDA**, que tiene como objetivo realizar prevención universal, selectiva e indicada, mediante la instrumentación de estrategias que fortalezcan valores y factores de protección a través de la información, dirigidas a la población en general y grupos focalizados, que fomenten una cultura en prevención de adicciones con el apoyo de instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil, así como para detectar de manera oportuna casos de riesgo o consumo y derivarlos a los Centros Especializados.

Junto con la creación de la Comisión Nacional contra las Adicciones, en enero de 2011 nace el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), con el objetivo de promover y proteger la salud de los mexicanos, mediante la definición y conducción de la política nacional en materia de investigación, prevención y tratamiento, formación y desarrollo de recursos humanos para el control de las adicciones, con el propósito de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social.

De esta manera, desde la parte operativa, esta instancia se encarga de coordinar la formación de la Red Nacional de Atención a las Adicciones, así como el despliegue de la Campaña Nacional de Información para una **NUEVA VIDA**.

#### - Centros de Integración Juvenil, A. C.

Con más de 40 años de experiencia en la instrumentación de modelos preventivos en instituciones públicas y privadas, se diseña el Modelo C-DIES: Atención Integral del Consumo de Drogas en los Centros de Trabajo, con el objetivo de fomentar un ambiente laboral libre de alcohol, tabaco y otras drogas, a través de cinco fases (Contacto, Diagnóstico, Intervención, Evaluación y Seguimiento) que permiten identificar a usuarios de drogas o personas en riesgo y determinar el tipo de estrategia a partir de la evidencia. El Modelo C-DIES facilita la detección temprana de usuarios de drogas, la intervención preventiva de alcohol, tabaco, drogas, *burnout* (estrés laboral) y *mobbing* (violencia en el trabajo), la formación de promotores de salud en los comités de

seguridad e higiene de las empresas; así como la intervención, tratamiento, rehabilitación y reinserción de trabajadores o usuarios de drogas, de tal forma que se implementan clínicas para dejar de fumar, fomentando un ambiente saludable en el ámbito laboral.

#### - Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Desarrolló el Programa Modelo de Prevención en el Ámbito Laboral, elaborado por la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud, el cual ha sido aplicado en la industria textil, gastronómica y hotelera. Actualmente ofrece el curso en línea *Prevención de Adicciones en el Trabajo*, el cual está dirigido a profesionales de medicina laboral, relaciones industriales, responsables de recursos humanos, integrantes de las comisiones de higiene y seguridad, líderes sindicales y todas aquellas personas interesadas en introducir la prevención de adicciones en los centros de trabajo, y tiene como objetivo dar a conocer los elementos necesarios para desarrollar un plan de acción que permita introducir el programa modelo de prevención de adicciones en los centros de trabajo. Los informes del curso se pueden solicitar en el correo electrónico: [cursotrabajo@imp.edu.mx](mailto:cursotrabajo@imp.edu.mx), o bien consultar en la página <http://www.inpsiquiatria.edu.mx/lms>

#### - Instituto Mexicano del Seguro Social

A partir de la aplicación del Convenio Marco para el Control del Tabaco y de la Ley General para el Control del Tabaco, se cuenta con una base normativa que permite soportar una política integral en los centros laborales. Han declarado seis mil edificios como espacios libres de humo de tabaco y colabora con Alcohólicos Anónimos y Centros de Integración Juvenil, así como con Centros **NUEVA VIDA**, además de desarrollar el Programa **PREVENIMSS**, que ahora incluye acciones de prevención de adicciones.<sup>51</sup>

#### - Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Se creó una Coordinación Nacional para llevar a cabo nuevas medidas y programas de prevención de adicciones, cuyos programas cuentan con un facilitador en prevención de adicciones que colabora con los Centros de Integración Juvenil, Alcohólicos Anónimos y Al-Anon-Al-Ateen, entre otros grupos, para realizar acciones en la materia. También

<sup>51</sup> Ceja González, J. (2009). En: Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2009). Foro nacional: *Situación actual y retos para enfrentar las adicciones en el ámbito laboral*, 23 de abril de 2009, ciudad de México. Disponible en: <http://confe.org/blog/media/blogs/eventos/programasituacionactual.pdf>

desarrolla la campaña *Espacios Libres de Humo de Tabaco* y colabora con la *Campaña Nacional de Información para una NUEVA VIDA* del DIF.<sup>52</sup>

### - Servicios Estatales de Salud

En cada entidad federativa, los Servicios Estatales de Salud disponen de infraestructura y recursos por medio de los cuales se atiende principalmente a la población abierta. Sin embargo, por medio de los Consejos Estatales y de los Comités Municipales contra las Adicciones, es posible generar la vinculación necesaria de los servicios preventivos y para el tratamiento de las adicciones, en coordinación con los Centros **NUEVA VIDA**, los Centros de Integración Juvenil, y las unidades básicas del Sistema Nacional de Salud en cada entidad.

### - Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

Liderada por la Presidenta del Consejo Ciudadano Consultivo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), la Lic. Margarita Zavala, y en coordinación con el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC) de la Secretaría de Salud, la Campaña Nacional de Información para una **NUEVA VIDA** se desarrolla en todo el territorio nacional, para formar a promotores de salud en prevención de adicciones en diversas instituciones –públicas, privadas y de la sociedad civil– a fin de generar vínculos entre la demanda de servicios y la oferta de servicios especializados de prevención, orientación, consejería y referencia en la red de Centros **NUEVA VIDA**.

### - Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Con el fin de estudiar y proponer la adopción de medidas preventivas para abatir los riesgos en los centros de trabajo, se ha organizado la Comisión Consultiva Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo –órgano tripartito creado por mandato del artículo 512-A de la Ley Federal del Trabajo–, integrada por las Secretarías del Trabajo y Previsión Social y de Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como por las organizaciones nacionales de trabajadores y de patrones.

La Comisión ha creado la Subcomisión de Prevención de Riesgos, la cual ha realizado durante 2008 y 2009 la campaña para la promoción de la salud de los trabajadores y prevención de adicciones en los centros de trabajo.

Asimismo, ha elaborado la *Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el Trabajo-Funciones y Actividades*<sup>53</sup>, la cual tiene por objetivo “establecer las funciones y actividades que deberán realizar los servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo para prevenir accidentes y enfermedades de trabajo”. En materia de adicciones, la Norma destaca entre sus actividades la de “Incorporar en el programa de seguridad y salud en el trabajo, o en la relación de acciones preventivas y correctivas de seguridad y salud en el trabajo, las acciones y programas de promoción para la salud de los trabajadores y para la prevención integral de las adicciones que recomienden o dicten las autoridades competentes”.

La Subcomisión también elaboró y presentó la *Guía de Recomendaciones para la Promoción de la Salud y la Prevención de Adicciones en los Centros de Trabajo* el 23 de marzo de 2010. La Guía tiene el propósito de “ofrecer una herramienta técnica a los empleadores y trabajadores, a fin de que se instrumenten en los centros de trabajo medidas concretas para la promoción de la salud y la prevención de adicciones”.

La Subsecretaría de Inclusión Laboral de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, a través de la Mesa Tripartita Trabajo Digno creó el Grupo Técnico de Adicciones en el Ámbito Laboral, el cual ha elaborado: la *Guía para el Programa Nacional contra las Adicciones en el Ámbito Laboral*; el *Foro Nacional: Situación Actual y Retos para Enfrentar las Adicciones en el Ámbito Laboral*; el documento *Panorama Nacional de Adicciones en el Ámbito Laboral*, que incluye convenios e instrumentos internacionales, legislación federal y local vigente, así como las iniciativas presentadas en esta materia ante el Congreso de la Unión de la LVII a la LX Legislatura; la *Propuesta de cláusula tipo para contrato colectivo de trabajo o en las condiciones generales de trabajo, para prevenir y atender el uso, abuso y adicción a sustancias psicoactivas en el ámbito de trabajo*; el *Directorio Red Nacional de Servicios Especializados para la Atención de las Adicciones*; la historieta *Al trabajo sin adicciones*; y el díptico *Prevención de adicciones en centros de trabajo*.

## 3.2. Sectores social y privado

### - Congreso del Trabajo

Creación de grupos en cada una de las empresas para que tengan el contacto, el control y la orientación de saber qué trabajadores presentan problemas por el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los centros de trabajo para

<sup>52</sup> García Rivas, L. M. (2009). En: Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2009). *Foro nacional: Situación actual y retos para enfrentar las adicciones en el ámbito laboral*, 23 de abril de 2009, ciudad de México. Disponible en: <http://confe.org/blog/media/blogs/eventos/programasituacionactual1.pdf>

<sup>53</sup> Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 22 de diciembre de 2009.

encontrar su rehabilitación; también organiza simposios y se vincula con el IMSS y la SSA para solicitar la rehabilitación de los trabajadores; realiza encuestas y cuenta con personas que contribuyen a brindar estos servicios a la población trabajadora<sup>54</sup>.

### - Confederación de Trabajadores de México (CTM)

Es la mayor organización obrera de México, cuya finalidad es defender los intereses de los trabajadores de México, y tiene entre sus funciones velar por la salud emocional y física de sus agremiados. La CTM busca concertar con los diferentes sindicatos, empresas e instancias gubernamentales, el diseño y puesta en operación de un Programa Nacional de Prevención Integral de las Adicciones en el Ámbito Laboral, complementando sus propias estrategias de trabajo.

A través de su Secretaría de Bienestar Social y Ecología, en coordinación y con el apoyo de instituciones del sector público, privado y social, la CTM puso en marcha el Programa de Prevención Integral de las Adicciones en el Ámbito Laboral, la Familia y la Comunidad de los Trabajadores, a partir del año 2004, con el aval del Programa de las Naciones Unidas sobre Drogas y Delito. El objetivo del Programa es desarrollar acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación, reinserción social e investigación, para prevenir, detectar y reducir el consumo de sustancias adictivas y sus consecuencias entre los trabajadores, sus familias y la comunidad en donde viven.

Estas acciones se complementan con actividades de prevención del delito, deporte, cultura, recreación, esparcimiento, salud y seguridad en el trabajo, factores psicosociales que afectan al trabajo; y con aquellas relacionadas con el fortalecimiento de los valores personales, familiares, cívicos y de identidad nacional, dando al Programa un sentido integral.

Asimismo, la CTM se mantiene en estrecha coordinación con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, la Comisión contra las Adicciones, el Instituto Nacional de Psiquiatría de la Secretaría de Salud, la Secretaría de Relaciones Exteriores, la Secretaría de Seguridad Pública Federal, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Fundación IMSS, A. C., el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Instituto Nacional de las Mujeres, la Federación de Trabajadores-CTM, organismos nacionales e internacionales como la Organización Internacional del Trabajo, la Embajada de Estados Unidos, el Fondo de las

Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), organizaciones de empresarios, organizaciones sociales como la Fundación Gonzalo Río Arronte, los gobiernos estatales y de los estados fronterizos de los Estados Unidos de América con México, entre otros.

### - Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos

Realizan labores de prevención y canalización de trabajadores con problemas de adicciones y operan el programa de asesores sindicales, quienes apoyan a sus compañeros a través de intervenciones breves en materia de adicciones; utilizan los tiempos libres para realizar labores de prevención, mismas que reproducen en su familia. Han editado varias publicaciones sobre el tema de adicciones y han organizado foros sobre adicciones en coordinación con instituciones públicas y otros organismos del sector salud<sup>55</sup>.

### - Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C.

Cabe destacar la extensa cobertura de los cerca de 15 mil grupos de ayuda mutua de Alcohólicos Anónimos, los cuales fortalecen cada vez más su vinculación con profesionales para brindar sus servicios a la población. Estos grupos están disponibles las 24 horas, los 365 días del año, y pueden ser un referente fundamental en apoyo de la población trabajadora, dada la eficacia de su modelo de intervención. Se vinculan con los grupos de Al-Anon y Al-Ateen, los cuales trabajan directamente con las familias y grupos de jóvenes procurando la rehabilitación no sólo del bebedor, sino también la de sus familias.

### - Fundación IMSS, A. C.

La Fundación IMSS, A. C. es una organización que busca contribuir a mejorar la calidad y esperanza de vida de los mexicanos, para lo cual convoca al sector empresarial, a la sociedad civil, así como a organizaciones y fundaciones nacionales y extranjeras, a establecer un círculo virtuoso, destinado a contribuir y solucionar los problemas de salud de México mediante recursos financieros y en especie.

Su visión consiste en consolidar una estructura de investigación en el IMSS que permita ofrecer soluciones reales, efectivas y eficientes, a los diversos problemas de organización y oferta de servicios que los profesionales de la institución enfrentan. Su Misión es contribuir al

<sup>54</sup> Gamboa Pascoe, J. (2009). En: Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2009). Foro nacional: *Situación actual y retos para enfrentar las adicciones en el ámbito laboral*, 23 de abril de 2009, ciudad de México. Disponible en: <http://confe.org/blog/media/blogs/eventos/programasituacionactual1.pdf>

<sup>55</sup> Salgado Escobar, R. (2009). En: Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2009). Foro nacional: *Situación actual y retos para enfrentar las adicciones en el ámbito laboral*, 23 de abril de 2009, ciudad de México. Disponible en: <http://confe.org/blog/media/blogs/eventos/programasituacionactual1.pdf>

fortalecimiento de la investigación científica, en asociación con el Instituto Mexicano del Seguro Social, para identificar problemas de salud de los mexicanos y promover proyectos que coadyuven a su solución.

### - Consejo Coordinador Empresarial

Además de generar empleos, crear fuentes de trabajo y atraer inversiones, reconoce la posibilidad y el deber de convertirse en agentes de cambio entre los trabajadores, sus familiares y la comunidad en general.<sup>56</sup>

### - Cámara Nacional de la Industria Azucarera

El Contrato Ley de la Industria Azucarera<sup>57</sup> establece la necesidad de elaborar y ejecutar el Programa *Con mi ingenio estoy libre de adicciones*, al considerar "...que los trabajadores que presentan trastornos por abuso o dependencia de alcohol u otras drogas reducen sus facultades, lesionando a su organismo y creando un colapso en su entorno familiar, con consecuencias en su desempeño laboral que además pueden poner en riesgo a sus compañeros de trabajo". Por ello el Programa ayuda a la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción de los trabajadores que tienen problemas con las adicciones. Este contrato es el primero en su tipo que da atención de manera integral a los trabajadores y a sus familias que tienen problemas de adicciones.

### - Fundación Gonzalo Río Arronte, I. A. P.

Es una institución filantrópica que desde 1957 (en vida de su fundador), y hasta la fecha, ha brindado donativos y apoyos a numerosos proyectos educativos, de salud y para la conservación del agua. En el caso de las adicciones, la Fundación ha beneficiado con diversos recursos a instituciones públicas, privadas y a organizaciones sociales no lucrativas, que participan en la prevención de las adicciones, o en el tratamiento, rehabilitación o reinserción social de los adictos. El impulso que ha dado esta organización a la lucha contra las adicciones en nuestro país, ha beneficiado a numerosos sectores y grupos de población, particularmente a aquéllos más vulnerables y con mayores necesidades de atención.

La Secretaría de Salud (SS) y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) se han mantenido en coordinación con los sectores productivos del país, así como con importantes

organismos de la sociedad civil. Cabe destacar el proyecto *Alcohol y drogas en los centros de trabajo*, auspiciado por la OIT; la apertura de tres Centros de Atención Integral de Adicciones en el Estado de Hidalgo (Tulancingo, Ciudad Sahagún y Pachuca), con la colaboración de la *Fundación Gonzalo Río Arronte, I. A. P.*, la Junta de Asistencia Privada y la Secretaría de Salud del Estado, que brindan atención a los trabajadores de la Confederación de Trabajadores de México; y el Primer Centro Sindical para el Tratamiento y Rehabilitación de Adicciones en Ciudad Obregón, Sonora, también con la colaboración de la *Fundación Gonzalo Río Arronte, I. A. P.*

Asimismo, mediante la colaboración interinstitucional entre empleadores y trabajadores, la Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos (CROC) y Centros de Integración Juvenil, A.C., se llevan a cabo jornadas intensivas en materia de prevención laboral, sustentadas en el Modelo C-DIES Atención Integral del Consumo de Drogas en los Centros de Trabajo, beneficiando diversas zonas de la República Mexicana,

Sin embargo, el impacto del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas entre la población trabajadora, apenas comienza a ser reconocido como un problema de salud pública que requiere de sensibilidad y esfuerzo para proponer modelos de intervención, basados en evidencias, que beneficien a todos los involucrados, desde los trabajadores hasta la parte patronal, el sector público, la comunidad y las familias de los trabajadores.

Es importante difundir entre los trabajadores y empleadores la amplia gama de servicios de atención que operan en nuestro país, a fin de facilitar la derivación y la atención de casos.

<sup>56</sup> Paredes Arroyo, A. (2009). En: Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2009). Foro nacional: *Situación actual y retos para enfrentar las adicciones en el ámbito laboral*, 23 de abril de 2009, ciudad de México. Disponible en: <http://confe.org/blog/media/blogs/eventos/programasituacionactual1.pdf>

<sup>57</sup> *Contrato Ley de las Industrias Azucarera, Alcohólica y Similares de la República Mexicana y Tabuladores de Salarios; así como Acuerdo para la Modernización Integral de la Industria Azucarera en su Aspecto Laboral y Plan Rector para la Modernización Integral de la Industria Azucarera* (Reglamento), Diario Oficial de la Federación, 4 de junio de 2009.

# IV.

## Normatividad para el trabajo y políticas públicas para la atención de las adicciones



### 4. Normatividad vinculada al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en el ámbito laboral

Tanto en el ámbito internacional como a nivel nacional se cuenta con ordenamientos legales y normativos que fundamentan las acciones que habrán de llevarse a cabo en materia de atención de los problemas relacionados con el uso, abuso y dependencia a tabaco, alcohol y otras drogas en el ámbito laboral mexicano, tanto por las instituciones públicas como por las organizaciones privadas y organismos de la sociedad civil, para brindar a los trabajadores y a las trabajadoras una atención preventiva de calidad, en beneficio de su salud y la de su entorno laboral, familiar y comunitario.

#### 4.1. Marco normativo internacional

A principios de 1995, durante la 259ª. Reunión del Consejo de Administración de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), se convocó a una reunión de expertos a quienes se les encomendó la elaboración de un repertorio de recomendaciones para examinar la problemática del

alcohol y las drogas en los centros de trabajo<sup>58</sup>. En suma, tales recomendaciones han sido recogidas en los presentes *Lineamientos*.

En este sentido, la OIT también ha establecido un código de conducta sobre la gestión de problemas de alcohol y otras drogas relacionadas en los lugares de trabajo, denominado *Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el entorno laboral*, que subraya la necesidad de privilegiar la prevención y los resultados favorables que tienen las políticas públicas para la población trabajadora y para los empleadores<sup>59</sup>.

Por otra parte, de acuerdo con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD), la competencia internacional requiere que el ambiente en las empresas tenga un carácter cada vez más innovador, diversificado y flexible, donde el recurso humano se convierta en uno de los valores agregados más importantes dentro de las organizaciones. Esto debido a que cada vez es más indispensable contar con trabajadores(as) sanos, íntegros, comprometidos y con sentido de pertenencia a la organización, que además de “poseer competencias emocionales e intelectuales que les permitan relacionarse socialmente y trabajar en equipo”,

<sup>58</sup> Organización Internacional del Trabajo (1996). *Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT*, Ginebra, Suiza.

<sup>59</sup> Organización Internacional del Trabajo. (1996). *Op. cit.*

estén dispuestos a capacitarse continuamente y sean personas responsables tanto de su salud y su seguridad, como de la salud y la seguridad de los demás y de su ambiente de trabajo<sup>60</sup>.

En el entendido de que el trabajo es una de las principales fuentes de gratificación personal y el medio a través del cual las personas que trabajan derivan gran parte de su identidad personal y su autoestima, la CICAD plantea que las organizaciones son responsables de “garantizar las herramientas emocionales e intelectuales necesarias”<sup>61</sup>, en la medida en que el trabajo sea un aporte a la calidad de vida, fortaleciendo los aspectos motivacionales y de satisfacción personal a través de la autorrealización y el reconocimiento. Tomando en cuenta el impacto del trabajo en la experiencia de vida de las personas, la CICAD reconoce la necesidad de diseñar y ejecutar políticas públicas adecuadas en materia de prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en población trabajadora, atendiendo los beneficios y las consecuencias sociales que ello comporta tanto para el Estado como para las organizaciones, los trabajadores y las trabajadoras, sus familias y para la comunidad. En este sentido, la CICAD propone un enfoque de riesgo para fundamentar las políticas y los programas integrales de prevención del consumo de drogas en ambientes laborales, el cual explica cómo se desencadena el uso y abuso de alcohol y otras drogas; además de afectar la salud y la calidad de vida de la población trabajadora, ocasiona otros problemas en el desempeño laboral, como aumento de los índices de ausentismo, de accidentes laborales y de permisos por incapacidad, resultando en un alto costo para la empresa y su productividad, así como para la sociedad en su conjunto. La CICAD también propone que las Comisiones Nacionales de Drogas del Hemisferio contemplen las condiciones de trabajo, estándares de vida y el entorno social y familiar del trabajador, de manera que propicien intervenciones con un enfoque integral, ya que además de las condiciones laborales en sí mismas, es importante tener en cuenta los factores del entorno social y personal del individuo.

La Estrategia Antidrogas en el Hemisferio de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA), de 1996, contempla el problema de las drogas desde una perspectiva global y multidisciplinaria, en la que todos los

países del hemisferio reconocen que el abuso de las sustancias constituye una grave amenaza para la vida y la salud, no sólo de quienes las consumen, sino también de la comunidad en general, por lo que comparten la responsabilidad de asegurar el abordaje de todos los aspectos del problema de las sustancias de modo integral y equilibrado, teniendo en cuenta las capacidades y los recursos nacionales disponibles. Asimismo, el Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) de la CICAD ha recomendado el diseño y desarrollo de programas de prevención en el ámbito laboral, con el fin de instrumentarlos tanto en el sector público como en el privado.

Después de aprobar y recomendar la aplicación de los Lineamientos Hemisféricos en Prevención Escolar durante el XXXVI Periodo Ordinario de Sesiones de la CICAD en Buenos Aires, Argentina, en septiembre de 2004, la Comisión decidió que el Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda debería continuar esta línea de trabajo para desarrollar lineamientos en otras áreas de reducción de la demanda, como prevención laboral, prevención comunitaria, prevención dirigida a padres y a grupos específicos de alto riesgo. Esta tarea se refrendó en las Reuniones VIII y IX del Grupo de Expertos de la CICAD en Reducción de la Demanda llevadas a cabo en Bogotá, Colombia (2007), y en Santiago de Chile (2008), respectivamente, quedando listo para su posterior aprobación el borrador final del documento *Lineamientos Hemisféricos de la CICAD en Prevención Laboral*<sup>62</sup>.

Las principales recomendaciones que se han integrado a los presentes Lineamientos, consisten en incluir estrategias probadas que relacionen instituciones gubernamentales y no gubernamentales competentes en la materia, con el fin de generar acciones sistemáticas y permanentes dirigidas a las trabajadoras y a los trabajadores y a su entorno social inmediato, fomentando el desarrollo de una cultura de prevención orientada al fortalecimiento de los factores protectores y a la disminución de los factores de riesgo asociados al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en el entorno laboral. Esto requiere que las empresas, además de ofrecer condiciones de seguridad, higiene y capacitación, brinden condiciones de salud laboral integral.

Nuestro país también ha suscrito otros ordenamientos internacionales, por los cuales se compromete al diseño de propuestas de intervención preventiva, de tratamiento y rehabilitación, de impulso a la investigación y a la actualización y ajuste del marco normativo en función de

<sup>60</sup> Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Organización de los Estados Americanos. (2008). Borrador final del documento: *Lineamientos Hemisféricos de la CICAD en Prevención Laboral*. Décima Reunión del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda. Del 30 de septiembre al 2 de octubre de 2008, Santiago de Chile, Chile. OEA/Ser.L/XIV.4.10 CICAD/DREX/doc. 4/08rev2 14 de noviembre de 2008 Original: español. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?id=689>

<sup>61</sup> *Ibidem*.

<sup>62</sup> Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Organización de los Estados Americanos. (2008). *Op. cit.*

las necesidades específicas del sector laboral: Convención Unica de Estupefacientes (1961), Convenio de Sustancias Psicotrópicas (1971), Convención Contra el Tráfico de Drogas, Narcóticos y Psicotrópicos (1988), Declaración de San Antonio Texas (1992), Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Drogas (UNGASS) (1998); así como en atención al artículo 25 de la Declaración de los Derechos Humanos, que determina el derecho que toda persona tiene a la salud; y al artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, que reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y a la prevención y al tratamiento”.

Asimismo, México se ha adherido al bloque de países que signaron el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco, ratificándolo en mayo de 2004 para proteger a la población contra la exposición al humo de tabaco y establecer políticas de ambientes libres de humo de tabaco en el ámbito laboral.

## 4.2. Marco normativo nacional

El marco normativo nacional que sustenta la prevención de adicciones en el ámbito laboral<sup>63</sup>, se establece en los artículos 4 y 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se consigna el derecho a la salud como una de las garantías individuales de los mexicanos y mexicanas, así como la facultad del Consejo de Salubridad General para realizar la “campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana”<sup>64</sup>, y del “Congreso de la Unión y las Legislaturas de los Estados para poner en vigor campañas contra el alcoholismo”<sup>65</sup>.

El artículo 133 constitucional señala que los tratados internacionales “celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán Ley Suprema de toda la Unión”; el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco establece en el artículo 12, fracción *d*), que el Estado Parte debe elaborar y ejecutar “programas eficaces y apropiados de formación o sensibilización y concienciación sobre el control del tabaco, dirigidos a personas tales como profesionales de la salud, trabajadores de la comunidad, asistentes sociales, profesionales de la comunicación, educadores, responsables de las políticas, administradores y otras personas interesadas”<sup>66</sup>.



<sup>63</sup> La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha emitido tesis aisladas sobre el tema de farmacodependencia y alcoholismo en trabajadores: Trabajadores, prestaciones a los, consistentes en ministración de bebidas (Registro No. 376485, 1942); Cabareteras (Registro No. 323445, 1944); Petróleos Mexicanos, seguros para los trabajadores de (Registro No. 371522, 1947); Ferrocarrileros fallecidos, por enfermedades derivadas del alcoholismo, gastos de defunción para los deudos de los (Registro No. 373334, 1949); Muerte del trabajador, prueba de su causa (Registro No. 277852, 1957); Ferrocarrileros, riesgos no profesionales sufridos por alcoholismo (Registro No. 275526, 1960); y, Ferrocarrileros. Accidentes y enfermedades no profesionales. Obligaciones de la Empresa en caso de Alcoholismo (Registro No. 244807, 1970).

<sup>64</sup> Artículo 73, fracción XVI, inciso 4<sup>a</sup> de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

<sup>65</sup> Artículo 117, fracción IX de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

<sup>66</sup> Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de febrero de 2005.

**Marco normativo nacional**

-Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En: <http://www.senado.gob.mx/libreria/sen/libreria/MJ/constitucion/constitucion.pdf>

-Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En: <http://www.senado.gob.mx/libreria/sen/libreria/MJ/constitucion/constitucion.pdf>

-Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. En: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/sa56r1.pdf>

-Poder Ejecutivo Nacional. (2006). Ley Federal del Trabajo. Diario Oficial de la Federación (1° de abril de 1970). En: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125.pdf>

-Poder Ejecutivo Nacional. (2009). Ley del Seguro Social. Diario Oficial de la Federación (21 de diciembre de 2009). En: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf>

-Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Diario Oficial de la Federación (31 de marzo de 2007). En: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE.pdf>

-Ley Reglamentaria de la Fracción XIII Bis del Apartado B, del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación (30 de diciembre de 1983). Fe de erratas DOF 11-05-1984. Página 7/10. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/203.pdf>

-Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Diario Oficial de la Federación, 17 de junio de 2009. En: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/153.pdf>

-Ley General de Educación. Diario Oficial de la Federación, 28 de enero de 2011. En: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/137.pdf>

-Ley General de Salud. Ley General de Salud. 7 de febrero de 1984. Última reforma 20 de agosto de 2009. Diario Oficial de la Federación. (2009). México.

-Ley General para el Control del Tabaco. Diario Oficial de la Federación (30 de mayo de 2008). Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/LGCT.doc>

-Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco. Diario Oficial de la Federación (31 de mayo de 2009). Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5092133&fecha=31/05/2009](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5092133&fecha=31/05/2009)

-Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. Diario Oficial de la Federación, 10 de octubre de 2010.

-Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el Trabajo-Funciones y Actividades. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre de 2009.

-Contrato Ley de las Industrias Azucarera, Alcohólica y Similares de la República Mexicana y tabuladores de salarios; Acuerdo para la Modernización Integral de la Industria Azucarera en su Aspecto Laboral y Plan Rector para la Modernización Integral de la Industria Azucarera (Reglamento). Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de junio de 2009.

-Poder Ejecutivo Federal. (2007). Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México. p. 100.

-Secretaría de Salud, Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Por un México sano: Construyendo alianzas para una mejor salud. México, Secretaría de Salud, 2007.

-Poder Ejecutivo Federal. (2008). Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social. Diario Oficial de la Federación. (21 de enero de 2008). Disponible en: [http://www.stps.gob.mx/programa\\_por\\_ciento20sectorial\\_por\\_ciento20STPS.pdf](http://www.stps.gob.mx/programa_por_ciento20sectorial_por_ciento20STPS.pdf), pp. 33-34.

-Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2007-2012, México, 2007.

-Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. (2007). México. Diario Oficial de la Federación. (31 de mayo de 2007).

-Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2010). Guía de Recomendaciones para la Promoción de la Salud y la Prevención de Adicciones en los Centros de Trabajo.

-Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2009). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Disponible en: [http://www.empleo.gob.mx/wb/BANEM/BANE\\_encuesta\\_nacional\\_de\\_ocupacion\\_y\\_empleo\\_enoe](http://www.empleo.gob.mx/wb/BANEM/BANE_encuesta_nacional_de_ocupacion_y_empleo_enoe)

-Calderón Hinojosa, F. (2007, julio). Discurso pronunciado en el evento Limpiemos México, Estrategia Nacional de Seguridad. Programa en Zona de Recuperación. Disponible en: <http://www.presidencia.gob.mx/prensa/?contenido=30839>.

-Gaceta Parlamentaria, Cámara de Diputados. (Martes 25 de abril de 2006). Dictámenes. De la Comisión de Salud, con Puntos de Acuerdo para Exhortar a las Secretarías de Trabajo y Previsión Social, de Hacienda y Crédito Público, y de Educación Pública, al Instituto Nacional de las Mujeres, al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia y al Consejo Nacional contra las Adicciones a reformar el Artículo 126 del Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo. Número 1994-V. Disponible en: <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/59/2006/abr/20060425-V.html>

-Informe de Actividades del Grupo Técnico de Adicciones en el Ámbito Laboral de la Mesa Tripartita Trabajo Digno 2009-2010: Acciones en el marco del Acuerdo Nacional por la Seguridad, la Justicia y la Legalidad en materia de adicciones en el ámbito laboral; Foro nacional: Situación actual y retos para enfrentar las adicciones en el ámbito laboral; Guía para el Programa Nacional contra las Adicciones en el Ámbito Laboral; Propuesta de cláusula tipo para contrato colectivo de trabajo o en las condiciones generales de trabajo, para prevenir y atender el uso, abuso y adicción a sustancias psicoactivas en el ámbito de trabajo.

-Secretaría de Salud. (2008). Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención y Tratamiento de las Adicciones, México.

-Secretaría de Salud. (2011). Programa de Acción Específico. Prevención y Tratamiento de las Adicciones. Actualización 2011-2012 México.

-Secretaría de Salud. (2011). Programa contra el Tabaquismo. Actualización 2011-2012. Comisión Nacional contra las Adicciones. México.

-Secretaría de Salud. (2011). Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas. Actualización 2011-2012. Comisión Nacional contra las Adicciones. México.

-Secretaría de Salud. (2011). Programa contra la Farmacodependencia. Actualización 2011-2012. Comisión Nacional contra las Adicciones. México.

La responsabilidad de prevenir y atender las adicciones en el país recae en la Secretaría de Salud, como lo establece el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública<sup>67</sup>, así como en el Consejo Nacional contra las Adicciones.

La Ley General de Salud propone la creación de programas de alcoholismo y farmacodependencia, los cuales comprenderán, entre otras acciones, la educación sobre los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales, dirigidas especialmente a obreros(as) y campesinos(as)<sup>68</sup>; asimismo, define qué se considera bebida alcohólica, nombra y clasifica los distintos estupefacientes, y regula las acciones que deben realizarse en materia de campañas publicitarias de bebidas alcohólicas<sup>69</sup>.

Asimismo, la Ley General para el Control del Tabaco tiene como objetivo “la orientación, educación, prevención, producción, distribución, comercialización, importación, consumo, publicidad, promoción, patrocinio, muestreo, verificación y, en su caso, la aplicación de medidas de seguridad y sanciones relativas a los productos del tabaco”<sup>70</sup>.

El Reglamento para el Control de Tabaco tiene por objeto “proteger la salud de las personas de los efectos nocivos causados por la exposición al humo del tabaco, con la reducción del consumo de éste, principalmente, en lugares públicos cerrados”<sup>71</sup>.

Por su parte, la Ley General de Educación indica que la educación que impartan el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares, debe tener como fin desarrollar actitudes para crear conciencia y propiciar el rechazo de los vicios<sup>72</sup>.

En materia laboral, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado menciona que como parte de la medicina preventiva a favor de los trabajadores y las trabajadoras del Estado, deben integrarse “Programas de combate a la drogadicción, el alcoholismo y el tabaquismo”<sup>73</sup>.

La *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la Prevención, Tratamiento y control de las Adicciones*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de agosto de 2009, tiene como objetivo principal establecer

los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones<sup>74</sup>. Asimismo, la Norma Oficial Mexicana *NOM-030-STPS-2009, Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el Trabajo-Funciones y Actividades*, indica que es obligación del patrón “incorporar en el programa de seguridad y salud en el trabajo o en la relación de acciones preventivas y correctivas de seguridad y salud en el trabajo, las acciones y programas de promoción para la salud de los trabajadores y para la prevención integral de las adicciones que recomienden o dicten las autoridades competentes”.

Es importante mencionar que la legislación de salud u homóloga, tanto de los Estados como del Distrito Federal, establece la creación de programas de adicciones, especialmente en alcoholismo y farmacodependencia, en materia de prevención, atención y rehabilitación de los trabajadores(as). Actualmente, sólo la legislación del Estado de Yucatán reconoce como grupo vulnerable de las adicciones a los trabajadores(as) del campo y la ciudad.

Todas las disposiciones legales, nacionales e internacionales, así como el plan y los programas sectoriales, establecen disposiciones generales en materia de prevención, atención y tratamiento de las adicciones de manera enunciativa, pero hace falta mayor especificidad para el ámbito laboral de nuestro país, toda vez que la legislación vigente presenta algunas divergencias con el avance en la investigación científica y la evolución de las políticas públicas en la materia, que conciben las adicciones como problemas de salud que pueden y deben ser atendidos y prevenidos de manera corresponsable, con acciones de los diversos sectores de la sociedad. Las disposiciones vigentes deben estudiarse a fondo, con base en las evidencias científicas, para facilitar la posibilidad de emprender acciones a favor de la salud de la población trabajadora, que además les permitan conservar y mantener su situación laboral.

Prueba de lo anterior son las disposiciones contenidas en la fracción XII del Artículo 20 de la Ley Reglamentaria de la fracción XIII Bis del Apartado B, del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se indica como una causal de rescisión de la relación de trabajo el hecho de que un trabajador(a) concurra a sus labores “en estado de embriaguez o bajo la influencia de algún narcótico o droga enervante, salvo que en este último caso exista prescripción médica”.

<sup>67</sup> La fracción XVI de la Ley señala que corresponde a la Secretaría de Salud “estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales”.

<sup>68</sup> Artículos 185, fracción II; y 192, fracción II de Ley General de Salud.

<sup>69</sup> Artículo 217, 218, 234-256, 301 y 308 de la Ley General de Salud.

<sup>70</sup> Artículo 4 de la Ley General para el Control del Tabaco.

<sup>71</sup> Artículo 1 del Reglamento para el Control de Tabaco.

<sup>72</sup> Artículo 7, fracción X de la Ley General de Educación.

<sup>73</sup> Artículo 35, fracción V de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

<sup>74</sup> Entre las generalidades de la Norma se establece: “El programa de trabajo del establecimiento deberá contar con la especificación de las actividades de rehabilitación que deberán desarrollarse en el mismo, en términos de las necesidades particulares de los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores y la familia”.

De igual manera, la fracción XIII del artículo 47, Capítulo IV de la Ley Federal del Trabajo, reitera que “concurrir el trabajador a sus labores en estado de embriaguez o bajo la influencia de algún narcótico o droga enervante (salvo que, en este último caso, exista prescripción médica) es causa de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el patrón”. La fracción XI del artículo 133 y la fracción V del artículo 135 prohíben por igual, tanto a los patrones como a los trabajadores, presentarse a sus labores en estado de embriaguez o bajo la influencia de algún narcótico o droga enervante; incluso, la normatividad laboral es muy específica para los trabajadores de buques y aviones<sup>75</sup>.

Si bien el artículo 487 de esta misma Ley Federal determina que los trabajadores que hayan sufrido un riesgo de trabajo tienen derecho a recibir atención médica, quirúrgica, rehabilitación, hospitalización, medicinas y prótesis, las fracciones I y II del artículo 488 anulan este derecho y dejan al patrón sin obligación de brindarle atención al trabajador(a) si al momento del accidente éste(a) se encontraba bajo los efectos de la embriaguez o de algún narcótico o droga enervante.

Asimismo, en el punto donde convergen el sector salud y el laboral, las fracciones I y II del artículo 46 de la Ley del Seguro Social establecen que “no se considerarán para los efectos de esta Ley, riesgos de trabajo los que sobrevengan por alguna de las causas siguientes: ... I. Si el accidente ocurre encontrándose el trabajador(a) en estado de embriaguez; II. Si el accidente ocurre encontrándose el trabajador(a) bajo la acción de algún psicotrópico, narcótico o droga enervante, salvo que exista prescripción suscrita por médico titulado y que el trabajador hubiera exhibido y hecho del conocimiento del patrón lo anterior”. En contraste, el artículo 33 y la fracción V del artículo 34 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado determinan la obligación de proporcionar servicios de atención médica preventiva tendientes a proteger la salud de los y las derechohabientes en materia de drogadicción, alcoholismo y tabaquismo.

### 4.3. Las políticas públicas de México en materia de adicciones en el ámbito laboral

La población trabajadora es un sector de la población que ha estado incluido permanentemente dentro de las políticas públicas en nuestro país; sin embargo, sigue siendo importante avanzar y concretar los mecanismos para vincular y aplicar diversas estrategias y acciones en materia preventiva y para la atención de la salud de este importante sector de nuestra sociedad.

Desde 1986 el Consejo Nacional contra las Adicciones promueve la actualización y aprueba la puesta en marcha de los Programas Nacionales contra el Tabaquismo, contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, y contra la Farmacodependencia, cuyos principales propósitos consisten en fortalecer la vinculación sectorial e institucional, la cooperación técnica y financiera, para desarrollar estrategias de prevención, tratamiento, rehabilitación, investigación, normatividad y cooperación internacional que contribuyan a disminuir el impacto del uso, abuso y dependencia de tabaco, alcohol y otras drogas en la población mexicana.

El *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, plantea líneas de acción orientadas a fortalecer la regulación de la publicidad de productos del tabaco y bebidas con contenido alcohólico; generar conciencia sobre los riesgos sanitarios por el consumo de alcohol y tabaco; promover la salud y la prevención de enfermedades asociadas con el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias; promover una cultura de prevención de accidentes provocados por el consumo de alcohol y otras drogas; y fortalecer las políticas de atención contra las adicciones causadas por el abuso en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales y médicas no prescritas, mediante la integración de un Programa Intersectorial de Prevención y Combate contra las Adicciones, con la participación de todas las entidades federativas, instituciones y sectores relacionados con la prevención del abuso en el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas<sup>76</sup>.

Por su parte, en el *Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención y Tratamiento de las Adicciones*<sup>77</sup>, y en su actualización para el período 2011-2012<sup>78</sup>, la aplicación de acciones específicas dirigidas a la población trabajadora es muy clara, como también el hecho de que cada vez se estrecha más la colaboración entre los sectores involucrados.

<sup>75</sup> En el caso de los trabajadores de buques, la Ley Federal del Trabajo dice en su artículo 208 que son causas especiales de rescisión de las relaciones de trabajo: “II. Encontrarse el trabajador en estado de embriaguez en horas de servicio mientras el buque esté en puerto, al salir el buque o durante la navegación; y, III. Usar narcóticos o drogas enervantes durante su permanencia a bordo, sin prescripción médica”.

Para los trabajadores del aerotransporte indica en el artículo 244 que son causas especiales de terminación o rescisión de las relaciones de trabajo: “II. Encontrarse el tripulante en estado de embriaguez, dentro de las veinticuatro horas anteriores a la iniciación del vuelo que tenga asignado o durante el transcurso del mismo; y, III. Encontrarse el tripulante, en cualquier tiempo, bajo la influencia de narcóticos o drogas enervantes salvo lo dispuesto en el artículo 242, fracción II;”.

<sup>76</sup> Secretaría de Salud. (2007). *Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México, p. 100.

<sup>77</sup> Secretaría de Salud. (2008). *Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención y Tratamiento de las Adicciones*, México.

<sup>78</sup> Secretaría de Salud. (2011). *Programa de Acción Específico. Prevención y Tratamiento de las Adicciones. Actualización 2011-2012* México.

El *Programa* reconoce la necesidad de incorporar las acciones de prevención y atención de las adicciones en el contexto laboral, para lo cual se apoya en ordenamientos que contribuyen a la protección de la salud de la población, como los dirigidos a la prevención y tratamiento de los efectos nocivos del tabaco en fumadores y no fumadores, así como al control del tabaco: Ley General y Reglamento para el Control del Tabaco<sup>79</sup>, Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones<sup>80</sup> y Ley de Protección de la Salud de los no Fumadores en el Distrito Federal<sup>81</sup>.

Por otra parte, y también en cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el *Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2007-2012* indica en su Objetivo 6: "Elaborar e instrumentar acciones para fortalecer la seguridad y la salud en el trabajo, a través de las Comisiones Consultivas Nacional y Estatales y del Distrito Federal de Seguridad e Higiene en el Trabajo; del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Seguridad y Salud en el Trabajo, y de las mesas de diálogo con los sectores productivos en la materia".<sup>82</sup>

En este contexto y como parte del Objetivo 5 del *Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2007-2012*, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social instaló desde 2007, Mesas de Diálogo con los sectores productivos para el análisis y diseño de propuestas de políticas públicas que mejoren las condiciones de los trabajadores(as). A estas mesas, particularmente a la Mesa Tripartita *Trabajo Digno* coordinada por la Subsecretaría de Inclusión Laboral de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, se incorporó el sector salud a través del entonces Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones, y recientemente, sigue coordinándose a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones.

Con este enfoque y para cumplir los compromisos asumidos por el Gobierno Federal y los sectores productivos en materia de adicciones derivados del *Acuerdo Nacional por la Seguridad, la Justicia y la Legalidad (ANSJL)*, la Mesa

Tripartita *Trabajo Digno* instaló el 5 de febrero de 2009 un *Grupo Técnico en Adicciones*, integrado por instituciones competentes y ocupadas en el tema, el cual convocó a diversas autoridades, directivos y representantes de instituciones, confederaciones patronales y de trabajadores, así como a otros organismos de la sociedad civil, al primer "*Foro nacional: Situación actual y retos para enfrentar las adicciones en el ámbito laboral*"<sup>83</sup>, que se celebró el 23 de abril de 2009 en cumplimiento del *Acuerdo Nacional por la Seguridad, la Justicia y la Legalidad*<sup>84</sup>, el cual fue inaugurado por la Lic. Margarita Zavala, en su carácter de Presidenta del Consejo Ciudadano Consultivo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y contó con la asistencia de los titulares de las Secretarías del Trabajo y Previsión Social y de Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; el presidente del Congreso del Trabajo, el secretario general de la Confederación de Trabajadores de México y el presidente del Consejo Coordinador Empresarial.



El objetivo del Foro fue: conocer la problemática de la población laboral y de sus familias en sus aspectos cualitativos y cuantitativos, así como las propuestas de atención de los sectores público, social y privado en México.

En este encuentro se dieron cita representantes del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, de los Centros de Integración Juvenil, A.C., del Congreso del Trabajo, de la Confederación de Trabajadores

<sup>79</sup> Diario Oficial de la Federación (30 de mayo de 2008). Ley General para el Control del Tabaco. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/LGCT.doc>

<sup>80</sup> Diario Oficial de la Federación (31 de mayo de 2009). *Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco*. Disponible en: [http://www.idconline.com.mx/dof/documentos-relevantes/2009/juridico/organismos-gubernamentales/Reglamento por ciento20de por ciento20la por ciento20Ley por ciento20General por ciento20para por ciento20el por ciento20Control por ciento20del por ciento20Tabaco.doc/attachment\\_download/file](http://www.idconline.com.mx/dof/documentos-relevantes/2009/juridico/organismos-gubernamentales/Reglamento%20de%20la%20Ley%20General%20para%20el%20Control%20del%20Tabaco.doc/attachment_download/file)

<sup>81</sup> Asamblea Legislativa del Distrito Federal, III Legislatura. (2004). Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal, 29 de enero de 2004. Disponible en: <http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/reglamentodf.pdf>

<sup>82</sup> Diario Oficial de la Federación. (21 de enero de 2008). Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social. Disponible en: [http://www.stps.gob.mx/programa por ciento20sectorial por ciento20STPS.pdf](http://www.stps.gob.mx/programa%20sectorial%20STPS.pdf), pp. 33-34.

<sup>83</sup> Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2009). *Foro nacional: Situación actual y retos para enfrentar las adicciones en el ámbito laboral*, 23 de abril de 2009, ciudad de México. Disponible en: <http://confe.org/blog/media/blogs/eventos/programasituacionactual1.pdf>

<sup>84</sup> Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2008). Boletines / septiembre de 2008. Boletín conjunto, 11 de septiembre de 2008. *Declaratoria conjunta de los Sectores Productivos y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social*. Disponible en: [http://www.stps.gob.mx/saladeprensa/boletines\\_2008/septiembre\\_08/b095\\_b\\_septiembre.htm](http://www.stps.gob.mx/saladeprensa/boletines_2008/septiembre_08/b095_b_septiembre.htm)

de México, de la Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos, de la Confederación Regional Obrera Mexicana, del Consejo Coordinador Empresarial, de la Confederación Patronal de la República Mexicana, de la Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio, Servicios y Turismo; de la Cámara Nacional de la Industria de la Transformación, de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado, de la Alianza Sindical Mexicana y la Asociación Mexicana de Mujeres Empresarias, entre otras.

Como parte de las conclusiones del Foro, el Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones propuso dar continuidad a los acuerdos establecidos, creando un instrumento normativo sustentado en el borrador de los *Lineamientos Hemisféricos de la CICAD en Prevención Laboral*<sup>85</sup>, para definir los lineamientos, propuestas, buenas prácticas, modelos y demás que pudieran ser un referente para impulsar acciones en diversos ámbitos, con la participación activa de las entidades federativas.

De ahí que los presentes *Lineamientos para la Prevención y Atención de las Adicciones en el Ámbito Laboral Mexicano* tienen el propósito de establecer criterios básicos, basados en la mejor evidencia científica, para garantizar que todas las intervenciones preventivas y para el tratamiento del uso, abuso y dependencia de tabaco, alcohol y otras drogas en el ámbito laboral que se lleven a cabo en nuestro país, beneficien en todo momento a los trabajadores(as) y a sus familias, al empleador, al centro laboral y, en consecuencia, a la sociedad en su conjunto.

Cabe subrayar que las acciones desarrolladas por el Grupo Técnico de Adicciones constituyen recomendaciones que pueden ser adoptadas en ámbitos como el legislativo, ejecutivo, sindical o empresarial; se sustentan en criterios de pertinencia, calidad y oportunidad, mas no de obligatoriedad para ninguna de las instituciones u organizaciones participantes.

<sup>85</sup> Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Organización de los Estados Americanos. (2008). *Op cit.*

# V.

## Encuesta Nacional de Adicciones 2008: análisis de resultados en población económicamente activa



### 5. ¿Cómo es actualmente el consumo de drogas, alcohol y tabaco de la población trabajadora en México? \*

La repercusión de las adicciones no sólo se limita a unos cuantos grupos en la sociedad, sino que su extensión a diferentes niveles pone de manifiesto sus efectos en el ámbito laboral. Por ejemplo, el Departamento de Trabajo de Estados Unidos ha mencionado que 66 por ciento de los empleados que abusan de sustancias y de alcohol tienen más ausentismo laboral y presentan más demandas de indemnización que los no consumidores. También se involucran en 50 por ciento de los accidentes en el lugar de trabajo y hacen más uso de las prestaciones de salud (300 por ciento), en comparación con el resto de los empleados. Asimismo, han observado que casi la mitad (44 por ciento) de los consumidores ha vendido drogas a otros empleados, y que casi una quinta parte (18 por ciento) ha robado a compañeros de trabajo para pagar su consumo (OIT, 2006). Es claro que este fenómeno es cada vez más extenso entre la población mundial y que sus efectos se reflejan de diferente forma dependiendo de la sustancia, el patrón de uso y las circunstancias en las que se consume.

La Encuesta Nacional de Adicciones es un instrumento que se utiliza en México con cierta periodicidad (cada cinco años aproximadamente), con la finalidad de tener datos actualizados de cómo se desarrolla el fenómeno de las adicciones en el país. Se realiza con una muestra representativa de hogares a nivel nacional y estatal; y permite conocer la situación actual del consumo de drogas para las prevalencias de alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes, para diferentes grupos de la población (ENA, 2008).

Los principales resultados muestran que en toda la población entrevistada se dio un ligero aumento en la proporción de consumidores desde la medición en 2002 de 5 a 5.7 por ciento en el 2008. Asimismo, el uso de cualquier droga ilegal, como marihuana, cocaína y derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas, aumentó de 4.6 a 5.2 por ciento, mientras que para las drogas médicas adictivas, fuera de prescripción, no hubo cambios. Aunque los hombres son los que más consumen drogas ilegales, la proporción de mujeres consumidoras se duplicó para esta última medición (de 1.2 en 2002 pasó a 2.4 por ciento en 2008). Es importante destacar que la marihuana como droga más usada ha tenido un incremento constante, aunque en la última década se ha observado un aumento más rápido en la tendencia del uso de la cocaína (ENA, 2008).

\* El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente de la Secretaría de Salud, a través del trabajo de los siguientes investigadores, elaboró este apartado especialmente para ser incluido en los presentes Lineamientos: Carreño S., Medina-Mora M.E., Villatoro J., Gutiérrez M. L., Moreno M., Natera, G.

Por tipo de sustancia, sabemos que después de una disminución en las tasas de uso de inhalables, la incidencia acumulada está aumentando otra vez (de 0.76 por ciento en 2002 a 0.83 por ciento en 2008); que la marihuana es la droga de elección y sigue aumentando (3.87 por ciento y 4.8 por ciento respectivamente); que el abuso de heroína no es muy común, más extendido en los estados de la frontera con Estados Unidos y expandiéndose a otros Estados (Aguascalientes, D. F. Veracruz y Querétaro), y que la incidencia acumulada cambió de 0.09 a 0.2 por ciento. El incremento más alto se observó para la cocaína (de 1.2 a 2.4 por ciento) mientras que el uso de estimulantes tipo anfetamínico, principalmente metanfetaminas, aumentó de 0.08 a 0.5 por ciento. Se ha estimado también que el 0.6 por ciento de la población cumple con el criterio de dependencia para una o más drogas ilegales, aún así, sólo una de cada cinco personas con dependencia llega a tratamiento.

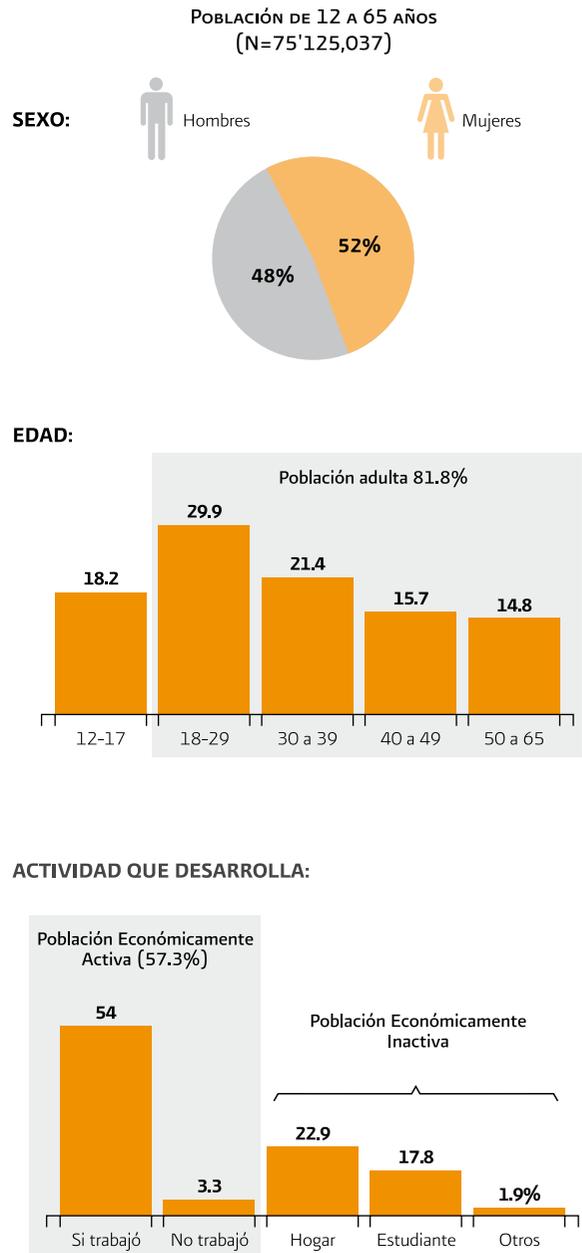
Por otro lado, para la distribución del consumo de cualquier tipo de droga alguna vez en la vida, por edad, se observa que la mayor proporción se encuentra entre las edades de 18 a 34 años, tanto para los hombres (12.1 por ciento) como para las mujeres (3.3 por ciento), es decir, existe un mayor consumo de cualquier droga alguna vez en la vida en los adultos jóvenes y que están en plena edad productiva (ENA, 2008).

### 5.1. Población económicamente activa (PEA)

El objetivo de este trabajo es conocer el consumo de drogas, alcohol y tabaco en la población económicamente activa (PEA) en México. De esta manera, de la población total entrevistada en la Encuesta Nacional de Adicciones (2008), se seleccionó a la población adulta (81.8 por ciento), hombres, mujeres, y que se considera como económicamente activa (OIT, 1982), tanto empleados como desempleados (57.3 por ciento). Se consideró "trabajadores o empleados" a las personas que indicaron haber trabajado en los últimos 30 días previos al levantamiento de la encuesta<sup>86</sup>, mientras que "no trabajadores o desempleados" a los que indicaron no haber trabajado en este mismo período<sup>87</sup>. Es necesario mencionar que los resultados que se presentan en este apartado no incluyen a la población económicamente inactiva<sup>88</sup> (Gráfica 1).

<sup>86</sup> Si trabajó: son aquellos que contestaron que sí trabajaron en el último mes, o que están de vacaciones o que tienen una jornada especial, o que viven de sus rentas, o que están con incapacidad temporal.  
<sup>87</sup> No trabajó (desempleado): son aquellos que contestaron que no trabajaron en el último mes porque buscan trabajo, por despido, por estar desempleado, por renuncia o por problemas del lugar de trabajo.  
<sup>88</sup> Personas dedicadas al hogar, estudiantes, pensionados, jubilados y con incapacidad permanente.

Gráfica 1. Distribución de la población y actividad



Fuente: ENA, 2008.

#### - Características de la población económicamente activa

De la población adulta y económicamente activa (PEA) entrevistada, la mayoría (65.9 por ciento) son hombres, predominan los adultos jóvenes entre 18 y 29 años (34.7 por ciento) y las personas casadas o en unión libre (62.8 por ciento). En cuanto a su situación laboral, una alta proporción (94.9 por ciento) indica que sí tuvo trabajo en los 30 días previos a la entrevista, el resto estuvo desempleada.

**Tabla 1. Características demográficas de la población económicamente activa**

Población de 18 a 65 años, (N=40'688,710)

Sexo	F	por ciento
Hombres	26'793,766	65.9
Mujeres	13'894,944	34.1
Edad	F	por ciento
18-29 años	14'101,369	34.7
30-39 años	11'596,241	28.5
40-49 años	8'477,932	20.8
50-65 años	6'513,168	16.0
Estado civil	F	por ciento
Casado o Unión libre	25'592,598	62.8
Soltero	11'854,571	29.1
Separado o viudo o divorciado	3'241,541	8.0
Situación laboral	F	por ciento
Si trabajó	38'621,199	94.9
No trabajó	2'067,511	5.1

## 5.2. Consumo de tabaco en población económicamente activa

El consumo de tabaco es la primera causa prevenible de muerte prematura y enfermedad en todo el mundo. En la actualidad, más de 5 millones de personas mueren cada año debido a enfermedades relacionadas con el tabaco y se estima que causará cerca de 8 millones de muertes anuales para el 2030, sobre todo en países en desarrollo (WHO, 2008).

En México, al igual que en otros países del mundo y de América, la epidemia del tabaquismo continúa siendo un grave problema de salud pública, esto debido a las enfermedades relacionadas con el tabaquismo activo y pasivo (infartos al miocardio, enfermedades cerebrovasculares, respiratorias crónicas y cáncer en el pulmón, boca, esófago, etc.) (Medina-Mora, ME, 2010, WHO, 2008).

En la encuesta global de tabaquismo en adultos (GATS, por su siglas en inglés), se encontró que actualmente el 15.9 por ciento de la población mayor de 15 años es fumadora (consumo diario y ocasional), lo que representa 10.9 millones de mexicanos fumadores. Los hombres (8 millones) consumen más que las mujeres (2.8 millones) (Reynales, L. & cols., 2009).

Los resultados en la Encuesta Nacional de Adicciones de 2008 muestran que 35.6 por ciento había probado alguna

vez en su vida el tabaco (aunque fuera sólo una fumada), 48.8 por ciento de los hombres y 23.4 por ciento de las mujeres. Asimismo, 14.9 por ciento de los menores de 18 años y 40.2 por ciento de los adultos (de 18 a 65 años). En cuanto al consumo actual, definido como el consumo en los últimos 12 meses. Del total de la población 18.5 por ciento indicó ser fumador actual, 27.8 por ciento de los hombres y 9.9 por ciento de las mujeres, según la edad 8.8 por ciento eran menores de edad y 20.6 por ciento adultos. Cuando se consideran algunos síntomas de adicción en estos consumidores actuales, 75.4 por ciento de los adultos mencionaron que le "dieron el golpe" al cigarrillo algunas veces o siempre, también 11 por ciento de éstos fuman su primer cigarro del día dentro de la primera media hora después de levantarse (ENA, 2008).

Derivado de esta última encuesta se realizaron los análisis para la población económicamente activa, tanto trabajadores como no trabajadores, mayores de edad (de 18 a 65 años), con la finalidad de conocer cómo se presenta el consumo de tabaco en esta población y entre los trabajadores.

### - Consumo de tabaco en la población económicamente activa

La prevalencia del consumo de tabaco alguna vez, se refiere a las personas que mencionaron que han fumado aunque sea una sola fumada alguna vez en la vida. 47.7 por ciento dijo haberlo hecho en la población económicamente activa y que corresponde a 19 millones 424 mil 598 personas.

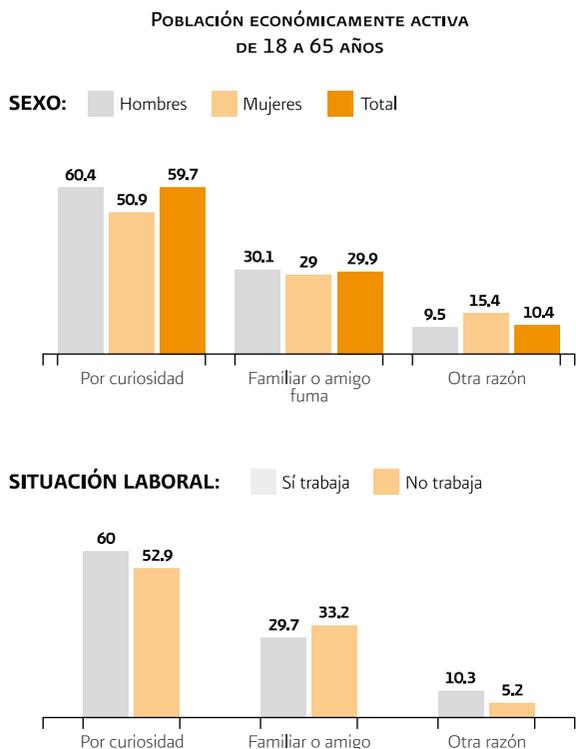
### - Edad de inicio y razones para el consumo de tabaco

El promedio de edad del inicio en el consumo de tabaco fue de 17 años 3 meses, para los hombres fue de 16 años 8 meses, mientras que para las mujeres fue de 18 años 8 meses con diferencias significativas ( $t=23.175$ ,  $gl=13179$ ,  $p<0.001$ ). Asimismo, para los trabajadores el promedio fue de 17 años 3 meses en comparación con los desempleados (16 años 4 meses) también con una diferencia importante ( $t=5.761$ ,  $gl=762.119$ ,  $p<0.001$ ). Estos resultados hacen evidente el inicio en esta práctica siendo menores de edad.

En la gráfica 2 se muestra cómo un poco más de la mitad (59.7 por ciento) de esta población indicó que la curiosidad fue una de las razones para iniciar el consumo, la segunda razón más mencionada fue porque algún familiar, amigo o compañeros fumaban (29.9 por ciento). En el análisis por sexo, 60.4 por ciento de los hombres indicó que por curiosidad había iniciado el consumo mientras que en mujeres el porcentaje es menor para esta razón (50.9 por ciento). En el caso de la comparación por situación laboral,

son más los trabajadores (60 por ciento) que indican como razón principal la curiosidad en comparación con los desempleados (52.9 por ciento).

**Gráfica 2. Razones para iniciar el consumo de tabaco**



Nota: Resultado de la población económicamente activa, ENA, 2008.

### - Consumo de 100 cigarrillos alguna vez en la vida

Un indicador que fue utilizado por mucho tiempo es haber fumado más de 100 cigarrillos en la vida<sup>89</sup>, el equivalente a 5 cajetillas. 26.1 por ciento de la población económicamente activa indicó haberlo hecho, 27.3 por ciento eran personas que no habían trabajado, en contraste con 26 por ciento de los que sí lo habían hecho, y son más del doble de hombres, tanto trabajadores (33 por ciento) como no trabajadores (32.9 por ciento), que de mujeres que han fumado cien cigarrillos en su vida. Según la edad, las personas que se encuentran en el rango de 50 a 65 años que no trabajaron presentaron la proporción más elevada (36.6 por ciento), en comparación con los que sí trabajaron (31.9 por ciento). (Tabla 2).

**Tabla 2. Consumo 100 cigarrillos de tabaco en la población económicamente activa, por trabajadores y no trabajadores**

	Trabaja por ciento	No trabaja por ciento	Total
Consumo de 100 cigarrillos de tabaco (5 cajetillas)	26.0	27.3	26.1
<b>Sexo</b>			
Hombres	33.0	32.9	33.0
Mujeres	12.7	13.8	12.7
<b>Edad</b>			
18-29 años	22.3	20.8	22.2
30-39 años	25.8	32.1	26.0
40-49 años	27.7	32.4	27.9
50-65 años	31.9	36.6	32.2

Porcentajes obtenidos del total de la población económicamente activa por trabaja o no trabaja (en el mes previo a la aplicación de la encuesta) y características demográficas

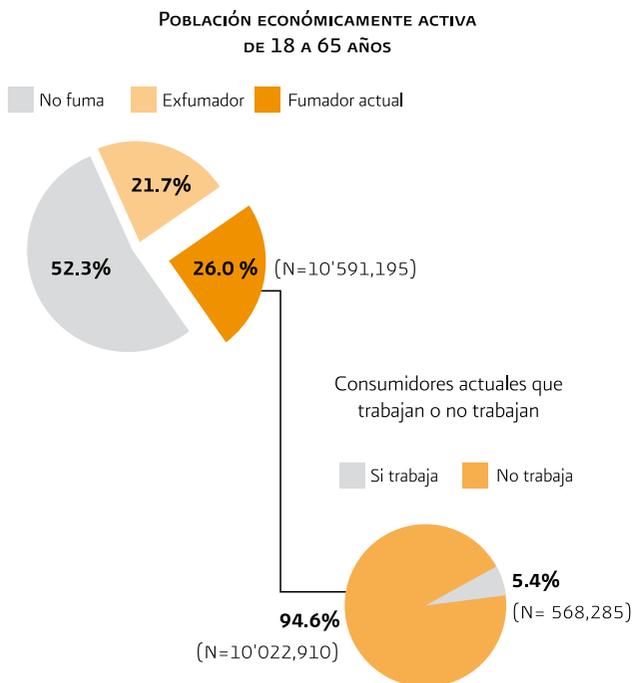


<sup>89</sup> La pregunta *¿Ha fumado más de 100 cigarrillos (5 cajetillas) en la vida?*, fue utilizada para la estimación de la prevalencia en población general, de acuerdo con la definición oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

### - Fumadores actuales, exfumadores y no fumadores en población económicamente activa

Del total de la población económicamente activa 26 por ciento se clasificó como fumador actual (personas que fumaron en el último año), 21.7 por ciento como exfumador, es decir, que no consumió tabaco en el último año y la mayoría indicó nunca haber fumado (52.3 por ciento) (Gráfica 3).

**Gráfica 3. Consumo de tabaco y situación laboral**



Nota: Resultado de la población económicamente activa, ENA, 2008.

Es importante recordar que de este total de fumadores actuales, la mayoría (95 por ciento) son personas que trabajan, de tal manera que en los centros de trabajo se concentran un poco más de 10 millones de personas con esta práctica (Gráfica 3).

Si se considera sólo esta población que se clasificó como fumadora actual (26 por ciento, n=10'591,195) y se analiza por cada una de las características demográficas, la mayoría son hombres (81 por ciento), se concentran más en los adultos jóvenes de 18 a 29 años (39.9 por ciento) y en las personas que viven en pareja (62.9 por ciento) (Tabla 3).

En la comparación por situación laboral, son más los hombres no trabajadores (84.6 por ciento) que los que si trabajaron, de manera inversa son más las mujeres

trabajadoras (19.2 por ciento) que son fumadores actuales, en contraste con las que indicaron no haber trabajado. En el análisis por edad, en los adultos jóvenes que no trabajaron se encuentran más fumadores actuales (48.7 por ciento) en contraste con los que si trabajaron. Se observa una situación similar en el grupo de edad de 50 a 65 (13.2 por ciento de trabajadores y 16 por ciento de desempleados), mientras que el grupo de edad de 30 a 39 y de 40 a 49 años, se invierte la situación, puesto que son más los que si trabajaron (29.2 por ciento, y 18.2 por ciento, respectivamente) en comparación con los que no, con diferencias significativas. Asimismo, de acuerdo con su estado civil, se encuentran más fumadores actuales entre los que trabajaron y que viven en pareja (64.3 por ciento) en comparación con los que no trabajaron, de manera contraria son más los fumadores actuales que no trabajaron, y que además no tienen pareja (51.9 por ciento de solteros y 9.6 por ciento de separados o viudos o solteros) respecto de los que sí trabajaron, también con diferencias a través de la prueba chi cuadrada (Tabla 3).

**Tabla 3. Características de los fumadores actuales que trabajan y no trabajan**

Población económicamente activa de 18 a 65 años (N = 10'591,195)

	Trabaja por ciento	No trabaja por ciento	Total por ciento
<b>Sexo</b>			
Hombres	80.8	84.6	81.0
Mujeres	19.2	15.4	19.0
<b>Edad<sup>1</sup></b>			
18-29 años	39.4	48.7	39.9
30-39 años	29.2	22.4	28.8
40-49 años	18.2	12.9	18.0
50-65 años	13.2	16.0	13.3
<b>Estado civil<sup>2</sup></b>			
Casado o Unión libre	64.3	38.5	62.9
Soltero	28.7	51.9	30.0
Separado o viudo o divorciado	7.0	9.6	7.1

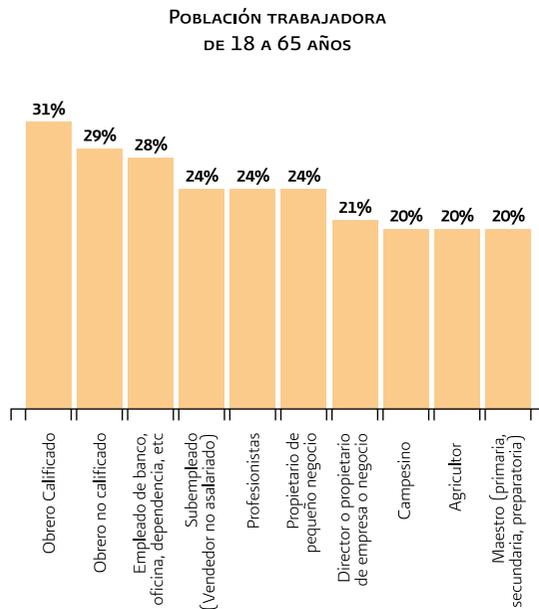
<sup>1</sup> ( $\chi^2=21.914$ , gl=3,  $p<=0.001$ )

<sup>2</sup> ( $\chi^2=1.078$ , gl=2,  $p<=0.001$ )

Porcentajes obtenidos del total de los fumadores actuales por trabaja y no trabaja (en el mes previo a la encuesta). ENA, 2008

En la población trabajadora, hombres y mujeres por tipo de ocupación, se clasificaron como fumadores actuales 31 por ciento de los obreros calificados, es decir, aquéllos que trabajan como torneros, mecánicos, hojalateros, encuadernadores, etc. En tanto que 29 por ciento eran obreros no calificados (trabajadores eventuales, cabo, soldado raso, de servicios domésticos - chofer, mozo, jardinero-, albañil, taxista, etc.). Así como 28 por ciento empleados de banco, oficina, establecimiento y dependencias gubernamentales (Gráfica 4). También, con proporciones iguales (24 por ciento) profesionistas universitarios, propietarios de pequeño comercio y director o propietario de empresa o negocio.

**Gráfica 4.** Consumo actual de tabaco por tipo de ocupación



Nota: Resultado de la población económicamente activa, ENA, 2008.

### - Indicadores de adicción y dependencia

Algunas de las características de los fumadores actuales relacionadas con los indicadores de adicción son: 76.6 por ciento "dan el golpe" al cigarro algunas veces o siempre. Son más los hombres (77.9 por ciento) que las mujeres (71.1 por ciento). También fueron más los que no tuvieron empleo (78.3 por ciento) que los que si lo tuvieron (76.5 por ciento); en tanto que 11.4 por ciento de esta población fuma el primer cigarrillo del día durante la primera media hora después de levantarse, 11.7 por ciento de los hombres lo hace de igual manera, así como 10.2 por ciento de las mujeres. Con respecto a la situación laboral 11.4 por ciento de los trabajadores lo hace y 13.1 por ciento de los desempleados;

7.3 por ciento de los casos mencionó que el periodo en el que fuman con mayor frecuencia corresponde al transcurso de la mañana, en este caso son un poco más de mujeres (7.5 por ciento) que de hombres (7.3 por ciento); asimismo, 7.4 por ciento fueron trabajadores en comparación con 6.2 por ciento que no tuvieron empleo. (Gráfica 5).

**Gráfica 5.** Indicadores de adicción en fumadores actuales



Nota: Resultado de la población económicamente activa, ENA, 2008.

El nivel de dependencia entre la población económicamente activa, se obtuvo a partir de la escala Fagëstrom, que contiene 6 reactivos. A partir de su calificación se realizó la clasificación de esta población de la siguiente manera: 1. Dependencia, 2. Fuma diario sin dependencia, 3. Fuma ocasionalmente y ex fumador, 4. No fuma. Del total de esta población 0.9 por ciento presentó dependencia al tabaco, 8.8 por ciento informó fumar a diario pero no tiene dependencia, 38 por ciento fuma de manera ocasional o es ex fumador, y la mayoría (52.3 por ciento) no fuma.

Asimismo, entre los hombres se clasificó como dependiente al 1.1 por ciento de los que trabajaron, en comparación con 1.3 por ciento de los que no trabajaron. En las mujeres que trabajaron, menos del uno por ciento (0.6 por

ciento) se ubicó como dependiente y no se encontraron mujeres dependientes en las que indicaron estar sin trabajo (Tabla 4).

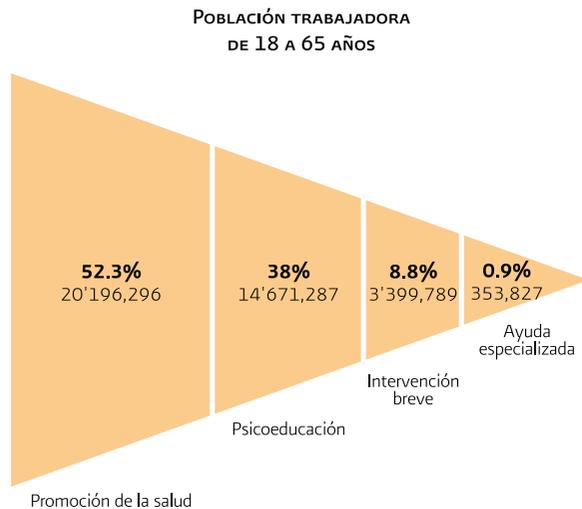
**Tabla 4. Dependencia al tabaco en la población económicamente activa por trabaja y no trabaja y sexo**

	Si trabajó por ciento	No trabajó por ciento	Total por ciento
<b>HOMBRES</b>			
Dependencia	1.1	1.3	1.1
Fuma diario sin dependencia	10.8	11.1	10.8
Fuma ocasionalmente y ex fumador	44.5	43.4	44.5
No fuma	43.6	44.2	43.6
<b>MUJERES</b>			
Dependencia	0.6	0.0	0.5
Fuma diario sin dependencia	5.0	3.7	4.9
Fuma ocasionalmente y ex fumador	25.2	26.5	25.5
No fuma	69.0	69.7	69.0

Porcentajes obtenidos del total de la población económicamente activa (PEA), adulta (18-65 años), por trabaja y no trabaja (en el mes previo a la aplicación de la encuesta) por sexo.

La distribución de consumidores si sólo tomamos en cuenta a la población trabajadora, hombres y mujeres, un poco más de la mitad (52.3 por ciento) no consumen tabaco, mientras que 38 por ciento son exfumadores (no fumaron en el último año) o fumadores ocasionales; las menores proporciones las presentan los fumadores diarios pero sin dependencia (8.8 por ciento) y las personas con dependencia con un porcentaje menor al uno por ciento (Gráfica 6).

**Gráfica 6. Necesidades de atención en población trabajadora**



Nota: Resultado de la población económicamente activa, ENA, 2008.

Por otro lado, nuevamente sólo para la población que sí trabaja por tipo de ocupación, muestra que los propietarios de un pequeño negocio tienen el porcentaje más elevado para la dependencia al tabaco (1.3 por ciento), seguido por los obreros no calificados y profesionistas con proporciones iguales (1.1 por ciento) (Tabla 5). También entre los obreros calificados y no calificados y los directores y dueños de empresa y negocio se presentan los porcentajes más elevados para fumadores diarios, aunque sin dependencia.

**Tabla 5. Dependencia al tabaco en población adulta trabajadora por tipo de ocupación**

	Dependencia por ciento	Fuma Diario (sin depen.) por ciento	Total por ciento	No fumador por ciento
Obrero calificado	0.8	11.3	39.4	48.4
Obrero no calificado	1.1	10.1	38.6	50.2
Empleado de banco, oficina, dependencia etc.	0.7	8.9	38.7	51.8
Subempleado (vendedor no asalariado)	1.0	8.3	35.5	55.3
Profesionistas	1.1	8.6	40.5	49.8
Propietario de pequeño negocio	1.3	8.0	38.6	52.1
Director o propietario de empresa o negocio	0.3	10.0	40.4	49.3
Campeño	0.8	5.0	38.0	56.2
Agricultor	0.9	8.9	28.0	62.1
Maestro (primaria, secundaria, preparatoria)	0.7	6.1	37.5	55.7

Porcentajes obtenidos del total de la población adulta que sí trabajó por tipo de ocupación.

Se realizó el análisis por tipo de seguridad social a la que está afiliada y se encontró que la proporción más elevada con dependencia se presenta entre los que tienen seguro privado (2.4 por ciento), seguido por los que tienen servicio en PEMEX, SEDENA o en la Marina (1.4 por ciento), en tercer lugar las personas sin seguro, eventuales o con trabajo informal (1.1 por ciento). (Tabla 6). Asimismo, los que tienen seguro privado, ISSSTE o IMSS tienen más personas que fuman diario pero que no tienen dependencia.

**Tabla 6. Dependencia al tabaco en población adulta por seguridad social**

Consumo actual de tabaco	Dependencia	Fuma Diario (sin depen.)	Total	No fumador
Seguridad Social	por ciento	por ciento	por ciento	por ciento
IMSS	0.7	9.4	38.1	51.7
ISSSTE	0.4	10.5	37.3	51.8
PEMEX, SEDENA, Marina	1.4	6.2	34.0	58.3
Seguro Popular	0.7	5.4	38.3	55.6
Seguro privado y otros	2.4	10.7	36.5	50.4
Sin seguro, eventual o informal	1.1	8.9	38.0	52.0

Porcentajes obtenidos del total de la población económicamente activa por sexo y seguridad social.

### - Exposición al humo de tabaco en la población económicamente activa que nunca ha fumado

Del total de esta población que indicó nunca haber fumado (52.3 por ciento) y que corresponde a un poco más de 21 millones de personas, 25 por ciento mencionó que está expuesta al humo del cigarro ya sea dentro de su casa, en la escuela o en el lugar de trabajo. Son un poco más de mujeres expuestas (25.3 por ciento) que de varones (24.9 por ciento). Según la edad 30.1 por ciento son adultos jóvenes (18 a 29 años) y 24.7 por ciento de 30 a 39 años. Además, una proporción mayor de solteros (30.1 por ciento) están expuestos, seguido por los que viven en pareja (23.3 por ciento). Asimismo, 25.5 por ciento son personas que trabajaron, en contraste con los que no tuvieron trabajo (16.7 por ciento) (Tabla 7)

**Tabla 7. Características de los fumadores actuales que trabajan y no trabajan**

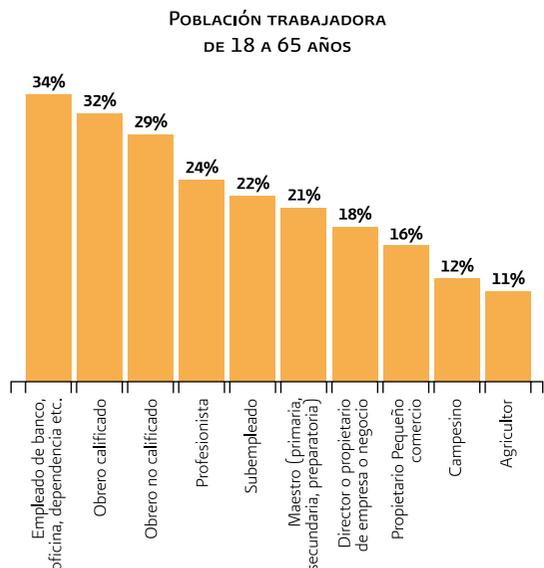
(N = 21'264,112)

	Si expuestos	
	F	por ciento
<b>Sexo</b>		
Hombres	2'903,944	24.9
Mujeres	2'422,644	25.3
<b>Edad</b>		
18-29 años	2'207,264	30.1
30-39 años	1'519,981	24.7
40-49 años	988,676	22.2
50-65 años	610,667	18.4
<b>Estado civil</b>		
Casado o Unión libre	2'960,133	23.3
Soltero	2'017,042	30.1
Separado o viudo o divorciado	349,413	18.5
<b>Situación laboral</b>		
Sí trabajó	5'147,745	25.5
No trabajó	178,843	16.7

Porcentajes obtenidos del total de la población económicamente activa que nunca han fumado. ENA, 2008.

Entre la población trabajadora y no fumadora, la proporción más elevada que mencionan estar expuestos al humo del cigarro se encuentra entre los empleados de banco, oficina y dependencias gubernamentales, etc. (34 por ciento), seguido por los obreros calificados (32 por ciento) y los no calificados (29 por ciento) (Gráfica 7).

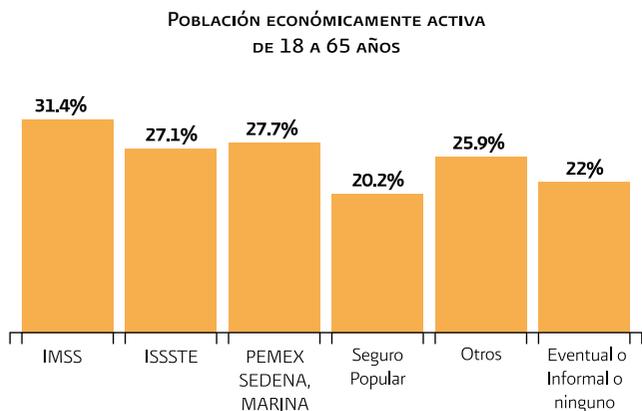
**Gráfica 7.** Consumo actual de tabaco por tipo de ocupación



Nota: Resultado de la población económicamente activa, ENA, 2008.

Asimismo, en la gráfica 8, se presentan los datos según el tipo de seguridad social, 31.4 por ciento están afiliados al IMSS, seguido por los que tienen servicio en PEMEX, SEDE-NA y Marina (27.7 por ciento) y en tercer lugar las personas que están afiliadas al ISSSTE con 27.1 por ciento.

**Gráfica 8.** No fumadores expuestos al humo de cigarro por tipo de seguridad social



Nota: Resultado de la población económicamente activa, ENA, 2008.

### - Opinión acerca de las áreas libres del humo del cigarro en lugares públicos

Por último, se preguntó a los entrevistados(a) ¿qué tan a favor estaban en que se establecieran lugares públicos libres de humo de tabaco? En general la mayoría (entre el 80 y 90 por ciento) está completa o medianamente a favor, sólo en el caso de los bares y otros lugares en donde se venden bebidas con alcohol, este porcentaje es menor en fumadores (54.0 por ciento) ex - fumadores (68.9 por ciento) y entre los que no fuman (73.8 por ciento). (Tabla 8)

**Tabla 8.** Percepción de fumadores, ex fumadores y no fumadores sobre áreas libres del humo del cigarro en lugares públicos

¿Qué tan a favor está...? Completa y medianamente a favor	Fumadores	Ex fumadores	No fumadores	Total
	por ciento	por ciento	por ciento	por ciento
En restaurantes	84.0	87.9	87.7	86.9
En cines	84.2	88.5	86.7	86.4
En bares	54.0	68.9	73.8	67.6
En hospitales	88.7	90.1	89.1	89.2
En los lugares de trabajo	80.4	87.4	86.8	85.3
En el transporte público	84.7	88.5	87.5	87.0
Debería prohibirse el consumo en cualquier lugar cerrado	84.7	91.4	89.6	88.7

Porcentajes obtenidos del total de la población económicamente activa (PEA) que nunca ha fumado.

De igual forma, entre las personas que sí trabajan y las que no, las proporciones son altas a favor de tener diversas áreas libres de humo de tabaco; sin embargo, los porcentajes más altos están entre los que trabajan, en comparación con los que no trabajan, con diferencias significativas a través de la prueba chi cuadrada, en la única que no se observaron diferencias significativas fue en la restricción para el transporte público (Tabla 9).

**Tabla 9. Percepción de trabajadores y no trabajadores sobre áreas libres del humo del cigarro en lugares públicos**

¿Qué tan a favor está...? Completa y medianamente a favor	Trabaja por ciento	No trabaja por ciento
En restaurantes	87.0	83.8
En cines	86.6	82.9
En bares	67.7	64.9
En hospitales	89.3	87.1
En los lugares de trabajo	85.4	82.4
En el transporte público	87.0	85.9
Debería prohibirse el consumo en cualquier lugar cerrado	88.8	86.3

Porcentajes obtenidos del total de la población económicamente activa (PEA) que nunca ha fumado.

<sup>1</sup>( $\chi^2=11.117$ , gl=1,  $p<0.01$ ), <sup>2</sup>( $\chi^2=15.595$  gl=1,  $p<0.001$ ), <sup>3</sup>( $\chi^2=4.817$ , gl=1,  $p<0.05$ ),

<sup>4</sup>( $\chi^2=6.861$ , gl=1,  $p<0.01$ ), <sup>5</sup>( $\chi^2=9.426$ , gl=1,  $p<0.01$ ), <sup>7</sup>( $\chi^2=8.376$ , gl=1,  $p<0.01$ )

## - Conclusiones

Los datos que se presentan en este trabajo son preliminares, pero nos permiten tener un perfil epidemiológico de referencia de cómo se presenta este fenómeno en la población económicamente activa y en especial del grupo de trabajadores de la población mexicana. De total de esta población, diez millones de personas son fumadoras actuales, principalmente hombres, adultos jóvenes de 18 a 29 años y que viven en pareja o casados.

Al igual que en la población en general, el consumo del tabaco lo iniciaron a los 16 años en los hombres, mientras en las mujeres dos años después, es decir a los 18 años (ENA, 2008, Reynales, Lazcano y Hernández, 2010, Medina-Mora, Villatoro, Robles, Real, 2010). Esto tiene implicaciones importantes para el sector laboral, porque las personas que se incorporan a un trabajo cuando llegan a la mayoría de edad, como es el caso de los varones, llegan con un patrón de consumo de tabaco de dos años o más y con

problemas de salud derivados de esta práctica (Kuri, Soto y González, 2010). Esto proporciona elementos para orientar el tipo de prevención que debe utilizarse y la necesidad de tener un registro al inicio en la solicitud de trabajo.

Es necesario poner énfasis en la proporción elevada de mujeres que trabajan y son consumidoras actuales de tabaco en comparación con las que no trabajan. Es importante realizar más estudios al respecto, que permitan identificar si hay factores que pudieran facilitar el consumo de tabaco en las mujeres trabajadoras o si en estos resultados sólo se refleja la incorporación de las mujeres al consumo de esta sustancia, ya descrito por otros autores (González, 2010).

Por otro lado, el análisis por tipo de ocupación muestra la distribución de los fumadores actuales. Las proporciones más altas se presentan en obreros calificados y no calificados que, en algunas ocasiones, son los que tienen percepciones monetarias escasas o un poco más bajas, y el gasto en cigarros llega a representar un desvío importante en el deterioro de la economía familiar, como se ha documentado en otros estudios (Reynales, Lazcano y Hernández, 2010).

Los resultados sobre necesidades de atención entre los trabajadores, reflejan que la mayor parte requiere de estrategias de prevención universal que proporcione los conocimientos y habilidades que les permitan a las personas mantenerse sin fumar. Asimismo, otro grupo que se identifica son los que fuman diario aunque no tienen dependencia, éstos se consideran en riesgo; así que en este grupo las acciones deben ser más intensas y apoyadas por profesionales con la finalidad de reforzar la necesidad del cambio en esta práctica. En el caso del otro grupo que presenta dependencia, requieren de una atención especializada por lo que es deseable establecer, dentro del lugar de trabajo, estrategias que faciliten que los trabajadores acudan a tratamiento o canalizarlos a centros especializados, en beneficio tanto de la empresa como de los trabajadores.

En cuanto a la exposición ambiental del humo de cigarro, si bien es cierto que 25 por ciento de la población que trabaja se quejó de estar expuesto al humo de cigarro en casa o escuela o trabajo, es posible que en la actualidad, 2011, su queja ya no sea vigente por la aplicación más estricta de la Ley de Protección a los no Fumadores, que en 2008.

Es necesario resaltar que la mayoría de la población que tiene trabajo está a favor de las restricciones de fumar en lugares cerrados, esto es apoyando inclusive por los que sí fuman, lo cual podría deberse a varias motivaciones, entre otras, que también les ayuda a disminuir la cantidad de cigarros y reconocen que en algo les afecta el consumo, como se ha mencionado en otros estudios (Zinser, 2010).

Es importante mencionar que existe evidencia científica que muestra la efectividad que tiene la aplicación de estas medidas restrictivas para fumar, entre las cuales se ha logrado disminuir el ausentismo laboral (Zinser, 2010), y se ha ido disminuyendo el consumo en la población (ENA, 2008). Finalmente, todos estos resultados muestran que el lugar de trabajo es un escenario excepcional para la prevención a los tres niveles.

### 5.3. Consumo de alcohol en población económicamente activa

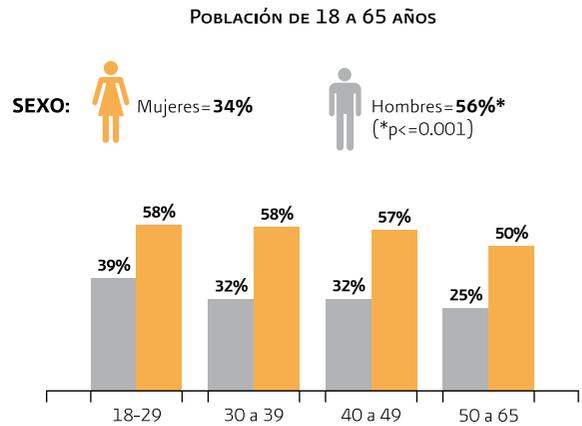
El consumo de alcohol entre la población mexicana está asociado a una serie de problemas, incluidos los de salud; es así que las muertes por cirrosis del hígado ocupan el cuarto lugar en la clasificación de las principales causas de mortalidad para toda la población, y el tercer lugar en los hombres, mientras que si se considera por factor de riesgo al alcoholismo, los hombres ocupan el primer lugar; asimismo, en los años de vida ajustados por discapacidad, el alcoholismo también ocupa el primer lugar para toda la población, el primero para los hombres y el tercer lugar para mujeres (González-Pier, y cols. 2007).

La forma del consumo de alcohol entre los mexicanos se ubica como el nivel de más alto riesgo de la clasificación de la OMS, por encima de América Latina y Estados Unidos, las proporciones elevadas de abstemios reflejan que el alcohol disponible lo consumen en un índice menor de la población.

La última encuesta realizada en 2008, muestra las prácticas del consumo de alcohol entre la población mexicana a edades más tempranas, aumentando conforme aumenta la edad y haciéndose más evidente en los muchachos que se acercan a la mayoría de edad, lo cual confirma resultados encontrados previamente, en virtud de que los adolescentes copian las formas de consumo que tiene los adultos (ENA, 2008).

Asimismo, los resultados más importantes entre población adulta, considerada económicamente activa, reflejan una proporción significativamente mayor de hombres consumidores actuales que de mujeres ( $\chi^2=1215.149$ ,  $gl=1$ ,  $p<=0.001$ ), los mayores porcentajes se concentran entre las edades de 18 a 49 años, en ambos sexos, es decir, en plena edad productiva y observándose una baja en el grupo de 50 años o más (Gráfica 9).

**Gráfica 9. Consumidores actuales de alcohol en Población económicamente activa, por Edad y Sexo**

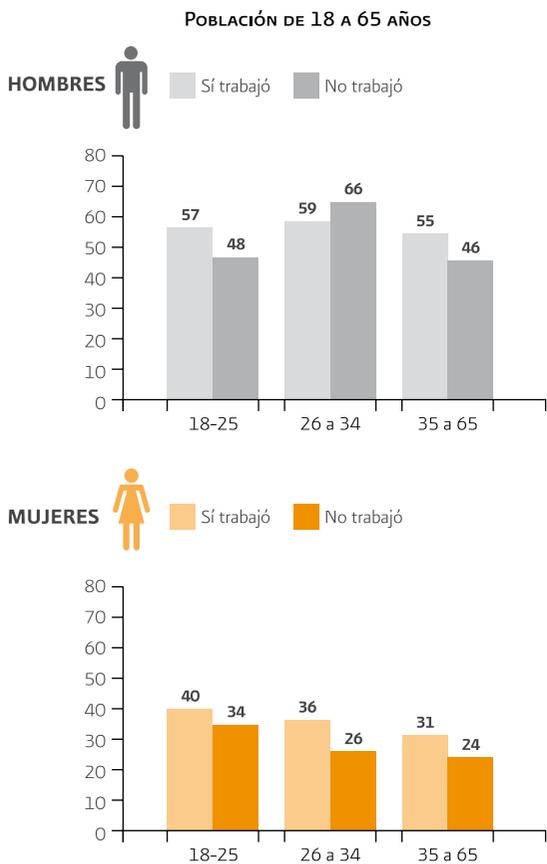


Nota: Resultado de la población económicamente activa, ENA, 2008.

En la gráfica 10 se presenta la comparación entre trabajadores y no trabajadores. Los resultados de los hombres reflejan que la mayor proporción de personas, que indicaron el consumo de alcohol en el último año, se concentra en el grupo de edad de 26 a 34, con un porcentaje más elevado en los que no trabajaron (66 por ciento); sin embargo, entre los adultos jóvenes (18 a 25 años) son más los trabajadores (57 por ciento), en contraste con los que no trabajaron, una situación similar sucede con lo de 35 ó más años.

Por otro lado, la distribución en las mujeres es diferente, en los tres grupos de edad las proporciones son más altas para las mujeres trabajadoras, en comparación con las que no tuvieron trabajo.

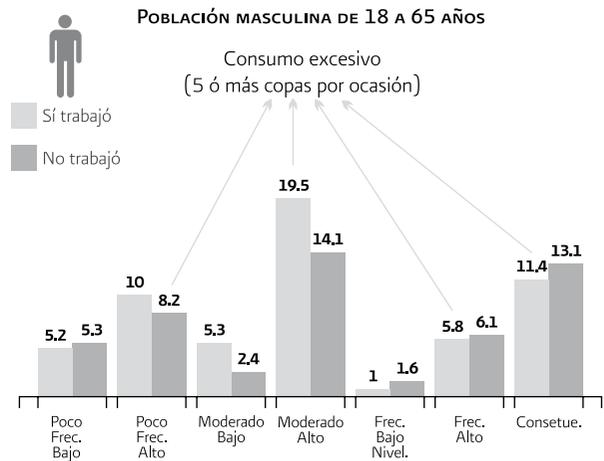
**Gráfica 10.** Consumidores actuales de alcohol en población económicamente activa. Trabajadores y no trabajadores



Nota: Resultado de la población económicamente activa, ENA, 2008.

La población masculina se caracteriza por tener las mayores proporciones en los patrones de consumo que, por definición, incluyen el beber cinco copas o más (bebedor poco frecuente alto, moderado alto, bebedor frecuente alto y consuetudinario), consumir esta cantidad, independiente de la frecuencia, se considera de riesgo. Así, en la gráfica 11 se observa que una mayor parte de hombres trabajadores (19.5 por ciento) tienen un consumo moderado alto en contraste con los desempleados (14.1 por ciento), situación que se invierte entre los que tienen un consumo consuetudinario<sup>90</sup>, siendo más los desempleados (13.1 por ciento) en comparación con los que sí trabajaron en el último mes (11.4 por ciento).

**Gráfica 11.** Patrón de consumo de alcohol en población económicamente activa

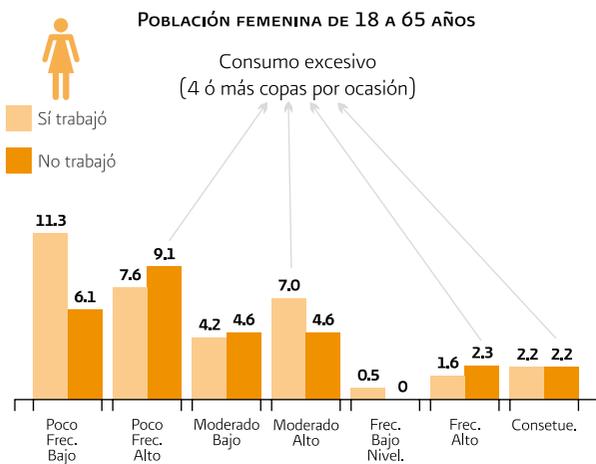


Nota: Resultados de la población económicamente activa, ENA, 2008.

<sup>90</sup> El consumo consuetudinario se define como el consumo de cinco o más copas para los hombres y cuatro o más para las mujeres, una vez a la semana o con mayor frecuencia (ENA, 2008).

El patrón de consumo en las mujeres es diferente al de los hombres, porque la mayoría de las mujeres que beben se concentran en el patrón de consumo poco frecuente de bajo nivel, así como en bebedoras poco frecuente de alto nivel (el consumo en riesgo para las mujeres es de cuatro o más copas), aunque, al igual que con los hombres, son más las mujeres trabajadoras (7 por ciento) con un consumo moderado de alto nivel, en contraste con las mujeres desempleadas (4.6 por ciento), y en cuanto al consumo consuetudinario son iguales las proporciones (2.2 por ciento) de ambos grupos de mujeres (Gráfica 12).

**Gráfica 12. Patrón de consumo de alcohol en población económicamente activa**

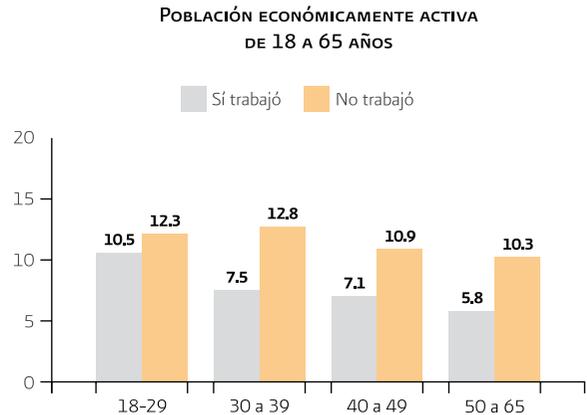


Nota: Resultados de la población económicamente activa, ENA, 2008.

### - Abuso/dependencia al alcohol<sup>93</sup>

La distribución del abuso/dependencia al consumo de alcohol, en el grupo de personas que sí trabajó en el último mes, muestra que los más afectados son los más jóvenes (10.5 por ciento), seguidos por los de 30 a 39 años (7.5 por ciento), y sigue disminuyendo conforme aumenta la edad (Gráfica 13). La tendencia es diferente entre los desempleados, lo más afectados están comprendidos en el grupo de edad de 30 a 39 años (12.8 por ciento), seguidos por los más jóvenes (12.3 por ciento); también hay una disminución con el aumento de edad, pero mucho menos pronunciada, de tal manera que para el último grupo de edad (50 a 65 años) sigue siendo una proporción elevada (10.3 por ciento)

**Gráfica 13. Abuso / dependencia al Alcohol por Edad y Trabajo**



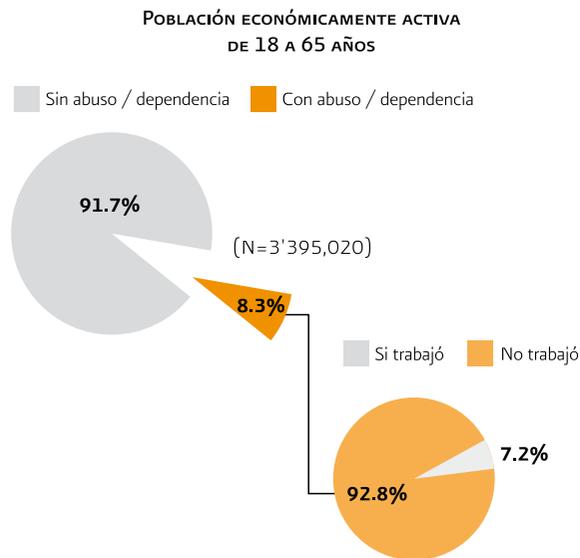
Nota: Resultado de la población económicamente activa, ENA, 2008.

Cuando estos análisis se realizan considerando sólo a los 3 millones 395 mil 020 (8.3 por ciento), de la población económicamente activa, hombres y mujeres, que cumple con el criterio de abuso/dependencia al alcohol, se muestra cómo un número mayor de personas está integrada a la fuerza de trabajo, en virtud de que son 92.8 por ciento de éstos que indicaron haber tenido trabajo en el mes previo a la aplicación de la encuesta (Gráfica 14) en contraste con el resto (7.2 por ciento) que no laboraron.

Esto refleja la necesidad imperante de establecer, dentro de los centros de trabajo, estrategias de detección temprana que ayuden a identificar a las personas que requieren de una atención especializada. También, contar con intervenciones para disminuir el consumo excesivo que apoyen a los trabajadores(as) que inician un consumo fuerte del alcohol, con la finalidad de disminuir sus efectos en los individuos y las empresas.

<sup>93</sup> Se define abuso/dependencia como un patrón de consumo des-adaptativo que lleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por la presencia de tres o más síntomas durante los doce meses previos a la encuesta (ENA, Nacional, 2008).

**Gráfica 14.** Distribución de personas con abuso / dependencia al alcohol



Nota: Resultado de la población económicamente activa, ENA, 2008.

Por otro lado, cuando se analiza el abuso/dependencia por tipo de ocupación (Tabla 10), los campesinos tienen la proporción más elevada (10.7 por ciento), seguido por los obreros calificados y no calificados con igual porcentaje (9.3 por ciento); es importante mencionar que casi todas las ocupaciones tienen valores elevados, a excepción de los maestros(a) de primaria, secundaria o preparatoria (2.6 por ciento).

**Tabla 10.** Abuso/dependencia al alcohol por tipo de ocupación

	por ciento
Campesino	10.7
Obrero calificado	9.3
Obrero no calificado	9.3
Agricultor	8.3
Subempleado (vendedor no asalariado)	7.9
Director o propietario de empresa o negocio	7.7
Profesionistas	7.0
Propietario de pequeño negocio	6.4
Empleado de banco, oficina, dependencia etc.	6.2
Maestro (primaria, secundaria, preparatoria)	2.6

Porcentajes obtenidos del total de la población adulta que trabajó por tipo de ocupación.

Asimismo, los resultados de este indicador con seguridad social, refleja que el grupo de personas sin seguro social son los más afectados (9.3 por ciento), seguidos por los que tienen servicios por parte de PEMEX, SEDENA o la Marina (8.5 por ciento) y con proporciones iguales los que tienen Seguro Popular y otro tipo de seguro (8.1 por ciento).

En el caso de los hombres la distribución varía en virtud de que los más afectados son los que tienen seguro privado y otro tipo de seguro (13.4 por ciento); en segundo lugar los que no tienen seguro, seguidos por los que tienen Seguro Popular y, en cuarto y quinto lugar, los afiliados al IMSS e ISSSTE, respectivamente (Tabla 11).

Para las mujeres la proporción más elevada se presentó entre las que tienen servicio en PEMEX, SEDENA o Marina (8.8 por ciento), seguidas por las mujeres sin seguro, y en tercer lugar, las personas afiliadas al IMSS (2.6 por ciento).

**Tabla 11.** Abuso/dependencia al alcohol en el último año y seguridad social, en población económicamente activa

Abuso/dependencia al alcohol	Hombres	Mujeres	Total
Seguridad Social	por ciento	por ciento	
IMSS	9.9	2.6	7.2
ISSSTE	9.8	1.0	5.6
PEMEX, SEDENA, Marina	8.4	8.8	8.5
Seguro Popular	11.2	1.7	8.1
Seguro privado y otros	13.4	1.0	8.1
Sin seguro, eventual o informal	12.4	2.7	9.3

Porcentajes obtenidos del total por sexo y seguridad social.

## - Conclusiones

El alcohol sigue siendo la droga más utilizada, además del tabaco, entre la población mexicana y las proporciones más altas continúan presentándose en los hombres. En concreto, los hombres jóvenes de 18 a 25 y los de 35 a 65 años que trabajaron, en contraste con los que no trabajaron, mientras el grupo restante (de 26 a 34 años) y que no trabajaron, presentó un porcentaje mayor en comparación con los que sí. Por otro lado, son más las mujeres trabajadoras que mencionaron el consumo en el último año, en contraste con las que no trabajaron, en todos los grupos de edad.

Aunque tanto hombres como mujeres, que indicaron haber trabajado en el mes previo a la encuesta, tienen el patrón moderado alto que incluye un consumo excesivo de alcohol (cinco copas o más en el caso de los hombres, y cuatro o más para el caso de las mujeres), están por encima de las personas que no trabajaron, este consumo excesivo se considera de riesgo para desarrollar otras problemáticas.

La presencia de abuso/dependencia es alta en la población económicamente activa tanto que trabajaron como los que no. En los primeros la mayor proporción se concentra en los adultos jóvenes (18 a 29 años) y en los que no trabajaron en el grupo de 30 a 39 años. Asimismo, es importante notar que del total de esta población que cumple con el criterio de abuso/dependencia, la mayoría (93 por ciento) indicó estar integrada a la fuerza laboral, por lo que es importante considerar que este indicador incluye a aquellas personas que mencionaron haber tenido en el último año alguna o varias de las siguientes problemáticas: tolerancia, abstinencia, haber perdido el control del consumo del alcohol, reducir actividades sociales, laborales o recreativas, tener problemas de salud física y emocional, familiares y laborales.

En cuanto al tipo de ocupación, en general casi todas las ocupaciones tienen un índice de abuso/dependencia alto, a excepción de los maestros de primaria, secundaria o preparatoria. Los grupos con porcentajes más elevados son los campesinos, los obreros calificados, los no calificados, los agricultores y subempleados, mientras que en el último lugar aparecen los maestros de primaria, secundaria y preparatoria.

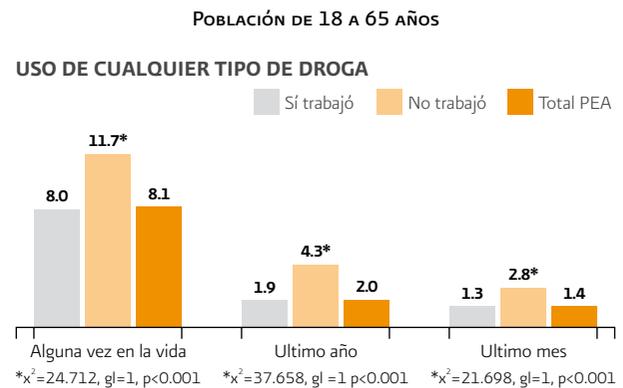
Con respecto a los resultados del consumo de alcohol y la seguridad social, los que no tienen Seguro Social están más afectados por el abuso/dependencia, pero es importante resaltar que la mayoría la conforman los que tienen algún tipo de seguridad social, y que hay porcentajes elevados en quienes están afiliados a PEMEX, SEDENA o Marina y en especial entre las mujeres que ocupan el primer lugar.

Estos resultados enfatizan la necesidad de fortalecer las medidas de prevención entre la población económicamente activa y es más imprescindible tomar en cuenta las condiciones laborales de cada grupo, para que las estrategias de prevención estén adaptadas a las necesidades específicas de cada sector. Y además de fortalecer las acciones preventivas universales que van dirigidas a toda la población, es necesario introducir estrategias que permitan la detección oportuna y la adecuada canalización a tratamiento de las personas que ya presentan abuso o dependencia.

## 5.4. Consumo de drogas en población económicamente activa

La prevalencia del consumo de cualquier tipo de droga alguna vez en la vida para las personas que indicaron tener trabajo, es de 8 por ciento, en contraste con los que no trabajaron (11.7 por ciento); asimismo, para el último año la prevalencia es de 1.9 por ciento y para el último mes de 1.3 por ciento, en contraste con los desempleados que tienen proporciones más elevadas, 4.3 por ciento y 2.8 por ciento, respectivamente (Gráfica 15). La diferencia entre estos dos grupos es significativa, evaluada a través de la prueba chi cuadrada.

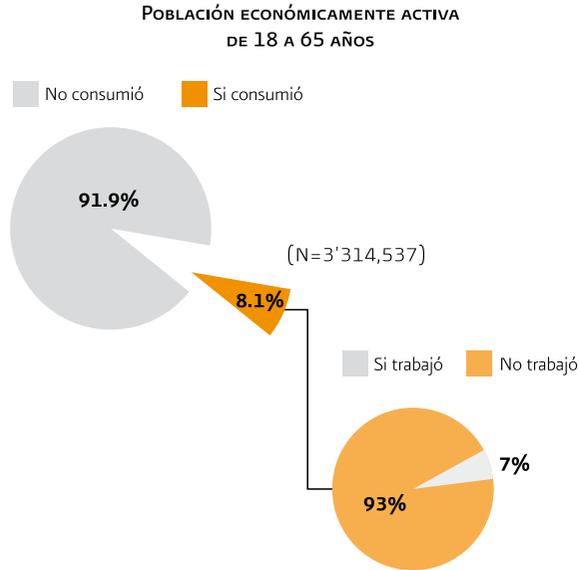
**Gráfica 15. Consumo de drogas entre trabajadores y no trabajadores**



Nota: Resultado de la población económicamente activa, ENA, 2008.

Sin embargo, si consideramos solo al 8.1 por ciento de la población económicamente activa que indicó haber consumido cualquier tipo de droga alguna vez en la vida, se observa que el 93 por ciento sí trabajó (Gráfica 16), en contraste con 7 por ciento que no laboró. Es muy importante considerar que finalmente se tiene a un número mayor de personas (3 millones 072 mil 038), que tuvieron consumo de cualquier droga alguna vez en la vida y que indicaron haber trabajado el mes previo a la realización de la encuesta, en comparación con los que no (242 mil 499), es por esto que se enfatiza la importancia de introducir medidas de prevención e intervención en los lugares de trabajo.

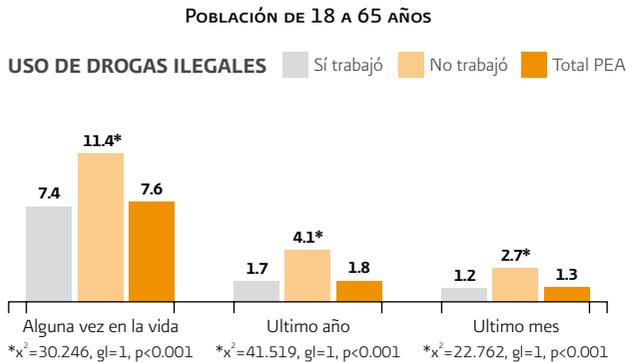
**Gráfica 16.** Distribución de personas con consumo de cualquier tipo de droga alguna vez en la vida



Nota: Resultado de la población económicamente activa, ENA, 2008.

Respecto a las proporciones de usuarios de drogas ilegales, 7.4 por ciento de la población que trabajó indicó haberlas consumido alguna vez en la vida (Gráfica 17), 1.7 por ciento en el último año y 1.2 por ciento en el último mes, en comparación con los desempleados que presentan porcentajes aún más elevados, siendo significativas estas diferencias con la prueba chi cuadrada ( $\chi^2$ ).

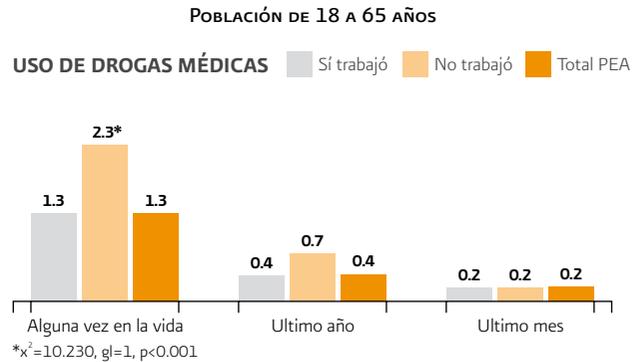
**Gráfica 17.** Consumo de drogas entre trabajadores y no trabajadores



Nota: Resultado de la población económicamente activa, (PEA), ENA, 2008.

Asimismo, para el uso de drogas médicas alguna vez en la vida, la población desempleada presentó también (a través de la prueba chi cuadrada) una proporción significativamente más alta (2.3 por ciento), en comparación con los trabajadores (1.3 por ciento), aunque esta diferencia se pierde en la prevalencia del último mes, ya que ambos grupos presentan proporciones iguales (Gráfica 18).

**Gráfica 18.** Consumo de drogas entre trabajadores y no trabajadores



Nota: Resultado de la población económicamente activa, (PEA), ENA, 2008.

### - Consumo de drogas y características demográficas

Las diferencias entre los hombres que trabajaron (10.3 por ciento) y desempleados (14.2 por ciento), para el consumo de cualquier tipo de droga alguna vez en la vida, es significativa ( $\chi^2=14.146$ , gl=1,  $p<0.001$ ). La misma diferencia se observa para la prevalencia de cualquier tipo de droga en el último año ( $\chi^2=38.956$ , gl=1,  $p<0.001$ ) entre los trabajadores (2.4 por ciento) y no trabajadores (5.7 por ciento), y para el uso en el último mes (1.7 por ciento y 3.8 por ciento, respectivamente), también con diferencias significativas, a través de la prueba chi cuadrada ( $\chi^2=21.900$ , gl=1,  $p<0.001$ ).

En el caso de las mujeres en la prevalencia alguna vez en la vida del uso de cualquier tipo de droga, hay una proporción más elevada de desempleadas (5.8 por ciento), en contraste con las que sí trabajaron (3.4 por ciento), con diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2=6.618$ , gl=1,  $p<0.05$ ). Para la prevalencia en el último año, los porcentajes son parecidos: menos del uno por ciento de mujeres que trabajaron indicaron haberlas consumido, en comparación con uno por ciento de las que no trabajaron. Para el uso en el último mes, se presentó la misma proporción para estos dos grupos de mujeres (0.5 por ciento).

Por otro lado, se observan diferencias significativas en la prevalencia del uso de cualquier droga alguna vez entre los trabajadores y no trabajadores de los tres grupos de edad; los desempleados presentan las proporciones más elevadas (Tabla 12). En tanto que en la prevalencia del último año, también hay diferencias significativas entre trabajadores y no trabajadores en los dos primeros grupos, que comprenden a los rangos de edad de 18 a 34 años. Mientras que para la

prevalencia en el último mes sólo en los adultos jóvenes (18 a 25 años), se observan diferencias significativas en estos dos grupos. Asimismo, se observa que en las prevalencias del último año y último mes, los adultos jóvenes (18 a 25 años) son los que tienen porcentajes más elevados 3.2 por ciento y 2.1 por ciento, respectivamente, y éstos disminuyen conforme aumenta la edad.

**Tabla 12. Prevalencia del consumo de drogas por edad en población económicamente activa**

Edad	Alguna vez en la vida		Último año		Último mes	
	Trabajó por ciento	No trabajó por ciento	Trabajó por ciento	No trabajó por ciento	Trabajó por ciento	No trabajó por ciento
18-25 años	8.8 <sup>a</sup>	11.9	3.2 <sup>d</sup>	7.0	2.1 <sup>f</sup>	5.1
26-34 años	9.9 <sup>b</sup>	13.7	2.1 <sup>e</sup>	3.9	1.4	2.3
35-65 años	6.5 <sup>c</sup>	10.4	1.3	2.0	0.9	0.9

a)  $\chi^2=5.605, gl=1, p<0.05$

b)  $\chi^2=4.862, gl=1, p<0.05$

c)  $\chi^2=12.652, gl=1, p<0.001$

d)  $\chi^2=21.365, gl=1, p<0.001$

e)  $\chi^2=4.249, gl=1, p<0.05$

f)  $\chi^2=19.943, gl=1, p<0.001$

Porcentajes obtenidos del total por edad y trabajo.



Del total de adultos jóvenes (18 a 25 años) que mencionaron haber trabajado, un poco más del doble de hombres (11.1 por ciento) indicó que consumió alguna vez en la vida, en comparación con las mujeres de esta edad (4.5 por ciento). En el siguiente grupo de edad (26 a 34 años) la diferencia se hace más evidente, en virtud de que son más del triple de hombres trabajadores (13.7 por ciento) que mencionaron haber usado drogas en el último año, en contraste con las mujeres trabajadoras (4.2 por ciento); de igual forma en el siguiente grupo de edad se observa una tendencia parecida (Tabla 13).

En la comparación entre trabajadores y desempleados, se observan diferencias significativas en el grupo de hombres de 26 a 34 años, tanto en la prevalencia alguna vez en la vida de cualquier tipo de droga como en la del último año, mientras que en la prevalencia del último mes las diferencias resultaron entre los varones más jóvenes (18-25 años). Asimismo, en el caso de las mujeres, sólo se encontraron diferencias significativas entre las que trabajaron y las que no trabajaron, en la prevalencia alguna vez en la vida.

**Tabla 13. Prevalencia del consumo de drogas por edad, sexo y trabajo, en población económicamente activa**

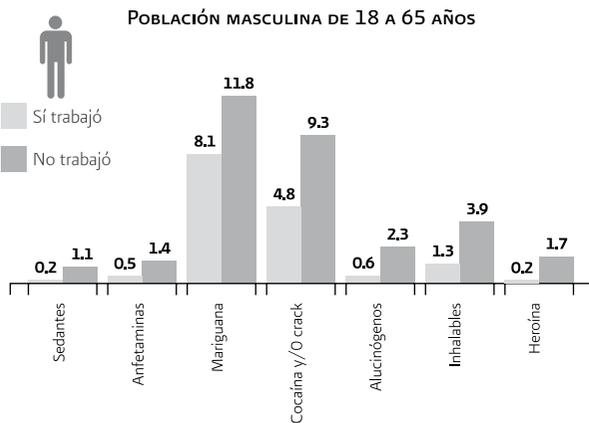
	Alguna vez en la vida		Último año		Último mes	
	Trabajó por ciento	No trabajó por ciento	Trabajó por ciento	No trabajó por ciento	Trabajó por ciento	No trabajó por ciento
<b>Edad HOMBRES</b>						
18-25 años	11.1	13.7	3.9 <sup>c</sup>	10.0	2.6 <sup>e</sup>	7.2
26-34 años	13.7 <sup>a</sup>	17.5	2.6 <sup>d</sup>	4.9	1.9	3.3
35-65 años	8.6 <sup>b</sup>	12.9	1.7	2.5	1.2	1.2
	a) $\chi^2=9.491$ , gl=1, $p<=0.01$		c) $\chi^2=27.68$ , gl=1, $p<=0.001$		e) $\chi^2=22.43$ , gl=1, $p<=0.001$	
			d) $\chi^2=4.542$ , gl=1, $p<=0.05$			
<b>Edad MUJERES</b>						
18-25 años	4.5 <sup>b</sup>	8.5	1.8	1.3	1.2	1.3
26-34 años	4.2	5.3	1.1	1.8	0.4	0.0
35-65 años	2.6	2.4	0.5	0.0	0.3	0.0
	a) $\chi^2=9.491$ , gl=1, $p<=0.01$					

Porcentajes obtenidos del total por edad, sexo y trabajo.

### - Prevalencia por tipo de droga

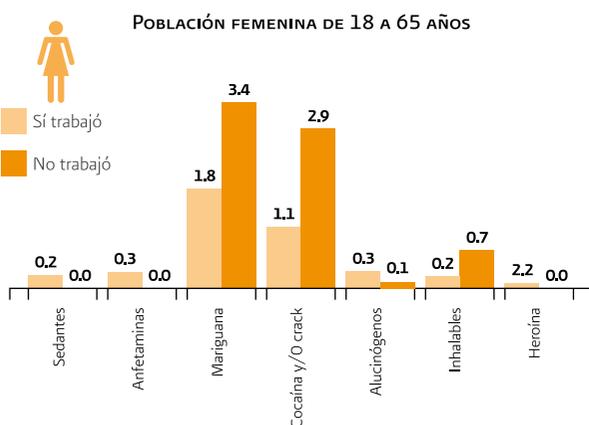
En el consumo alguna vez en vida, la marihuana es la droga que ocupa el primer lugar de uso tanto en hombres (8.1 por ciento) (Gráfica 19) como en mujeres (1.8 por ciento) (Gráfica 20), que refirieron haber trabajado el mes previo a la realización de la encuesta; la segunda droga más mencionada fue la cocaína y/o crack (4.8 por ciento y 1.1 por ciento, respectivamente). De igual manera con las personas que no tuvieron trabajo, aunque con porcentajes más elevados, 11.8 por ciento de los hombres y 3.4 por ciento de las mujeres usaron alguna vez en su vida marihuana; también para ellos la segunda droga fue la cocaína y/o crack (9.3 por ciento y 2.9 por ciento, respectivamente).

**Gráfica 19.** Consumo de drogas alguna vez en la vida, por tipo de droga en población económicamente activa (PEA)



Nota: Resultados de la población económicamente activa, ENA, 2008.

**Gráfica 20.** Consumo de drogas alguna vez en la vida, por tipo de droga en población económicamente activa (PEA) femenina de 18 a 65 años

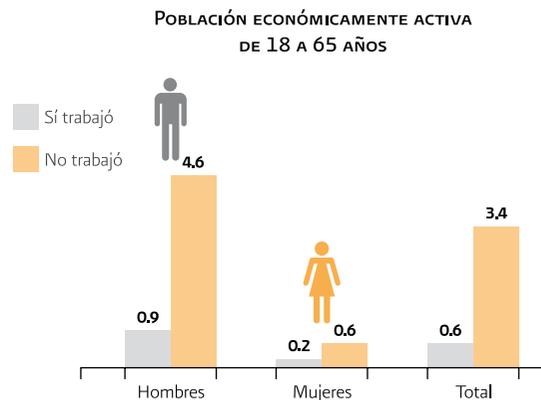


Nota: Resultados de la población económicamente activa, ENA, 2008.

### - Dependencia a drogas

La dependencia a drogas en el último año (Gráfica 21), en esta población, es de 0.8 por ciento del total de los hombres; la mayor proporción de dependientes fue entre los desempleados (4.6 por ciento) y menos de uno por ciento en los que sí trabajaron, en tanto que para las mujeres, aunque con porcentajes menores, 0.6 por ciento con dependencia, no laboraban, en contraste con las que sí trabajaron (0.2 por ciento).

**Gráfica 21.** Dependencia a drogas en el último año, en trabajadores y no trabajadores por sexo



Nota: Resultado de la población económicamente activa, ENA, 2008.

Es importante mencionar que si sólo tomamos al total de personas que tienen dependencia a las drogas, la mayoría (77.8 por ciento) indicó haber trabajado el mes previo a la aplicación de la encuesta, en contraste con el 22.2 por ciento que indicaron haber estado desempleadas.

### - Consumo de drogas y ocupación

Cuando se analiza sólo a la población que trabajó en el último mes, de acuerdo con el tipo de ocupación que tiene, las proporciones más elevadas para el consumo de cualquier tipo de droga, alguna vez en la vida, están entre los obreros calificados y no calificados con un porcentaje igual (Tabla 14), después están los profesionistas (8.1 por ciento), los propietarios de pequeño comercio (7.8 por ciento), seguido por los empleados de bancos, oficinas, establecimientos y dependencias gubernamentales (7.4 por ciento); con 7.2 por ciento los que indicaron ser directores o propietarios de empresa o negocio, siguiendo en orden descendente los subempleados (7 por ciento) y los agricultores (6.4 por ciento), mientras que algunas otras ocupaciones presentan porcentajes menores, como los que informaron ser campesinos (4.1 por ciento) y maestros de primarias, secundarias y preparatorias (3.1 por ciento).

La distribución para el consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida, refleja las mismas ocupaciones aunque en diferente orden. Mientras que para el consumo de drogas médicas, alguna vez en la vida, los profesionistas ocupan el primer lugar (2.1 por ciento), en segundo lugar están los directores o propietarios de empresa o negocio (1.8 por ciento), seguidos por las personas que tienen un subempleo (vendedores ambulantes, vendedores no asalariados, etc.).

**Tabla 14. Prevalencia del consumo de drogas en población adulta trabajadora por tipo de ocupación**

	N	Alguna vez en la vida		
		Cualquier droga por ciento	Droga ilegal por ciento	Droga médica por ciento
Obrero calificado	4'451,799	<b>10.1</b>	<b>9.8</b>	1.1
Obrero no calificado	11'155,998	<b>10.1</b>	<b>9.5</b>	1.5
Profesionistas	1'816,716	<b>8.1</b>	7.1	2.1
Propietario de pequeño negocio	3'845,886	7.8	<b>7.2</b>	1.2
Empleado de banco, oficina, dependencia etc.	7'113,283	7.4	6.8	1.5
Director o propietario de empresa o negocio	514,950	7.2	5.5	<b>1.8</b>
Subempleado (vendedor no asalariado)	2'334,728	7.0	6.1	1.6
Agricultor	1'210,538	6.4	6.2	0.5
Campesino	3'585,116	4.1	3.8	0.3
Maestro (primaria, secundaria, preparatoria)	958,320	3.1	2.0	1.5

Porcentajes obtenidos del total de la población adulta que trabajó por tipo de ocupación.

En la prevalencia de consumo de cualquier tipo de droga en el último año (Tabla 15), la proporción más alta es de obreros y obreras no calificados, seguidos por obreros calificados, en tercer lugar por las personas que indicaron no estar asalariadas (subempleadas), en el cuarto lugar y quinto lugar se ubicaron los empleados y empleadas de banco, oficina o trabajadores de dependencias gubernamentales y profesionistas, respectivamente. Una distribución similar se observa en la prevalencia de los últimos 30 días (Tabla 16).

**Tabla 15. Prevalencia del consumo de drogas en población adulta trabajadora por tipo de ocupación**

	Último año		
	Cualquier droga por ciento	Droga ilegal por ciento	Droga médica por ciento
Obrero no calificado	<b>3.0</b>	<b>2.7</b>	<b>0.6</b>
Obrero calificado	<b>2.6</b>	<b>2.4</b>	0.2
Subempleado (vendedor no asalariado)	<b>2.1</b>	<b>1.8</b>	0.3
Empleado de banco, oficina, dependencia etc.	1.7	1.4	0.3
Profesionistas	1.2	1.2	<b>0.9</b>
Director o propietario de empresa o negocio	0.9	0.6	0.3
Campesino	0.9	0.9	0.1
Propietario de pequeño negocio	0.7	0.6	0.2
Maestro (primaria, secundaria, preparatoria)	0.6	0.2	<b>0.4</b>
Agricultor	0.4	0.4	0.0

Porcentajes obtenidos del total de la población adulta que trabajó por tipo de ocupación.

**Tabla 16. Prevalencia del consumo de drogas en población adulta trabajadora por tipo de ocupación**

	Último mes		
	Cualquier droga por ciento	Droga ilegal por ciento	Droga médica por ciento
Obrero no calificado	<b>2.2</b>	<b>2.0</b>	<b>0.4</b>
Obrero calificado	<b>1.9</b>	<b>1.8</b>	0.1
Subempleado (vendedor no asalariado)	<b>1.5</b>	<b>1.5</b>	0.0
Profesionistas	0.9	0.5	<b>1.4</b>
Empleado de banco, oficina, dependencia etc.	0.9	0.8	0.2
Director o propietario de empresa o negocio	0.8	0.6	0.1
Campesino	0.7	0.7	0.1
Maestro (primaria, secundaria, preparatoria)	0.6	0.2	<b>0.4</b>
Propietario de pequeño negocio	0.4	0.3	0.0
Agricultor	0.1	0.1	0.0

Porcentajes obtenidos del total de la población adulta que trabajó por tipo de ocupación.

Los obreros no calificados, calificados y profesionistas, presentan los porcentajes más elevados para el uso de marihuana y cocaína alguna vez en la vida (Tabla 17), mientras que los maestros de primaria, secundaria y preparatoria tienen la proporción menor (1.2 por ciento que ha usado marihuana alguna vez en la vida y 1 por ciento ha usado cocaína).

**Tabla 17. Consumo de marihuana o cocaína alguna vez en la vida y ocupación, en población adulta trabajadora**

	Alguna vez en la vida	
	Marihuana por ciento	Cocaína por ciento
Obrero calificado	<b>7.9</b>	<b>4.4</b>
Obrero no calificado	<b>7.6</b>	<b>4.9</b>
Profesionistas	<b>6.0</b>	<b>3.9</b>
Propietario de pequeño negocio	5.5	3.1
Empleado de banco, oficina, dependencia etc.	5.0	<b>3.9</b>
Director o propietario de empresa o negocio	5.1	3.2
Subempleado (vendedor no asalariado)	4.7	2.7
Agricultor	4.5	1.3
Campesino	3.1	1.3
Maestro (primaria, secundaria, preparatoria)	1.2	1.0

Porcentajes obtenidos del total de la población adulta que trabajó por tipo de ocupación.

La mayor proporción de trabajadores que cumplen con el criterio de dependencia son los obreros no calificados, seguidos por las personas que tienen un subempleo (vendedor no asalariado, ambulante, etc.), en tercer lugar están los obreros calificados, seguidos por los empleados de banco, oficina o de dependencias gubernamentales (Tabla 18).

**Tabla 18. Consumo de marihuana o cocaína alguna vez en la vida y ocupación, en población adulta trabajadora**

	por ciento
Obrero no calificado	<b>1.2</b>
Subempleado (vendedor no asalariado)	<b>0.9</b>
Obrero calificado	<b>0.8</b>
Empleado de banco, oficina, dependencia etc.	0.4
Profesionistas	0.4
Director o propietario de empresa o negocio	0.3
Campesino	0.2
Propietario de pequeño negocio	0.2
Maestro (primaria, secundaria, preparatoria)	0.1
Agricultor	0.0

Porcentajes obtenidos del total de la población adulta que trabajó por tipo de ocupación.

### - Consumo de drogas y seguridad social

También se les preguntó a los entrevistados si contaban con algún servicio de seguridad social, en la tabla 19 se observa, para la prevalencia del uso de cualquier tipo de droga alguna vez en la vida, un porcentaje más elevado para los que mencionaron tener seguro privado u otros (9.6 por ciento), le siguen aquellos sin seguro, o tenían un trabajo eventual o informal (8.7 por ciento), y en tercer lugar las personas afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

En la prevalencia del uso de cualquier tipo de droga en el último año, las personas sin seguro, eventuales o con trabajo informal, tuvieron la proporción más alta (2.3 por ciento), seguidos por las personas con servicio médico de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (Marina) (2.4 por ciento), y en tercer lugar las personas afiliadas al IMSS. En la prevalencia del último mes permanecen en primer lugar las personas sin seguro, eventuales o con trabajo informal; en segundo lugar, las personas afiliadas al IMSS, y en tercer lugar los que contaban con servicio médicos en el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

**Tabla 19. Prevalencia del consumo de cualquier tipo de droga y seguridad social, en población económicamente activa<sup>1</sup>**

Consumo cualquier tipo de Droga	N	Alguna vez en la vida	Último año	Último mes
Seguridad Social		por ciento	por ciento	por ciento
IMSS	12'700,895	<b>7.8</b>	<b>1.7</b>	<b>1.2</b>
ISSSTE	2'246,878	6.4	1.5	<b>0.9</b>
PEMEX, SEDENA, Marina	260,472	7.2	<b>2.4</b>	0.5
Seguro Popular	4'014,839	7.1	1.1	0.7
Seguro privado y otros	363,984	<b>9.6</b>	0.4	0.4
Sin seguro, eventual o informal	21'101,642	<b>8.7</b>	<b>2.5</b>	1.7

Porcentajes obtenidos del total por seguridad social.

<sup>1</sup> Cuando las personas indicaron tener más de un seguro, quedaron asignadas en el siguiente orden: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y MARINA, Seguro Popular, y por último seguro privado, para la realización de estos análisis.

La prevalencia del consumo de drogas ilegales mostró que siguen siendo más afectadas las personas sin seguro, que tienen un trabajo eventual o informal (8.4 por ciento), en segundo lugar las personas afiliadas al IMSS, en tercer lugar se encontró a las personas con servicio en PEMEX, SEDENA y Marina al igual que a las personas con Seguro Popular con porcentajes iguales (6.6 por ciento) (Tabla 20).

En cuanto al consumo de drogas médicas fuera de prescripción médica alguna vez en la vida (Tabla 21), 5.1 por ciento fueron personas que mencionaron tener seguro privado, en segundo lugar los que tenían servicio en PEMEX, SEDENA y Marina (2.2 por ciento), y en tercer lugar los que contaban con ISSSTE (1.9 por ciento). Las prevalencias del último año y del último mes presentaron proporciones menores de uno.

**Tabla 20. Prevalencia del consumo de cualquier tipo de droga ilegal y seguridad social, en población económicamente activa<sup>1</sup>**

Consumo Drogas Ilegales	Alguna vez en la vida	Último año	Último mes
Seguridad Social	por ciento	por ciento	por ciento
IMSS	<b>7.2</b>	<b>1.5</b>	<b>1.1</b>
ISSSTE	5.2	1.3	<b>0.7</b>
PEMEX, SEDENA, Marina	<b>6.6</b>	<b>1.9</b>	0.5
Seguro Popular	<b>6.6</b>	1.0	0.6
Seguro privado y otros	5.1	0.4	0.4
Sin seguro, eventual o informal	<b>8.4</b>	<b>2.3</b>	<b>1.6</b>

Porcentajes obtenidos del total por seguridad social.

<sup>1</sup> Cuando las personas indicaron tener más de un seguro, quedaron asignadas en el siguiente orden: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y Marina, Seguro Popular y por último seguro privado, para la realización de estos análisis.

**Tabla 21. Prevalencia del consumo de cualquier tipo de droga ilegal y seguridad social, en población económicamente activa<sup>1</sup>**

Consumo Drogas Médicas	Alguna vez en la vida	Último año	Último mes
Seguridad Social	por ciento	por ciento	por ciento
IMSS	1.2	0.3	<b>0.3</b>
ISSSTE	<b>1.9</b>	<b>0.4</b>	<b>0.3</b>
PEMEX, SEDENA, Marina	<b>2.2</b>	<b>0.6</b>	0.0
Seguro Popular	1.0	0.2	0.1
Seguro privado y otros	<b>5.1</b>	0.0	0.0
Sin seguro, eventual o informal	1.4	<b>0.5</b>	0.2

Porcentajes obtenidos del total por seguridad social.

<sup>1</sup> Cuando las personas indicaron tener más de un seguro, quedaron asignadas en el siguiente orden: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y Marina, Seguro Popular, y por último seguro privado, para la realización de estos análisis.

Del total de personas que cumplieron con el criterio de dependencia a drogas en el último año, la mayoría mencionaron no estar asegurados (64.6 por ciento), mientras que cerca de una cuarta parte (24.4 por ciento) estaban afiliados al IMSS; 7.4 por ciento mencionó que tenía Seguro Popular, 3.6 por ciento estaban afiliados al ISSSTE y no se ubicaron personas en PEMEX, SEDENA, Marina, y tampoco personas que tenían seguro privado.

### - Conclusiones

En resumen, los resultados evidencian cómo la población económicamente activa (tanto empleados como desempleados) presentan consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Los trabajadores, en general, tienen un porcentaje similar al total de la población económicamente activa en las tres prevalencias, uso alguna vez en la vida, último año y último mes. Una situación similar se observa para drogas ilegales y drogas médicas; es importante mencionar que las drogas médicas presentaron proporciones más bajas.

Es importante tener en cuenta que dentro de la población económicamente activa 3 millones 314 mil 537 sujetos indican el consumo de cualquier tipo de droga alguna vez en la vida, y que de 3 millones 072 mil 038 indicaron estar trabajando en el último mes, mientras que 242 mil 429 no tuvieron trabajo; es así que una cantidad mayor de personas se encuentran dentro de un centro de trabajo, lo cual permite tener un escenario ideal para la prevención e intervención en este ámbito.

Por otro lado, los hombres que no trabajaron tuvieron porcentajes significativamente más elevados en las tres prevalencias (alguna vez en la vida, último año y último mes) que los hombres que sí tuvieron trabajo. En el caso de las mujeres, sólo en la prevalencia de alguna vez en la vida se encontraron diferencias significativas de las mujeres que sí trabajaron, en contraste con las que no, mientras que para las prevalencias del último año y último mes ambos grupos tuvieron prevalencias muy similares. Asimismo, los resultados por grupos de edad muestran que en la prevalencias del último año y mes los adultos jóvenes (18-25 años) tienen proporciones más altas, con diferencias significativas entre los que trabajaron con respecto de los que no. Una situación diferente se observa entre las mujeres, ya que no hay diferencias significativas entre las que no trabajaron y las que sí lo hicieron.

Las drogas de mayor preferencia entre la población económicamente activa, tanto hombres como mujeres, es la marihuana, seguida por la cocaína o crack, y en tercer y cuarto lugar están los inhalables y los alucinógenos, respectivamente.

Los resultados de la población trabajadora reflejan que las personas que se desempeñan como obreros calificados, no calificados y propietario de pequeño negocio, son los más afectados por el uso de drogas ilegales principalmente, en tanto que los profesionistas y directores o propietarios de empresas o negocios, por el uso de drogas médicas. Es necesario resaltar que las prevalencias más bajas para este uso de drogas se presentan entre los que se desempeñan como campesinos o quienes trabajan en el campo. Situación que se muestra de manera similar para el consumo de marihuana y cocaína en específico, aunque en este caso la prevalencia más baja se presenta entre los maestros de primaria, secundaria y preparatoria.

Por otro lado, la proporción de trabajadores que cumplen el criterio de dependencia a drogas en el último año, se concentra nuevamente entre los obreros no calificados y los subempleados, en tanto que los maestros y los agricultores tienen los porcentajes más bajos.

Asimismo, entre las personas que sí trabajaron y tienen seguridad social, las que están afiliadas al IMSS presentan consumo de drogas ilegales, mientras que los que tienen seguro privado ocupan el primer lugar para el consumo de drogas médicas. Las personas con dependencia se distribuyeron principalmente en las que no tienen seguridad social: IMSS e ISSSTE.

A partir de estos resultados se hace evidente la necesidad de explorar de manera más específica qué drogas son las más comunes según el tipo de trabajo que se desempeña, qué disponibilidad se podría encontrar en las diferentes ocupaciones y qué otros factores se encuentran relacionados. Asimismo, es necesario conocer las condiciones laborales en la población que tiene un empleo eventual o informal, con la finalidad de incluir en los programas preventivos acciones específicas para cada uno de estos grupos, desde los hombres y mujeres, adultos jóvenes, obreros calificados y no calificados, hasta los profesionistas y directores de empresas, en virtud de que son afectados de diferente manera por el fenómeno de las drogas, por lo que requieren programas adaptados a sus necesidades.

Es importante resaltar que si sólo se considera a los dependientes a las drogas en el último año, la mayor parte están integrados a las fuerza de trabajo, lo cual enfatiza la importancia de introducir medidas de detección temprana, intervención y canalización a los centros de trabajo, con la finalidad de una respuesta oportuna a estas necesidades de atención.

# Referencias

- Campuzano-Rincón J, Hernández-Ávila M, Sarnet J, Méndez-Ramírez I, Tapia R, and Sepúlveda-Amor J. (2005). Comportamiento de los fumadores en México según las Encuestas Nacionales de Adicciones 1988 a 1998. En: Valdés-Salgado R, Lazcano-Ponce EC, and Hernández-Ávila M. (2005). Primer informe sobre el combate al tabaquismo. México ante el Convenio Marco para el Control del Tabaco. (pp.21-27). México, INSP.
- Carreño, S., Ortiz A, Ruiz E, García S. (2009). Unidad 6 ¿Cómo reducir el consumo de alcohol? Guía del orientador. En: Tiburcio M, Carreño S, Martínez K, Echeverría L. y Ruiz E. Cómo reducir el consumo de sustancias con intervenciones breves. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y Editorial PAX, Págs. 109-126 México, D. F. (ISBN:978-607-7723-08-0).
- Carreño, S., Medina-Mora, M.E. Ortiz, A. Natera, G. Tiburcio, M. Vélez, A. Modelo de prevención del uso de alcohol, tabaco y drogas en el lugar de trabajo. Serie Planeación. Consejo Nacional de Contra las Adicciones. México, 2003, 85-100.
- Carreño, S., Medina Mora, M. E., Ortiz, A., Martínez, N. A., Juárez, F. y Villatoro, J. Factores Psicosociales, consumo de alcohol y problemas laborales en trabajadores de una empresa química. En: La Psicología Social en México. Vol. IX. pp. 679-685. AMEPSO: México, 2002.
- Carreño, S., Medina-Mora, M. E., Martínez, N. Juárez, F. y Vázquez, L. Características organizacionales, estrés y consumo de alcohol en trabajadores de una empresa textil mexicana. Salud Mental. 2006; 29(4):63-70.
- Carreño, S., Medina-Mora, ME., Ortiz, A., Natera, G., Tiburcio, M., Vélez, A., Ruiz, E. ¿Problemas por el consumo de alcohol y drogas en centros de trabajo? Cómo prevenirlos. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y Editorial Pax, México, Págs. 153, (2009)
- Definiciones de población económicamente activa, no económicamente activa y fuerza de trabajo. (OIT-1982). <http://www2.inegi.gob.mx/estestint/ficha.asp?idf=1195>, 6/abril/2010.
- Fleiz C, Borges G, Rojas E, Benjet C, Medina-Mora ME. (2007). Uso de alcohol, tabaco y drogas en población mexicana, un estudio de cohortes. Salud Mental 30(5), 63-73.
- González-Pier E., Gutiérrez C., Stevens G., Barraza M., Porrás R., Carvalho N., Loncich K., Dias R., Kulkarni S., Casey A., Marakami Y., Ezzati M. y Salomon J. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. Salud Pública de México, ISSN 0036-3634, Vol. 49, N°. Extra 1, 2007, pags. 37-52
- González-Pier E., Gutiérrez-Delgado C., Stevens G., Barraza-Lloréns M., Porrás-Condey R., Carvalho N., Loncich K., Dias R., Kulkarni S., Casey A., Marakami Y., Ezzati M. y Salomon J. (2006). Priority setting for health interventions in Mexico's System of social Protection in Health. The Lancet, vol 368, No. 9547, 1608-1618.
- González R. (2010), Influencia de la industria tabacalera en México. En: Medina-Mora. Tabaquismo en México ¿Cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año? (pp. 67-106). México, D. F.: El Colegio Nacional.
- Kumate J. (2010). El tabaquismo en México. En: Medina-Mora. Tabaquismo en México ¿Cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año? (pp. 3-11). México, D. F.: El Colegio Nacional.
- Kuri P, González JF, Hoy M, Cortés M. (2006). Epidemiología del tabaquismo en México. Salud Pública de México 48 (Supl. 1), S91-S98
- Kuri P, Soto G. y González J. (2010). Tabaquismo y mortalidad prematura. En: M. E. Medina-Mora. Tabaquismo en México ¿Cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año? (pp. 107-132). México, D. F.: El Colegio Nacional.
- Medina-Mora ME.; Carreño S.; De la Fuente JR. Experience with the alcohol use disorder identification test. In: Recent Developments in Alcoholism, Vol. 14: The Consequences of Alcoholism. Edited: Marc Galanter. ISBN: 0-306-45747-4, 383-396, 1998.

- Medina-Mora, ME., Cravioto, P., Villatoro, J.; Galván F; Fleiz, C., Rojas E., Kuri, P., Ruiz, C., Castrejón, J., Vélez, A., García A. Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Capítulo de Alcohol. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. México.
- Medina-Mora, ME., Villatoro, J., Rodríguez Ajenjo C, Gutiérrez, ML., Moreno, MI., Fleiz, C. Juárez F., Rojas, E., Téllez M., Hernández M. (2009). Encuesta Nacional De Adicciones 2008. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Medina-Mora, Villatoro, Robles Real, (2010). En: Medina-Mora. Ob. Cit. (pp. 193-224). México, D. F.: El Colegio Nacional.
- Reynales L., Lazcano E., Hernández M. (2010). Evolución del panorama epidemiológico del tabaquismo en México. Medina-Mora. Ob. Cit. (pp. 107-132). México, D. F.: El Colegio Nacional.
- Reynales, L., Shamah, T., Méndez, I., Rojas, R., Lazcano E., (2010). Encuesta global de Tabaquismo en Adultos México 2009. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Rodríguez, A. C., Martínez N., Juárez, F., López E. K., Carreño, S., Medina-Mora, M. E. Relación entre el consumo de tabaco, salud mental y malestares físicos en hombres trabajadores de una empresa textil mexicana. Salud mental 31(4):291-297, 2008.
- Ruiz, E. Carreño, S, Martínez, N. Juárez, F. Medina-Mora, M. E. Relación entre nivel de consumo de alcohol, salud mental y síntomas somáticos en un grupo de trabajadores de la industria gastronómica y hotelera de la Ciudad de México. Salud Mental vol. 29(2)52-58, marzo-abril de 2006.
- Sáenz de Miera-Juárez B, Jiménez-Ruiz J. Reynales-Shigematsu L., Lazcano-Ponce E., Hernández-Ávila M. (2007) El consumo de tabaco en los hogares mexicanos, 1994-2005, Salud Pública de México, vol.49, suplemento 2, 263-269.
- Tiburcio M, Carreño S, Ruiz E. (2009) Unidad 2 ¿Cuáles son los niveles de consumo de sustancias? En: Tiburcio M, Carreño S, Martínez K, Echeverría L. y Ruiz E. Cómo reducir el consumo de sustancias con intervenciones breves. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y Editorial PAX, pags. 11-24 México, D. F.
- Tiburcio M, Carreño S, Ruiz E. (2009) Unidad 3 ¿Qué es la detección temprana? En: Tiburcio M, Carreño S, Martínez K, Echeverría L. y Ruiz E. Ob. Cit. pags. 25-54 México, D. F.
- Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Cravioto, P.; Fleiz, C., Galván F; Rojas E., Kuri, P., Ruiz, C., Castrejón, J., Vélez, A., García A. Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Capítulo de Drogas. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. México.
- World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. Disponible en: [www.who.int/tobacco/mpower/gtcr\\_download/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/en/index.html).
- Zinser J. (2010). Historia y evolución del tabaquismo. En: M. E. Medina-Mora. Ob. Cit. (pp. 13-34). México, D. F.: El Colegio Nacional.

# Glosario

- **Adicción o dependencia:** Estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra sustancia psicoactiva, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.
- **Adicto o farmacodependiente:** Persona con dependencia a una o más sustancias psicoactivas.
- **Adicto en recuperación:** Persona que ha dejado de utilizar sustancias psicoactivas y está en un proceso de reinserción social.
- **Alcoholismo:** Síndrome de dependencia al alcohol etílico.
- **Bebida alcohólica:** Aquélla que contenga alcohol etílico en una proporción de 2 hasta 55 por ciento en volumen.
- **Calidad de vida:** Valor referido a los aspectos físicos, sociales, intelectuales y emocionales de la vida que son relevantes para los individuos y que están relacionados con su nivel de bienestar. Designa la percepción u opinión de los individuos o grupos sobre si se satisfacen sus necesidades relacionadas con dichos aspectos, y sobre si se respetan sus oportunidades para alcanzar un estado de bienestar y realización personal.
- **Co-morbilidad:** Presencia de dos o más trastornos en un mismo individuo.
- **Consumo de sustancias psicoactivas:** Rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos que actúan sobre el sistema nervioso central.
- **Consumo perjudicial:** Uso nocivo o abuso de tabaco, alcohol y otras drogas, el patrón desadaptativo de consumo manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes que se relacionan con el consumo repetido de alguna o varias sustancias.
- **Droga:** Cualquier sustancia que previene o cura alguna enfermedad o aumenta el bienestar físico o mental. En farmacología, se refiere a cualquier agente químico que altera algún proceso fisiológico de algún tejido u organismo. En el presente documento se prefiere el uso del término “sustancias psicoactivas” para referirse a aquéllas sustancias con capacidad de modificar el psiquismo del individuo y generar abuso y/o dependencia.
- **Educación para la salud:** Proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y modificar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.
- **Estilo de vida:** Conjunto de patrones de comportamiento que define e identifica a una persona o un grupo, a través de lo que hace y expresa, que se genera en la familia, la escuela y otros sitios de convivencia mediante la socialización, proceso diario en el que se interactúa con los padres, los pares, las autoridades y la comunidad, e influida por los medios de comunicación.
- **Empleo:** 1) Se considerará como personas con empleo a todas las que tengan más de cierta edad especificada y estén dentro de las categorías siguientes: a) que estén trabajando, es decir, las personas que realizan algún trabajo remunerado durante un breve periodo especificado, ya sea durante una semana o un día; b) que tengan un empleo, pero que se hallan temporalmente ausentes del trabajo en el curso del periodo especificado debido a enfermedad o accidente, conflicto del trabajo, vacaciones u otra clase de permiso, ausencia sin permiso, interrupción del trabajo a causa de determinados motivos, por ejemplo, el mal tiempo o averías producidas en las máquinas. 2) Los empleadores y los trabajadores por cuenta propia deberían ser incluidos en la categoría de las personas con empleo y se podrían clasificar como “trabajando” o “sin trabajar”, sobre la misma base de las demás personas empleadas. 3) Se considerará que los trabajadores familiares no remunerados que ordinariamente explotan o ayudan a explotar un negocio, o explotación agrícola, tienen un empleo si han trabajado por lo menos un tercio del tiempo normal de trabajo durante un periodo especificado.
- **Epidemiología:** ciencia que estudia la ocurrencia y distribución de los estados o acontecimientos relacionados con la salud y sus factores determinantes en poblaciones

definidas. Se aplica al estudio y control de los problemas socio-sanitarios. La epidemiología estudia los factores causales y/o asociados que influyen, provocan o están relacionados con la distribución de problemas socio-sanitarios en la población. La información epidemiológica ha sido la base del desarrollo de la salud pública.

- **Etanol (alcohol etílico):** Aquél de contenido alcohólico mayor de 55°GL, de uso industrial y no potable.
- **Factores protectores:** Rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo.
- **Factor de riesgo:** Atributo o exposición de una persona o población, asociados a una mayor probabilidad del uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas.
- **Fumador pasivo:** Persona que inhala de manera involuntaria el humo de tabaco en el ambiente.
- **Fuerza laboral o productiva:** Población económicamente activa. Se refiere a todas las personas en edad de trabajar o que contaban con una ocupación durante el periodo de referencia, o que no contaban con una pero estaban buscando emplearse con acciones específicas. CIET de 1954; realizándose modificaciones menores en la decimotercera de 1982 2.
- **Fumador:** Persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. Estudios norteamericanos sobre intervención de profesionales sanitarios de Atención Primaria catalogan como fumador a toda persona que ha consumido tabaco, aunque sea una fumada, en la última semana.
- **Grupo de ayuda mutua:** Agrupación que ofrece servicios, integrada por adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo, para lograr la abstinencia de tabaco, alcohol y otras drogas.
- **Grupo de alto riesgo:** Aquél en el que se ha demostrado, a través de diversas investigaciones y estudios, que por sus características biopsicosociales y de vulnerabilidad social tiene mayor probabilidad de uso, abuso o dependencia a tabaco, alcohol y otras drogas, ejemplo: niñas, niños y adolescentes, menores en situación de calle, madres adolescentes, entre otros.
- **Humo de tabaco de segunda mano:** Es el que se forma directamente por la combustión del tabaco o corriente principal, además del que sale del extremo opuesto a la brasa, o corriente secundaria, al cual se agrega el que exhalan las personas que fuman.
- **Intoxicación aguda:** Estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva que da lugar a perturbaciones en el nivel de la conciencia, en lo cognoscitivo, en la percepción, en la afectividad, en el pensamiento o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas.
- **Lugar de trabajo:** Cualquier entorno en el cual la gente trabaja, incluidos el hogar y la calle, teniendo en cuenta el número creciente de trabajadores que son contratistas independientes o trabajan por su cuenta, y los del sector informal de la economía.
- **Médico responsable:** Profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la atención médica del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso médico, sin perjuicio de las obligaciones de los responsables de otros manejos terapéuticos que participan en su atención.
- **Modelo de ayuda mutua:** Servicio que se ofrece en las agrupaciones de adictos en recuperación, utilizando los programas de ayuda mutua.
- **Patrón de consumo o historia de consumo:** Conjunto de factores que determinan una forma particular de uso: tipo de sustancia(s) psicoactiva(s) de impacto, de inicio, edad de inicio, frecuencia, cantidad, vía de administración, tiempo de exposición, episodios de consumo e intoxicación, contexto del consumo y problemas asociados.
- **Prevención:** Conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de drogas médicas, como riesgo sanitario; así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales.
- **Prevención en el ámbito laboral:** Conjunto de acciones

que conllevan un proceso continuo, permanente y dinámico, enmarcado en un programa de prevención integral dirigido a los trabajadores y su entorno familiar, que exprese la política institucional preventiva y de seguridad empresarial.

- **Prevención indicada:** Intervención que se dirige a grupos de población con sospecha de consumo y/o usuarios experimentales, o de quienes exhiben factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar consumo perjudicial o la adicción.
- **Prevención selectiva:** Se enfoca a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específico, por ejemplo: hijos de alcohólicos, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje y/o de conducta, etc. Estos grupos se asocian con un mayor riesgo para el consumo de drogas, ya que se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan la vulnerabilidad. Asimismo, coadyuva a la atención de grupos específicos de niños en situación de calle, indígenas y adultos mayores, entre otras.
- **Prevención universal:** Está dirigida a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud, para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y para las formas de prevención.
- **Programa:** Intervención estructurada diseñada para cambiar las condiciones sociales, físicas, económicas o políticas en un área geográfica definida, o en una población determinada. En prevención del consumo de drogas, generalmente se refiere a un conjunto de actividades coordinadas, realizables en función de unos recursos, que tiene por objeto el logro de objetivos generales y específicos relacionados con la reducción de los problemas asociados a las drogas y a sus usos.
- **Programa de Prevención Laboral:** Diseño y puesta en marcha de un conjunto de acciones y estrategias coherentes entre sí, con la finalidad de contribuir al desarrollo humano del trabajador y sus familiares, evitando o disminuyendo así, el consumo o tráfico de drogas y sus consecuencias en el medio laboral.
- **Promoción de la salud:** Acciones tendientes a desarrollar actitudes y conductas que favorezcan estilos de vida saludables en la familia, en el trabajo y en la comunidad.
- **Promoción de la salud en el lugar de trabajo:** Incluye la realización de políticas y actividades en los lugares de trabajo, diseñadas para ayudar a los empleadores y trabajadores, en todos los niveles, a aumentar el control sobre su salud y a mejorarla, favoreciendo la productividad y competitividad de las empresas, y contribuyendo al desarrollo económico y social de los países. Convoca la participación de trabajadores, empleadores y otros actores sociales interesados en la puesta en práctica de iniciativas acordadas en forma conjunta para la salud y el bienestar de la fuerza laboral.
- **Recuperación:** Estado de abstinencia que conlleva un mejoramiento en todas las áreas de la vida del sujeto.
- **Redes sociales:** Una red social está constituida por un grupo de personas que interactúan unas con otras, y que podrían estar o no relacionadas. Las redes se forman en función de intereses comunes y, en relación al mantenimiento de la salud, constituyen relaciones o vínculos sociales entre las personas que pueden facilitar el acceso o movilización del soporte social a favor de la salud.
- **Reducción de la demanda:** Las convenciones internacionales para el control de drogas usan este término en relación con el intento de disminuir la demanda de sustancias controladas por parte de los consumidores. Las estrategias de reducción de la demanda contrastan con las estrategias que intentan reducir la oferta, aunque en la práctica la reducción de la oferta y la demanda pueden ser complementarias.
- **Reducción del daño:** Conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir situaciones de riesgo y a limitar los daños asociados al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, por lo que se articula necesariamente con la prevención y el tratamiento. No pretende necesariamente la abstinencia. Para el caso de VIH/SIDA, es la estrategia con la que se considera que a través de información a los usuarios sobre el VIH/SIDA, instrucción sobre limpieza adecuada de jeringas, del uso de agujas y jeringas estériles, dotación de condones, cloro, gasa y otros, además de asesoría médica, realización de prueba de detección del VIH, trabajo comunitario de acercamiento a las y los usuarios de drogas inyectadas,

formación de grupos interdisciplinarios y consejería sobre uso de drogas, es la manera más segura y efectiva de limitar la transmisión de VIH por los consumidores de drogas inyectadas.

- **Rehabilitación del adicto:** Proceso por el cual un individuo que presenta trastornos asociados con tabaco, alcohol y otras drogas, alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social.
- **Reinserción social:** Conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor al de quien usa, abusa o depende de tabaco, alcohol y otras drogas, y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social.
- **Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo:** Son aquéllos prestados por personal capacitado –interno, externo o mixto-, cuyo propósito principal es prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, mediante el cumplimiento de la normatividad en materia de seguridad y salud en el trabajo. Se entiende por internos, los prestados por el patrón o personal del centro de trabajo; servicios externos, los prestados por personal independiente al centro de trabajo, y mixtos, los prestados tanto por el personal interno como por personal independiente del centro de trabajo.
- **Sustancia psicoactiva o psicotrópica:** Sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Esos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquéllos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y el alcohol.
- **Tabaco:** La planta Nicotina Tabacum y sus sucedáneos, en su forma natural o modificada, en las diferentes presentaciones que se utilicen para ser fumados, chupados, mascarados o utilizados como rapé.
- **Tabaquismo:** Dependencia al tabaco.
- **Tratamiento:** Conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias,

abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de tabaco, alcohol y otras drogas, como de su familia.

- **Usuario:** Toda persona, de sexo masculino y femenino, que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas.

Anexo A: Cédula de Referencia



Fecha

**Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida**

**Ficha de canalización**

**C. Director(a) del Centro:** \_\_\_\_\_

Por medio del presente, solicito su apoyo para que su institución atienda a:

C. \_\_\_\_\_,

quien requiere de los servicios que ustedes ofrecen en materia de atención de las adicciones.

Agradeceremos contar con el seguimiento de este(a) paciente para estar en posibilidad de continuar acompañándolo(a) en su proceso de cambio.

A su vez, nos ponemos a sus órdenes en:

---



---



---

**Muchas gracias por su tiempo y atención.**

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma  
**Promotor/a Nueva Vida**

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma  
**Supervisor/a**

\_\_\_\_\_  
 Institución a la que pertenece

\_\_\_\_\_  
 Institución a la que pertenece

# Agradecimientos

## Secretaría de Salud

### Comisión Nacional contra las Adicciones:

- Dr. Carlos Tena Tamayo. Comisionado Nacional contra las Adicciones
- Lic. José Manuel Castrejón Vacio, Director General de Programas en Adicciones
- Dra. María Teresa Oviedo Gómez, Subdirectora de Integración y Seguimiento de los Programas Nacionales
- Mtra. Lizbeth Roberta García Quevedo, Subdirectora de Coordinación con las Entidades Federativas
- Lic. Alma Rosa García Blancas, Asesora Técnica.
- Mtra. Ana Karina Suaste Herrera, Asesora Técnica
- Lic. Ana Rosa Franco Ávalos, Asesora Técnica

### Centro Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones:

- Mtra. Celina Alvear Sevilla, Directora General del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones
- Mtro. Alejandro Sánchez Guerrero, Director General Adjunto de Políticas y Programas contra las Adicciones
- Lic. Monserrat Lovaco Sánchez, Directora de Estrategias Nueva Vida
- Lic. Daniela Videgaray Arias, Subdirectora de la Campaña Nacional de Información para una **NUEVA VIDA**

### Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

- Dra. María Elena Medina-Mora Icaza, Directora General
- Dra. Guillermina Natera Rey, Jefa de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales
- Dra. Silvia Carreño García, Investigadora
- Dr. Jorge Ameth Villatoro Velázquez, Investigador
- Lic. Ma. de Lourdes Gutiérrez López, Investigadora
- Lic. Midiam Moreno López, Investigadora

## Secretaría del Trabajo y Previsión Social

- Lic. Patricia Espinosa Torres, Subsecretaria de Inclusión Laboral
- Lic. José Villanueva Lagar, Director General de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Dr. Francisco Tornero Applebaum, Director de Política de Prevención de Riesgos Laborales
- Dr. Roberto de Jesús Ortiz Vega, Asesor de la Subsecretaría de Inclusión laboral
- Lic. Elizabeth Rivas Ortega, Subdirectora de Vinculación con el Sector Productivo
- Lic. María Teresa Camorlinga Pérez, Profesional Ejecutivo de Servicios Especializados en Seguridad y Salud en el Trabajo

### Centros de Integración Juvenil, A. C.

- Lic. Carmen Fernández Cáceres, Directora General.
- Dra. Beatriz León Parra, Jefa del Departamento de Modelos y Tecnologías Preventivas
- Lic. Ignacio Manuel García Avilés, Departamento de Movilización Comunitaria

### Instituto Mexicano del Seguro Social

- Dr. José Manuel Sosa, Unidad de Atención Médica
- Dra. Florinda Martínez Mendoza, Coordinación de Programas Integrados de Salud
- Dr. Miguel Ángel Zamora Olvera, Coordinación de Programas Integrados de Salud

### Confederación de Trabajadores de México

- Lic. Neftalí Ortiz Velázquez, Coordinador General de la Secretaría de Bienestar Social y Ecológico
- Lic. Maura Patricia Hernández Tapia, Secretaría de Bienestar Social y Ecológico

Lineamientos para la Prevención  
y Atención de las Adicciones  
en el Ámbito Laboral Mexicano:

Comisión Nacional contra las Adicciones  
Secretaría del Trabajo y Prevención Social

Se terminó de imprimir y encuadernar  
el 25 de agosto de 2011

La edición consta de 2,000 ejemplares

[www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)  
[www.conadic.salud.gob.mx](http://www.conadic.salud.gob.mx)



**FRET**  
Federación Revolucionaria  
de Empleados y Trabajadores



**AMMJE**  
ASOCIACIÓN MEXICANA DE MESTRES EMPLEADOS, S.C.