

Universidad CEU Cardenal Herrera

Departamento de Enfermería



Evaluación del consumo de cannabis,
cocaína y alcohol en trabajadores del
sector del espectáculo y eficacia de una
intervención motivacional breve de
enfermería

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Isabel Almodóvar Fernández

Dirigida por:

Dra. Dña. Paula Sánchez Thevenet

Dr. D. Gonzalo Rafael Haro Cortés

VALENCIA

2016



CEU

Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Cardenal Herrera

La Memoria del trabajo de investigación para la obtención del grado de Doctor realizada por Dña. Isabel Almodóvar Fernández titulada “Evaluación del consumo de cannabis, cocaína y alcohol en trabajadores del sector del espectáculo y eficacia de una intervención motivacional breve de enfermería”, ha sido realizada bajo la dirección de la Doctora Dña. Paula Sánchez Thevenet, Profesora del Departamento de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad CEU Cardenal Herrera y, del Doctor D. Gonzalo Rafael Haro Cortés, Profesor Asociado del Departamento de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad CEU Cardenal Herrera y Coordinador del programa de patología dual grave del Hospital Provincial de Castellón y, reúne todos los requisitos necesarios para su juicio y calificación.

Lo que suscriben en Moncada a 13 de Diciembre de 2016

Fdo: Dra. Paula Sánchez Thevenet

Fdo: Dr. Gonzalo Rafael Haro Cortés

DE: DIRECCIÓN
A: DR. GONZALO HARO – SECRETARIA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

Ref: DG NRI3 16-06-23

ASUNTO: DICTAMEN DEFINITIVO SOBRE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Tras la reunión de la Comisión de Investigación del 23 de junio de 2016, por la que presenta evaluación positiva del Proyecto de Investigación:

“Evaluación del Consumo de Cannabis, Cocaína y Alcohol en Trabajadores del Sector del Espectáculo y Eficacia de una Intervención Motivacional Breve de Enfermería”.

Tesis doctoral – CEU

Investigadora Principal – Isabel Almodóvar Fernández

Directores de la Tesis – Dr. Gonzalo Haro y Dra. Paula Sanchez

Esta Dirección emite dictamen definitivo de Aprobación.

Atentamente.

Castellón, 23 de junio de 2016

EL DIRECTOR GERENTE

Fdo. Dr. D. Joaquín Sanchis García



*La música expresa aquello que no
puede decirse con palabras pero no
puede permanecer en silencio.*

Víctor Hugo (1802-1885)

AGRADECIMIENTOS

Al primer concertista del mundo por haber dado pie a que hoy se esté presentando esta tesis doctoral.

Al mejor regalo que la vida me ha brindado, mi hija Júlia. A ti gatito por todos los minutos que te he robado para poder escribir este trabajo y que a partir de ahora te devolveré por partida doble. Gracias por recargarme las pilas con cada abrazo y cada beso que me das. Eres lo que más quiero.

A mis directores, Paula y Gonzalo por compartir conmigo vuestra sabiduría y buen hacer en la investigación. Ha sido un privilegio trabajar a vuestro lado. Fue una bendita casualidad que nos cruzáramos en el camino y espero, a partir de ahora, poder seguir caminado junto a vosotros ahora que ya se por donde pasa el sendero.

A Miguel Ángel Beltrán, por haberme dado ese empujón que me hacía falta para lanzarme a realizar este trabajo.

A mis padres, por guiarme y animarme en la vida y haber conseguido que hoy sea todo lo que soy, aunque a veces no os lo haya puesto fácil. No podrían haberme tocado mejores ejemplos a seguir. Gracias además por cuidar tanto de

Júlia en mis ausencias. Tiene mucha suerte de tener unos abuelos como vosotros.

A mi hermana, mi sapito, mi trocito de carne, mi todo. Has sido, eres y serás la coach de la familia. Te hiciste esperar pero valió la pena.

A Àngel, por haber trabajado en equipo con la familia Almodóvar al pasar los cuestionarios.

A mis suegros por llenarme la nevera de comida para no tener que perder el tiempo en otros menesteres que no fueran los de teclear estas líneas.

A mis compañeros de café y consternación. No hace falta decir mucho más. Esto ha sido una carrera de fondo que la hemos corrido entre todos.

A ti, Òskar, por todo. Por dar formato a esto y a mi propia vida. Que suerte tengo de que seas tan “voluntario” para todo. Eres la pieza que le faltaba a este puzle y has sabido encajarla a la perfección. La vida no sería lo mismo sin tus besos de buenas noches y tus sonrisas de buenos días. Ahora, que ya termino, prometo recuperar el tiempo perdido y volver a tener mil planes que hacer contigo de esos que se han pospuesto a “cuando acabe la tesis”. Te quiero infinito.

A todos los participantes porque en definitiva, sin ellos, esta tesis doctoral no hubiera sido posible y como siempre digo, sois mi otra gran familia.

ÍNDICE

1. GLOSARIO.....	27
2. INTRODUCCIÓN	29
2.1 EL CONTEXTO HISTÓRICO DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL MUNDO	31
2.2 ANTECEDENTES A LA ACTUAL LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN ESPAÑA	32
2.3 LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	33
2.3.1 LAS CARACTERÍSTICAS DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN LA NORMATIVA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	34
2.3.2 LA EDUCACIÓN SANITARIA EN EL ENTORNO LABORAL	41
2.3.3 ¿DÓNDE SE UBICAN LOS TRABAJADORES DEL SECTOR DEL ESPECTÁCULO DENTRO DE LA LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES?	42
2.3.4 LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES Y LOS ACCIDENTES DE TRABAJO	43
2.3.5 LA PROBLEMÁTICA DE LOS ACCIDENTES LABORALES: COMPARATIVA A NIVEL MUNDIAL Y EUROPEO.....	44
2.4 CONSUMO DE ESTUPEFACIENTES Y SU RELACIÓN CON EL COLECTIVO LABORAL DEL ESPECTÁCULO	46
2.4.1 EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE ESTUPEFACIENTES: EXTENSIÓN, TENDENCIAS Y PERFIL DE LOS CONSUMIDORES EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS	48
2.5 DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS QUE LLEVA A CABO EL COLECTIVO LABORAL DEL ESPECTÁCULO	52

2.5.1	DEFINICIONES	52
2.6	SUSTANCIAS EN LAS QUE SE CENTRA EL ESTUDIO	58
2.6.1	ALCOHOL ETÍLICO O ETANOL.....	58
2.6.1.1	El Alcohol en la historia	58
2.6.1.2	Distintos tipos de alcoholes.....	59
2.6.1.3	Elaboración del alcohol etílico.....	60
2.6.1.4	Neurobiología del alcohol y el fenómeno de la dependencia.....	61
2.6.2	CANNABIS SATIVA.....	65
2.6.2.1	El cannabis en la historia	66
2.6.2.2	El cannabis y sus compuestos.....	67
2.6.2.3	Elaboración del cannabis.....	71
2.6.2.4	Neurobiología del cannabis y el fenómeno de la dependencia	71
2.6.3	COCAÍNA.....	74
2.6.3.1	La cocaína en la historia	75
2.6.3.2	La cocaína y sus compuestos.....	76
2.6.3.3	Elaboración de la cocaína	79
2.6.3.4	Neurobiología de la cocaína y el fenómeno de la dependencia	80
2.7	FACTORES DE RIESGO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL, CANNABIS Y COCAÍNA	84
2.8	¿QUÉ EFECTOS PRODUCE EL CONSUMO DE ESTAS DROGAS?.....	85
2.9	CONSECUENCIAS LABORALES	90
2.10	TERÁPIAS DE ACTUACIÓN: ESTADOS DE PRECONTEMPLACIÓN Y DE CONTEMPLACIÓN	94
2.11	LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	97
2.11.1	LA TAXONOMÍA NANDA	99
2.11.2	LA TAXONOMÍA NANDA RELACIONADA CON LAS ADICCIONES	101
2.12	TERAPIA PSICOEDUCATIVA MOTIVACIONAL BREVE (TPMB).	103
3.	JUSTIFICACIÓN.....	107
4.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS	111
4.1	HIPÓTESIS.....	111
4.2	OBJETIVOS PRIMARIOS	112
4.3	OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	112
5.	MATERIALES Y MÉTODOS	113
5.1	DISEÑO DEL ESTUDIO	113

5.2	ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL ESTUDIO	113
5.2.1	TIPO DE MUESTREO	114
5.2.2	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN.....	114
5.2.3	TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	115
5.3	ETAPAS DEL ESTUDIO.....	116
5.3.1	ETAPA 1.....	116
5.3.1.1	Recogida de datos	118
5.3.2	ETAPA 2.....	121
5.3.3	VARIABLES DE ESTUDIO.....	123
5.3.3.1	Descriptivos sociodemográficos.....	124
5.3.3.2	Descriptivos laborales.....	124
5.3.3.3	Descriptivos de los hábitos de consumo	125
5.3.3.4	Variables dependientes evaluadas pre y post intervención.....	126
5.4	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.	127
5.4.1	ETAPA 1.....	127
5.4.1.1	Valoración de la población desde el punto de vista enfermero.....	127
5.4.2	ETAPA 2: RECOGIDA DE DATOS ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN	129
5.4.2.1	Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud EQ-5D.	129
5.4.2.2	Cuestionario Sócrates de motivación para el cambio	131
5.4.2.3	Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud para consumidores	132
5.5	ASPECTOS ÉTICO-LEGALES DEL ESTUDIO	133
5.6	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	134
5.6.1	FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO AD HOC.....	134
6.	RESULTADOS	137
6.1	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	137
6.2	CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO .	139
6.3	CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES LABORALES DE LOS SUJETOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	141
6.4	CARACTERIZACIÓN DE LOS HÁBITOS DE CONSUMO.	145
6.5	CREENCIAS Y ACTITUDES FRENTE AL CONSUMO	151
6.6	ANÁLISIS DE RESULTADOS ESPECÍFICOS PARA LOS CONSUMOS DE CANNABIS, COCAÍNA Y ALCOHOL	161

6.7 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS (NOC) DE LA REALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL DE ENFERMERÍA (NIC).....	167
7. DISCUSIÓN	177
7.1 LIMITACIONES RELACIONADAS CON LOS CUESTIONARIOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO.	177
7.2 LIMITACIONES RELACIONADAS CON LOS TRABAJADORES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.....	181
7.3 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES ASOCIADOS A LOS HÁBITOS DE CONSUMO.....	183
7.4 DISTRIBUCIONES ESPECÍFICAS PARA LOS CONSUMOS DE CANNABIS, ALCOHOL Y COCAÍNA	186
7.5 ASPECTOS RELACIONADOS CON LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE DE ENFERMERÍA	193
7.6 RELACIONES ENTRE LOS RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS UTILIZADOS PARA LA INTERVENCIÓN	200
7.7 POSIBLES SOLUCIONES, ACTUACIONES Y RECURSOS PARA ABORDAR EL PROBLEMA DEL CONSUMO DE ALCOHOL, CANNABIS Y COCAÍNA EN EL ENTORNO LABORAL	201
7.8 ASPECTOS RELACIONADOS CON LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE DE ENFERMERÍA.....	205
8. CONCLUSIONES.	207
8.1 OBJETIVOS PRIMARIOS.	208
8.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	208
9. PERSPECTIVAS DE EVOLUCIÓN.	209
10. BIBLIOGRAFÍA.....	211
11. ANEXOS.....	237
ANEXO I – Cuestionario utilizado para la caracterización de la muestra	239
ANEXO II – Cuestionario de salud EQ-5D	259
ANEXO III – Cuestionario Sócrates Versión 8D.....	263
ANEXO IV – Test para la evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP)	267
ANEXO V – Consentimiento informado	271

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Anexo 1 Relación de Actividades especialmente peligrosas.....	36
Tabla 2. Número de accidentes laborales con absentismo y accidentes mortales en el mundo en el año 2012.....	45
Tabla 3. Concentraciones de los diferentes tipos de bebidas alcohólicas.....	61
Tabla 4. Situación actual del consumo de cannabis en la Unión Europea	65
Tabla 5. Concentración de THC en diferentes plantas y formas de presentación	69
Tabla 6. Cannabinoides naturales y sus propiedades	70
Tabla 7. Farmacocinética de la cocaína y sus formas de consumo	78
Tabla 8. Clasificación de las drogas a estudio por efectos	88
Tabla 9. Modelos de Enfermería y características principales de los mismos.	101
Tabla 10. Accidentes de Trabajo en el sector del espectáculo en los últimos 10 años ..	109
Tabla 11. Relación de expertos revisores del cuestionario <i>ad hoc</i>	118
Tabla 12. Eventos y ciudades donde se han llevado a cabo las recogidas de cuestionarios.....	119

Tabla 13. Estructura de la Intervención de Enfermería Breve.....	122
Tabla 14. Descripción de las diferentes variables del estudio.....	123
Tabla 15. Patrones Funcionales según Marjory Gordon.....	129
Tabla 16. Codificación de respuestas para el cuestionarios TECVASP	132
Tabla 17. Valores del alfa de Cronbach para el cuestionario utilizado en el estudio analizando todas las variables existentes.	135
Tabla 18. Diagnósticos NANDA de enfermería identificados para la muestra.	138
Tabla 19. Distribución de los puestos de trabajo por niveles de estudio.....	142
Tabla 20. Distribución de los sujetos participantes según las condiciones generales de trabajo (N=284).....	143
Tabla 21. Consumos distribuidos porcentualmente por sexos	146
Tabla 22. Valores de Z y p para cada sustancia consumida alguna vez en la vida respecto al sexo	146
Tabla 23. Distribución de la población por edad en la que se da un mayor consumo (N=284)	147
Tabla 24. Frecuencias de consumo según el nivel de estudios	148
Tabla 25. Porcentajes de consumo de las diferentes sustancias en los últimos tres meses (N=284)	149
Tabla 26. Cálculos del p valor para aquellos trabajadores que consumen alguna sustancia frente al trabajo a turnos y al trabajo nocturno	165
Tabla 27. Prevalencia de consumo en el último mes de las diferentes sustancias mayoritarias en los participantes de la intervención (N=50).	169
Tabla 28. Cambio en la percepción de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de la población de estudio, pre-post intervención (N=50)	170

Tabla 29. Resultados del cuestionario SOCRATES 8D pre-post intervención (N=50)..	172
Tabla 30. Resultados <i>p valor</i> (prueba t-student) para cada uno de estados analizados del cuestionario Sócrates	173
Tabla 31. Resultados de significación de la intervención para el cuestionario Sócrates 8D antes y después de la intervención.....	173
Tabla 32. Resultados de significación entre las diferencias de puntuación de los estadios de cambio según Prochaska y Diclemente ¹⁴⁷ (SÓCRATES) y la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en consumidores (TECVASP)	174
Tabla 33. Resultados de significación entre los resultados en los estadios de cambio según Prochaska y Diclemente ¹⁴⁷ (SÓCRATES) y la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (EQ-5D).....	175
Tabla 34. Resultados de significación entre los resultados en los estadios de cambio según Prochaska y Diclemente ¹⁴⁷ (SÓCRATES) antes y después de la intervención.....	176
Tabla 35. Riesgos asociados al consumo de cannabis, alcohol y cocaína	178
Tabla 36. Variación pre-post intervención en función de las dimensiones en el cuestionario EQ-5D.....	179
Tabla 37. Catálogo de sesgos clasificados por fuente de los mismos en cuestionarios del área de salud en idioma español	180
Tabla 38. Comparación de los resultados del estudio llevado a cabo en el sector laboral del espectáculo frente a resultados arrojados por diferentes estudios para el policonsumo de alcohol abusivo (>6 UBE's/día) en asociación con el cannabis, la cocaína y los estimulantes.....	188
Tabla 39. Reglamentos relacionados con los controles de alcohol y drogas en el trabajo en Europa.....	204

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Accidentes laborales mortales en el año 2102 según países europeos.	29
Gráfica 2. Consumo de alcohol en las diferentes profesiones expresado en % en EEUU	47
Gráfica 3. Consumo de drogas clasificado por las diferentes profesiones expresado en % en EEUU.....	48
Gráfica 4. Prevalencia de consumo de diferentes sustancias psicoactivas (últimos 12 meses) en la población general y en la población laboral. España 2013	50
Gráfica 5. Efecto de fumar 20 mg de THC	87
Gráfica 6. Distribución según edad de los sujetos participantes en el estudio.....	139
Gráfica 7. Distribución según el nivel de estudios de los sujetos participantes en el estudio (N=284).	140
Gráfica 8. Distribución según las personas con las que conviven de los sujetos participantes del estudio (N=284).....	140
Gráfica 9. Distribución de población a estudio según puestos de trabajo ocupados ...	141

Gráfica 10. Distribución de la población a estudio según el motivo de elección de los puestos de trabajo	141
Gráfica 11. Tipo de relación contractual.....	142
Gráfica 12. Relación contractual de la población a estudio según el nivel de estudios	143
Gráfica 13. Percepción de la peligrosidad laboral a la que refieren estar expuestos los trabajadores encuestados en los puestos de trabajo que desempeñan (N=284)	144
Gráfica 14. Distribución de la población de estudio según la afirmación de haber consumido alguna vez en la vida las diferentes sustancias adictivas descritas (N=284).....	145
Gráfica 15. Distribución de la muestra encuestada según el consumo de diferentes sustancias adictivas y puesto de trabajo que ocupan (N=284)	147
Gráfica 16. Distribución según la edad mayoritaria de consumo para cada sustancia (N=284)	148
Gráfica 17. Distribución por consumo y según el nivel de estudios de los sujetos estudiados	149
Gráfica 18. UBE's consumidos el día anterior a la realización del cuestionario (N=281)	150
Gráfica 19. Distribución de la población consumidora de cannabis (N=137), cocaína (N=18) y estimulantes (N= 4) frente a los UBE's consumidos diarios	151
Gráfica 20. Motivos que mueven a los trabajadores al consumo.....	151
Gráfica 21. Motivos de consumo según el nivel de estudios	152
Gráfica 22. Percepción de riesgo al que cree estar expuesto la población a estudio consumidora respecto al consumo de cannabis (N=238), alcohol (N=269) y cocaína (N=136).....	152

Gráfica 23. Trabajadores que han tratado de reducir su consumo de alcohol, cannabis y cocaína en los últimos 3 meses.....	153
Gráfica 24. Trabajadores que han tratado de reducir sus consumos según las diferentes sustancias.....	154
Gráfica 25. Proveedores habituales de las sustancias a los trabajadores encuestados y consumo durante el horario trabajo.....	155
Gráfica 26. Distribución de reconocer que tienen compañeros consumidores (N=284).	156
Gráfica 27. Opinión de los trabajadores acerca del problema de consumo de drogas en el trabajo (N=284).....	156
Gráfica 28. Distribución de la opinión sobre la problemática que supone el consumo de drogas en el trabajo frente al nivel de estudios de cada trabajador (N=284)	157
Gráfica 29. Razones por las cuales los trabajadores encuestados consideran un problema importante el consumo de sustancias en el trabajo (N=284).....	157
Gráfica 30. Distribución del tipo de ayudas que los trabajadores proponen que deberían ofrecer las empresas para combatir el problema del consumo de drogas en el ámbito laboral (N=284)	158
Gráfica 31. Posibles colaboraciones de la empresa con el trabajador para solucionar el problema del consumo de drogas en el entorno laboral, elegidas por los trabajadores (N=284)	159
Gráfica 32. Posibles recursos que debería solicitar la empresa para solucionar el problema del consumo de drogas en el entorno laboral, desde el punto de vista de los trabajadores (N=284).....	160
Gráfica 33. Distribución de los consumos de cannabis en los trabajadores en función de la convivencia (N=284).....	161

Gráfica 34. Distribución de los consumos de alcohol en los trabajadores en función de la convivencia (N=284).....	161
Gráfica 35. Distribución de los consumos de cocaína en los trabajadores en función de la convivencia (N=284).....	162
Gráfica 36. Distribución del conocimiento de tener compañeros consumidores frente a aquellos que SI admiten ser consumidores habituales de cannabis, alcohol y cocaína (N= 233).....	162
Gráfica 37. Percepción del riesgo asociado al consumo en aquellos trabajadores que han consumido diaria o semanalmente en los últimos tres meses (N=233).....	163
Gráfica 38. Distribución del consumo de cannabis según puesto de trabajo que ocupa cada trabajador (N=284).....	164
Gráfica 39. Distribución del consumo de alcohol según puesto de trabajo que ocupa cada trabajador (N=284).....	164
Gráfica 40. Distribución del consumo de cocaína según puesto de trabajo que ocupa cada trabajador (N=284).....	165
Gráfica 41. Distribución de la realización de trabajos a turnos y/o nocturnos frente a aquellos trabajadores que admiten haber consumido alguna vez (N=233).....	166
Gráfica 42. Distribución del número de trabajadores que SI se considera consumidor de entre aquellos que admiten consumir (N Cannabis=123; N Alcohol=198; N Cocaína=76).....	166
Gráfica 43. Distribución de los consumos según la sustancia principal de consumo en el último mes (N=50)	167
Gráfica 44. Distribución de los consumos medios diarios según las sustancia principales de consumo en el último mes (N=50)	168

Gráfica 45. Distribución de la prevalencia de policonsumo entre los trabajadores participantes de la intervención (N=50).....	169
Gráfica 46. Estados de salud reflejados en el cuestionario EQ-5D antes de la intervención según el código de 5 dígitos que establece el cuestionario (N=50).	170
Gráfica 47. Estados de salud reflejados en el cuestionario EQ-5D después de la intervención según el código de 5 dígitos que establece el cuestionario (N=50).	171
Gráfica 48. Distribución por rangos de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario TECVASP (N=50)	171
Gráfica 49. Variación de los estados de los trabajadores en la motivación para el cambio según Prochaska y Diclemente (N=10)	172
Gráfica 50. Modificación de la CVRS en un sujeto con el paso del tiempo.	194
Gráfica 51. Edad de los sujetos en la que se han producido las variaciones de estadio frente a la edad media de la muestra participante de la intervención.	196

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Accidentes de trabajo que han causado baja.....	30
Figura 2. Trabajos de <i>Climber</i>	53
Figura 3. Trabajos de <i>Scaffolder</i>	53
Figura 4. <i>Riggers</i> llevando a cabo su trabajo.....	54
Figura 5. Conductor de carretilla elevadora.....	54
Figura 6. Trabajadores de montaje replanteando y montando un escenario.....	55
Figura 7. Trabajadores de carga y descarga.....	56
Figura 8. <i>Backliner</i>	56
Figura 9. Técnico de luces y sonido	57
Figura 10. <i>Stage Manager</i> : Replanteo de <i>rigging</i> y escenario.....	57
Figura 11. Molécula de Etanol.....	60
Figura 12. Reacción química de la fermentación	60
Figura 13. Condiciones Normales del Neurotransmisor GABA	63

Figura 14. Acción del Alcohol sobre el Neurotransmisor GABA.....	63
Figura 15. Condiciones normales del Neurotransmisor Glutamato	64
Figura 16. Acción del Alcohol sobre el Neurotransmisor Glutamato.....	64
Figura 17. Aspectos morfológicos del Cannabis Sativa L.....	68
Figura 18. Condiciones Normales.....	73
Figura 19. Condiciones con THC	73
Figura 20. Estructura Química de la Cocaína.....	77
Figura 21. ¿Cómo se prepara la Cocaína?	79
Figura 22. Preparación de la Cocaína	80
Figura 23. Condiciones Normales.....	81
Figura 24. Condiciones bajo los efectos de la cocaína	82
Figura 25. Paso metabólico de producción de cocaetileno	89
Figura 26. Protocolo de actuación cuando un trabajador se encuentra bajo los efectos del alcohol o de cualquier otra sustancia en el centro de trabajo.....	93
Figura 27. Proceso de atención de enfermería.....	97
Figura 28. Proceso de elaboración del cuestionario ad hoc.....	117
Figura 29. Mapa de España con provincias en las que se administró el cuestionario ..	120
Figura 30. Dimensiones de evaluación del estado de salud en EQ-5D.....	130

1. GLOSARIO

Acetilcolina: derivado de la colina, que actúa como neurotransmisor¹.

Accidente de trabajo: suceso repentino que sobreviene por causa o con ocasión del trabajo y que produce pérdidas tales como lesiones personales, daños materiales, derroches y/o impacto al medio ambiente; con respecto al trabajador le puede ocasionar una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte².

Accidente Blanco: accidente de trabajo en el que no ha habido lesiones aunque si hayan existido daños materiales².

Ácido Débil: es aquel que no está totalmente dissociado en una disolución acuosa. Aporta iones H⁺ al medio, pero también es capaz de aceptarlos³.

Ácido Fuerte: es aquel que en concentraciones ordinarias, todas sus moléculas están prácticamente dissociadas y ceden un protón con facilidad³.

Base Débil: es aquella que cuando se disuelve en concentraciones ordinarias, gran parte de sus moléculas permanecen sin dissociar y aceptan un protón con mucha facilidad³.

Base Fuerte: es aquella que en concentraciones ordinarias, todas sus moléculas están prácticamente dissociadas y aceptan un protón con facilidad³.

Crack: droga de aspecto sólido derivada de la cocaína y altamente adictiva⁴.

Diagnóstico de enfermería: un diagnóstico de enfermería es un problema de salud real o potencial que los enfermeros, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar. Los diagnósticos de enfermería son, por lo tanto, problemas que pueden prevenirse, resolverse o reducirse, mediante actividades independientes de enfermería⁵.

EPI's: se entenderá por «equipo de protección individual» cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin⁶

Hashish: es un producto del cannabis, definido como la resina separada, en bruto o purificada, obtenida de la planta de cannabis⁷.

Incidente: Suceso acaecido en el curso del trabajo o en relación con el trabajo, en el que la persona afectada no sufre lesiones corporales ni existen daños materiales².

Membrana Hematoencefálica: barrera protectora entre los vasos sanguíneos del cerebro y los tejidos cerebrales que permite que la sangre fluya libremente hacia el cerebro pero impide el contacto entre la mayoría de las sustancias del torrente sanguíneo y las células cerebrales. Esta barrera protege al cerebro de los efectos de numerosas sustancias nocivas, pero al mismo tiempo dificulta la administración de fármacos al cerebro¹.

Proceso de Atención de Enfermería (PAE): es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática⁵.

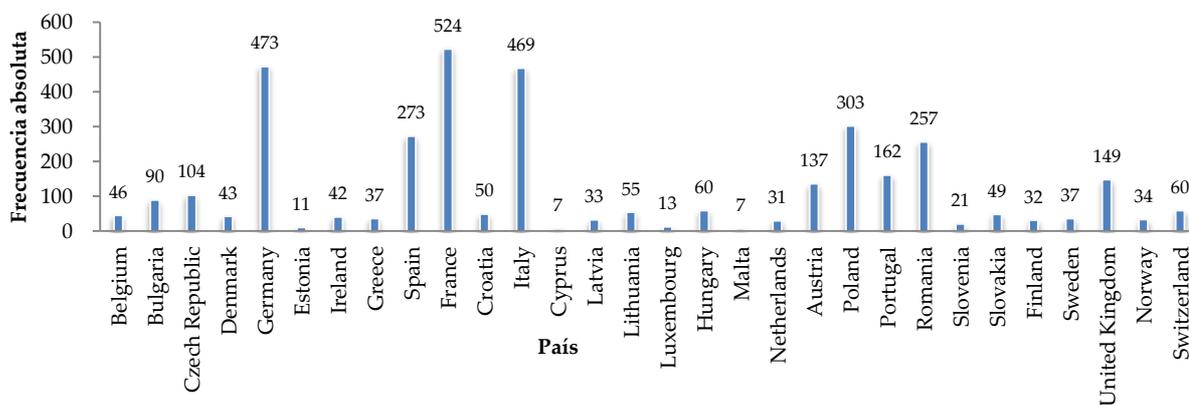
Taxonomía: es el estudio teórico de la clasificación sistemática incluyendo sus bases, principios, reglas y procedimientos; es la ciencia de cómo clasificar e identificar⁵.

Rigging: elementos necesarios para la elevación de focos, altavoces, pantallas o escenografía, que dan forma a un espectáculo de luces y sonido⁸.

UBE: unidad de bebida estándar⁹.

2.INTRODUCCIÓN

El alcohol y las drogas provocan el 45% de los siniestros laborales graves¹⁰. Este enunciado puede parecer muy agresivo para comenzar una tesis doctoral pero se ha querido presentar un argumento de mucho peso para incrementar el interés de aquellas personas que puedan leer el siguiente trabajo y, dimensionar la gravedad del problema al que nos enfrentamos. En esta línea, las estadísticas europeas avalan, como muestra la Gráfica 1, el grave problema del que se quiere dejar constancia, siendo el número de accidentes laborales mortales en España de 273 durante el año 2012.



FUENTE: Eurostat¹¹

Gráfica 1. Accidentes laborales mortales en el año 2012 según países europeos.

Durante el año 2015, esta cifra aumentó en España hasta 285 accidentes mortales y, en la primera mitad del año 2016, estas cifras han vuelto a superarse (301 accidentes mortales entre enero y junio de 2016)¹². Este aumento se vio reflejado también en los accidentes con baja (Figura 1)¹².



FUENTE: Ministerio de empleo y Seguridad Social, INE¹².

Figura 1. Accidentes de trabajo que han causado baja

Cuando se habla de eventos y espectáculos, siempre se suele pensar en el artista que subirá al escenario y presentará su show y no se suele recordar que detrás del telón, detrás de cada montaje, de cada espectáculo de luz y sonido, hay cientos de trabajadores gracias a los cuales, todo lo que está ante nuestros ojos, ha sido posible. Estos trabajadores o colectivo laboral constituyen un sector laboral como podría ser el sanitario, la construcción o la educación. Para ofrecer unas garantías de seguridad en el trabajo a todos ellos, y en general, a todo el ámbito laboral, en el año 1995 salió publicada la Ley 31/1995 del 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales² (a partir de ahora LPRL). Esta ley es relativamente joven, pero no por eso hay que pensar que antes los trabajadores estaban desamparados.

2.1 EL CONTEXTO HISTÓRICO DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL MUNDO

Aunque se podría pensar que la LPRL es algo novedoso, hay que remontarse al año 2200 a. C. para encontrar en el Código Legal de Hammurabi prescripciones derivadas de los posibles daños que sufrieran los trabajadores, así como algunos artilugios que pueden considerarse precursores de la incorporación de medidas preventivas al trabajo^{13,14}. Hipócrates (460 a. C.), padre de la medicina, relaciona la enfermedad con el medio ambiente laboral y social y describe intoxicaciones por plomo en las minas al respirar ambientes contaminados, e impotencia en los jinetes, por las largas horas subidos al corcel; recomienda baños para prevenir el saturnismo, describiendo el cólico saturnino y otras enfermedades de los mineros¹³. Platón (429-347 a. C.) observa y define deformaciones de los esqueletos de algunos hombres dedicados a profesiones de peligro¹³. Aristóteles (384-322 a. C.) previene enfermedades de los corredores¹³. Sin embargo, es en el siglo XVII, con el médico italiano Bernardino Ramazzini de Carpi, cuando se empieza a tratar como una ciencia nueva la Medicina del Trabajo, aunque no es hasta principios del siglo XIX, con el desarrollo de las legislaciones de protección de los obreros (la primera ley en el mundo data de 1802), cuando aparecen las técnicas sistematizadas de protección y de prevención¹³.

En el ámbito del Derecho, mientras avanza la Revolución Industrial en el siglo XIX, irán apareciendo las primeras leyes de protección de los trabajadores^{13,14}. Con el final del siglo XIX comenzará la actividad internacional en relación con la seguridad laboral. En París se llevará a cabo el primer Congreso Internacional de Accidentes de Trabajo que data del año 1889¹⁴. A comienzos del siglo XX empezará a forjarse la Organización Internacional del Trabajo (OIT), quedando definitivamente constituida en 1919 con el Tratado de Versalles, el cual pone fin a la Primera Guerra Mundial¹⁴. El 30 de enero de 1900 quedó aprobada la Ley de Accidentes de Trabajo en España conocida como Ley Dato. Dicha ley será el inicio del desarrollo en España del Derecho de Seguridad e Higiene en el Trabajo¹⁴.

2.2 ANTECEDENTES A LA ACTUAL LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN ESPAÑA

La prevención de riesgos laborales² (a partir de ahora PRL) es una elaboración realizada por las sociedades según la percepción de las enfermedades y riesgos que implica el ejercer una profesión. Por lo tanto, es cada Estado, según su cultura, economía o intereses políticos de la sociedad, quien los elabora de una determinada forma. En España, los orígenes se remontan a principios del siglo XX¹⁵.

Al comenzar la década de los setenta se creó el Plan Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo, el cual fue el predecesor de lo que ahora conocemos como el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Desde 1971 a 1975 el Plan Nacional dependía de la Dirección General de Seguridad Social y por lo tanto, del Ministerio de Trabajo. A comienzos de 1975 se produjo un cambio de Ministro de Trabajo, que afectó también a la Dirección Ejecutiva del Plan Nacional.

Es desde este momento cuando se pretende separar a la Seguridad e Higiene de la Seguridad Social, pero manteniendo su condición de Servicio Social de Higiene y Seguridad del Trabajo.

Desde 1978 hasta 1995 (Momento en el se aprueba la Ley de Prevención de Riesgos Laborales) la actuación preventiva del Instituto Nacional se desarrolló entre importantes cambios legislativos, que afectaron tanto a la materia laboral de la seguridad y salud en el trabajo como al funcionamiento del propio instituto^{14,15}.

2.3 LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

La Constitución Española de 1978 en su artículo 40.2¹⁶ conlleva a la necesidad de desarrollar una política de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo. Bajo este mandato constitucional y como transposición de la Directiva Europea 89/391/CEE, aparece la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, modificada por la Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales² y que después se ha visto afectada por otras leyes, siempre en pro del bienestar de los trabajadores. La LPRL tiene por objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores, estableciendo como principios generales²:

- ✓ La prevención de los riesgos profesionales, entendiéndose por riesgo laboral la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo.
- ✓ La eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo que serán las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.
- ✓ La información, la consulta, la participación equilibrada y la formación de los trabajadores en materia preventiva.

A su vez, esta ley establece que corresponderá al empresario la vigilancia de la salud de los trabajadores a su cargo, estableciéndose dos objetivos²:

- ✓ Individuales: Aquellos que están relacionados con cada uno de los individuos implicados.
- ✓ Colectivos: Los relacionados con el total de los trabajadores de la empresa.

Aunque debería dárseles la misma importancia a lo hora de ponerlos en práctica, la repercusión de cada uno de ellos será muy distinta^{2,17}. En los objetivos individuales se hará hincapié en la detección precoz de las alteraciones de salud que pueda sufrir el trabajador; deberán identificarse los trabajadores sensibles a riesgos (embarazadas, menores, con discapacidad...); y por último deberán hacerse intervenciones de educación sanitaria de conductas, hábitos y costumbres perjudiciales para la salud. Estas costumbres engloban, entre otras, el consumo de alcohol y drogas antes, durante y después de la jornada laboral. En los colectivos se deberá valorar el

estado de salud general de los trabajadores de la empresa; alertar sobre posibles situaciones de riesgos en puntos determinados de la empresa; incorporar al plan de prevención las medidas surgidas del estudio de los hallazgos detectados en la vigilancia de la salud; y finalmente evaluar la eficacia del plan de prevención mediante la evolución del estado de salud del grupo de trabajadores.

2.3.1 LAS CARACTERÍSTICAS DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN LA NORMATIVA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

El artículo 22 de la LPRL² y el 37 del Reglamento de los Servicios de Prevención^{6,18} establecen las condiciones y características que la vigilancia de la salud debe asumir para conseguir que sea eficaz y se realice con las máximas garantías para el trabajador. Las características a las que se refiere podrían resumirse en los siguientes 9 apartados:¹⁷

- a) *Garantizada por el empresario*: el empresario se debe comprometer a garantizar a sus trabajadores la vigilancia de su salud y repetir los chequeos oportunos dentro del tiempo establecido (normalmente una vez al año en función de las características y condiciones del trabajo a desempeñar), chequeando únicamente aquello que, debido a los riesgos derivados del trabajo, pudiera verse perjudicado. La LPRL pone de manifiesto que la vigilancia de la salud es un derecho del trabajador y una obligación para el empresario que no debe realizarse una única vez cuando el trabajador sea contratado, sino que debe repetirse en el tiempo, al menos una vez al año en función de los riesgos inherentes del trabajo a los que el trabajador esté sometido.

- b) *Específica*: Este examen de salud debe estar ajustado a las condiciones del puesto del trabajo y de la empresa previa evaluación de riesgos laborales. Esa vigilancia se realizará en función del o de los riesgos a los que está sometido el trabajador en el lugar de trabajo y debe tener en cuenta las particularidades del trabajador o de la trabajadora (embarazo, minusvalía...). Una consecuencia de

esta característica es la imposibilidad de establecer un protocolo de vigilancia médica sin conocer los resultados de la evaluación de riesgos. Por otro lado, la vigilancia médica ha de ser proporcional. Esta proporcionalidad va unida al respeto de la dignidad de la persona y de su intimidad, lo que incluye también que las pruebas se ajusten al fin perseguido, es decir, a la detección precoz de los posibles daños de origen laboral y a la protección de los especialmente sensibles. No tendría ningún sentido realizarle un examen de detección de anticuerpos de VIH a un trabajador de la construcción. De ser así se estaría violando su intimidad.

- c) *Voluntariedad condicionada*: La LPRL configura la vigilancia de la salud como un derecho del trabajador y una obligación del empresario. Es decir, el trabajador libremente acepta o no realizarse esos chequeos que propone la vigilancia de la salud. En cualquier caso el empresario debe ofrecerlo y el trabajador si decide rechazarlo, deberá firmar un documento conforme a que es sabedor de dichos chequeos pero que declina voluntariamente llevarlos a cabo. Ese carácter voluntario se transforma en una obligación del trabajador en las siguientes circunstancias:

- c.1.) La existencia de una disposición legal con relación a la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad. Varias son las disposiciones legales en las que se establece la obligatoriedad de la vigilancia de la salud. Por un lado, el artículo 196 de la Ley General de la Seguridad Social¹⁹ obliga al empresario a realizar reconocimientos previos y periódicos a los trabajadores que ocupen un puesto de trabajo en el que exista un riesgo de enfermedad profesional. Por otro, toda aquella legislación específica que así lo indique como por ejemplo la relativa a la exposición al ruido, a ciertos agentes químicos y a las radiaciones ionizantes, entre otras como sería el anexo 1 de la LPRL donde se establece la relación de actividades especialmente peligrosas (Tabla 1)².

Tabla 1. Anexo 1 Relación de Actividades especialmente peligrosas

ANEXO 1: Relación de Actividades especialmente peligrosas
Exposición a radiaciones ionizantes.
Exposición a agentes tóxicos, cancerígenos y mutagénicos.
Actividades con productos químicos de alto riesgo
Trabajos con agentes biológicos.
Fabricación, manipulación y utilización de explosivos.
Trabajos propios de minería a cielo abierto y de interior, sondeos...
Actividades de inmersión bajo el agua
Actividades en obras de construcción, excavaciones, túneles, etc
Actividades en la industria siderúrgica y en la construcción naval.
Producción de gases comprimidos, licuados o disueltos
Trabajos que produzcan concentraciones elevadas de polvo silíceo
Trabajos con riesgos eléctricos de alta tensión

FUENTE: Ley de prevención de Riesgos Laborales².

- c.2.) Que los reconocimientos sean indispensables para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores. El hecho de que sea indispensable la vigilancia de la salud vendrá sujeta a los riesgos inevitables del puesto de trabajo y que a no se pueda disponer de otro método para recabar la información sobre el tipo de riesgo, su gravedad y los efectos que puede producir en el trabajador.
- c.3.) Que el estado de salud del trabajador pueda suponer un riesgo para el mismo, para otros trabajadores de su entorno o para otras personas relacionadas con la empresa. En este punto la vigilancia de la salud se utiliza como herramienta para hacer cumplir el *“antiguo principio de adecuación del trabajador al trabajo que se reformula en el artículo 25.1 de la LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES”*. Para llevar a cabo esta situación excepcional hace falta que exista realmente un peligro para el trabajador o para terceros que pueda ser evitado si llevamos a cabo dicho reconocimiento médico y que, en el caso de riesgo para terceros, sea de una gravedad tan alta que prime esta

situación por encima del derecho individual de la persona a no querer dar a conocer un problema de salud.

En los dos últimos puntos es necesario un informe previo de los representantes de los trabajadores de la empresa. Además, determinar si el trabajador podrá elegir libremente someterse a esos chequeos, se deberá resolver durante la evaluación de riesgos laborales y quedará reflejado en el plan de PRL en forma de listado y, donde constarán las posibles y/o probables consecuencias de la negativa por parte del trabajador. Puesto que el plan de prevención debe entregarse a todos los trabajadores, estos quedarán informados de dichas condiciones previamente a ser contratados la primera vez.

Cada medida preventiva que aparezca en esta evaluación de riesgos debe estar asociada a una prioridad determinada, que se estimará valorando en conjunto los siguientes aspectos:

- Magnitud del riesgo estimado: tendrán mayor prioridad aquellas acciones preventivas que se correspondan con riesgos cuya estimación sea mayor. En aquellos riesgos para los que ya existan medidas que reduzcan el riesgo, esta estimación se hará teniendo en cuenta las medidas existentes.
- Número de trabajadores afectados: a mayor número de trabajadores expuestos a un riesgo, mayor prioridad en la aplicación de las medidas preventivas correspondientes.
- Existencia de normativa laboral o industrial sobre el riesgo en cuestión: en estos casos el nivel de protección a alcanzar será el marcado por la normativa, y la prioridad se fijará en función del grado de cercanía o alejamiento de la norma.
- Grado de disminución del riesgo, según el orden de selección establecido en el artículo 15 de la LPRL²:
 - a) Evitar los riesgos.
 - b) Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
 - c) Combatir los riesgos en su origen.

- d) Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.
 - e) Tener en cuenta la evolución de la técnica.
 - f) Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
 - g) Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.
 - h) Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
 - i) Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.
- Relación coste de la implantación de la medida preventiva, en relación con la reducción de riesgo esperada: una medida que propicie una reducción del riesgo baja y necesite de una elevada inversión, no debería tener una elevada prioridad.
 - Otras consideraciones específicas de cada empresa en particular.

Por lo tanto, el hecho de ser voluntaria la vigilancia médica supone también la obligación al empresario de informar y obtener el consentimiento del trabajador para someterse a la vigilancia de la salud contemplada en el artículo 22 de la LPRL², salvo que esté comprendida entre las excepciones del apartado 1 del mencionado artículo. Siempre, ese consentimiento deberá ser previo a llevarse a cabo la vigilancia de la salud e informado, libre y sin coacciones internas o externas. Además si el trabajador así lo creyera oportuno, podría revocar dicho consentimiento y no someterse a los controles. Por ello es necesario informar sobre el contenido y el alcance de la vigilancia en relación con los riesgos específicos del puesto de trabajo. Se deberán explicar el tipo de pruebas a las que va a ser sometido el trabajador y el propósito de las mismas; entregar al trabajador el consentimiento concreto e individual para cada una de las pruebas que conforman la vigilancia de la salud y deben existir datos que permitan afirmar su existencia, es decir, hechos que confirmen la necesidad de hacer que el

trabajador se someta a ese tipo de pruebas. Aunque no es necesario obligar al trabajador a firmar la negativa a realizar el examen médico ya que puede considerarse una coacción de la libertad, sí es aconsejable pedir la firma o acuse de recibo del ofrecimiento de la vigilancia de la salud para dejar constancia de que el trabajador ha sido debidamente informado.

- d) *Confidencialidad*: los resultados obtenidos de las pruebas realizadas estarán disponibles únicamente para el trabajador. El empresario sólo recibirá el Apto o No Apto para el puesto de trabajo a desempeñar y para el que se he realizado el chequeo médico específico. En caso de ser No Apto, el médico puede proponer unas medidas para adecuar el puesto de trabajo al trabajador.
- e) *Duración*: la vigilancia de la salud no termina cuando la relación laboral termina ya que podría darse el caso de enfermedades profesionales que aparecen al cabo de los años, es decir, en aquellos casos en los que los efectos sobre los trabajadores así lo aconsejen; en general, cuando los efectos tengan un periodo de latencia largo o puedan aparecer una vez extinguida la relación contractual.
- f) *Contenido*: la Ley no establece que tipo de pruebas hay que llevar a cabo pero si hace referencia a que las pautas y protocolos a llevarse a cabo deben ser las que sean menos molestas para el trabajador. El contenido de las evaluaciones médicas individuales incluirá, como mínimo, una historia clínico- laboral, donde además de los datos de anamnesis, exploración física, control biológico y exámenes complementarios, se hará constar una descripción detallada del puesto de trabajo, del tiempo de permanencia en el mismo, de los riesgos detectados y de las medidas de prevención adoptadas.
- g) *Documentación*: los resultados de los controles del estado de salud de los trabajadores deberán estar documentados, así como las conclusiones de los mismos.

- h) Gratuidad:* el coste económico de cualquier medida relativa a la seguridad y salud en el trabajo, y por tanto el derivado de la vigilancia de la salud, no deberá recaer sobre el trabajador (art. 14.5 de la LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES)². En consecuencia, los controles médicos deberán llevarse a cabo dentro de la jornada laboral del trabajador o en caso de no ser posible, este tiempo deberá ser descontado del tiempo que debe trabajar el trabajador en otro jornada.
- i) Periodicidad:* los diferentes tipos de vigilancia médica en función de su frecuencia son:
- Inicial: después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud.
 - Periódica: por trabajar con determinados productos o en determinadas condiciones reguladas por una legislación específica que así lo exija o según riesgos determinados por la evaluación de riesgos, incluidas las características personales.
 - Tras una ausencia prolongada por enfermedad: quedando a criterio médico el decidir si el periodo de ausencia ha sido largo ya que no queda definido en la Ley.
 - Previa a la exposición: esta figura aparece en ciertas normas específicas (como la de agentes biológicos, cancerígenos o pantallas) y sigue totalmente vigente para la vigilancia de la salud en el ámbito de las enfermedades profesionales y para la evaluación de la salud de los trabajadores nocturnos.
 - Post-ocupacional: cuando el efecto del factor de riesgo laboral tiene un largo periodo de latencia.
 - Por detección de daño en un trabajador: en este caso se deberá proponer la revisión de la evaluación de riesgos y proceder a la vigilancia médica de los trabajadores que pertenezcan al mismo grupo de riesgo.

2.3.2 LA EDUCACIÓN SANITARIA EN EL ENTORNO LABORAL

Podemos encontrar numerosas definiciones y tendencias ideológicas sobre la educación para la salud o la educación sanitaria. Para el presente trabajo, propondremos la definición de Lawrence W. Green que dice: *“La educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificadas, destinadas a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables”*²⁰. Por lo tanto, la educación sanitaria en el entorno laboral pretende hacer cambios, en sentido favorable, de los conocimientos, actitudes y conductas de salud del trabajador individual y de aquellos otros trabajadores que el rodeen, haciendo así una actuación colectiva. La modificación de los conocimientos y actitudes son el medio para lograr cambios de comportamiento. El objetivo final son las conductas. Así pues, podemos afirmar que la educación sanitaria es la herramienta principal para conseguir que los trabajadores adopten conductas positivas de salud (alimentación equilibrada, ejercicio físico, etc.), modifiquen los comportamientos poco saludables (consumo de tabaco o alcohol, sustancias estupefacientes, etc.), sigan las recomendaciones del médico y del enfermero del trabajo en las patologías crónicas (hipertensión arterial), o la adherencia al tratamiento farmacológico en las patologías agudas (infección respiratoria).

La promoción de la salud, la prevención de los problemas de salud y el tratamiento de los problemas de salud, son tres facetas que están muy interrelacionadas. En cualquiera de ellas la educación sanitaria tiene una gran importancia. En esta línea, el papel de la educación sanitaria será el de facilitar el aprendizaje de las conductas que nos permiten actuar sobre los problemas de salud.

2.3.3 ¿DÓNDE SE UBICAN LOS TRABAJADORES DEL SECTOR DEL ESPECTÁCULO DENTRO DE LA LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES?

En el año 1985, se publica el Real Decreto 1435, del 1 de Agosto, en el que aparece por primera vez regulada la relación laboral en régimen especial de los artistas en espectáculos públicos, entendiéndose como tal la que se establece entre la parte organizadora del evento público en sí mismo (promotor, productor) y la parte que se dedique voluntariamente a la prestación de una actividad artística a cambio de una retribución, bien sea económica o de propia promoción^{21,22}. Por lo tanto, en el citado Real Decreto, quedan incluidos todos los trabajos y relaciones laborales que puedan llegar a ser necesarias para llevar a cabo la ejecución de actividades artísticas desarrolladas directamente ante el público, o para su grabación y posterior difusión en medios tales como teatro, cine, radiodifusión, televisión, plazas de toros, instalaciones deportivas, circo, salas de fiestas, discotecas, y, en general, cualquier local destinado, habitual o accidentalmente, a espectáculos públicos, o actuaciones de tipo artístico o de exhibición²¹.

Así como los artistas están regulados bajo el régimen general de artistas, a los trabajadores del sector del espectáculo no les será aplicable esta regulación, y por el contrario habrá que aplicarles el régimen general de los trabajadores a este personal técnico (montadores, iluminadores, técnicos de sonido, etc.) que acompaña a los artistas (cantantes y músicos) en sus actuaciones.

Si recordamos el Anexo 1 de la LPRL de la Tabla 1, unas de las actividades especialmente peligrosas que se recogen son las actividades en obras de construcción, excavaciones, túneles, etc². En una lectura minuciosa del Real Decreto de obras de construcción y la guía técnica de aplicación, encontramos la referencia a escenarios de conciertos, donde se considera su montaje y desmontaje como una obra de construcción^{23,24}:

“ANEXO I Relación no exhaustiva de las obras de construcción o de ingeniería civil

...d) Montaje y desmontaje de elementos prefabricados. De igual modo, estarían comprendidos en este apartado actuaciones tales como el montaje y desmontaje de: escenarios (para conciertos, actuaciones públicas y otros), plazas de toros, invernaderos de grandes dimensiones, etc., siempre que dichos montajes / desmontajes se ejecuten con tecnologías propias de la industria de la construcción. “

De este texto se desprenderá que el montador de un escenario deberá tener la formación suficiente y adecuada requerida para las obras de construcción, pero no hace referencia a los diferentes puestos de trabajo que existen y los riesgos que conllevan. En el apartado 1.4 daremos una breve descripción de estos puestos a los que nos estamos refiriendo.

2.3.4 LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES Y LOS ACCIDENTES DE TRABAJO

Tras la revisión realizada en el ámbito de la medicina del trabajo, la vigilancia de la salud y la educación para la salud, vamos a definir ahora lo que son las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo. Una enfermedad profesional se define médicamente como: *“El daño, la patología médica o traumática, provocada por la presencia en el medio ambiente laboral de factores o agentes físicos, químicos biológicos que merman la salud del trabajador”²⁵.*

Por lo tanto, el listado de enfermedades profesionales quedará del siguiente modo^{26,27}:

- Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.
- Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.
- Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.
- Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados.

- Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.
- Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

La Ley General de la Seguridad Social define que *“un accidente de trabajo es toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”* ¹⁹. Así, aquellas lesiones que se originen por conductas temerarias o por estar bajo los efectos que originan el consumo de alcohol o de otras sustancias estupefacientes, serán considerados accidente de trabajo, y, posteriormente habrá que investigar la causa de dicho accidente, pudiéndose dar el caso de que sea una falta del empresario por no poner medidas adecuadas o que sea una falta individual del trabajador con daños a terceros por no encontrarse en las condiciones óptimas para desarrollar su trabajo.

Por todo ello, volviendo a la cita con la que se comenzó este trabajo, si el alcohol y las drogas provocan el 45% de los siniestros laborales graves¹⁰, es el trabajador quien incurre en una falta y el empresario quien deberá poner los medios para minimizar o evitar la concurrencia de sus trabajadores bajo los efectos del alcohol y drogas.

2.3.5 LA PROBLEMÁTICA DE LOS ACCIDENTES LABORALES: COMPARATIVA A NIVEL MUNDIAL Y EUROPEO

Los accidentes laborales son un serio problema para la salud pública en todo el mundo. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) estima que la tasa mundial de accidentes de trabajo mortales es de 14 por 100.000 trabajadores, siendo menor en países industrializados que en países en desarrollo²⁸.

En España la tasa media de accidentes es de 6,4±0,4 por 100.000 trabajadores²⁹, a nivel europeo 3,8 por 100.000³⁰ y en otros continentes las siguientes:

Nueva Zelanda 4,9 por 100.000 trabajadores, Australia 3,8 por 100.000 y Estados Unidos 3.2 por 100.000³¹ (Tabla 2).

Tabla 2. Número de accidentes laborales con absentismo y accidentes mortales en el mundo en el año 2012

	Accidentes de trabajo con al menos cuatro días de absentismo laboral.	Accidentes Laborales Mortales
	Total	Total
EU-28	2.487.794	3.515
Bélgica	49.546	46
Bulgaria	1.768	90
República Checa	36.013	104
Dinamarca	34.245	43
Alemania	709.940	473
Estonia	4.993	11
Irlanda	9.794	42
Grecia	11.926	37
España	281.045	273
Francia	461.376	524
Croacia	8.844	50
Italia	274.040	469
Chipre	1.511	7
Latvia	1.213	33
Lituania	2.303	55
Luxemurgo	6.299	13
Hungría	16.717	60
Malta	2.190	7
Países Bajos	116.029	31
Austria	56.299	137
Polonia	67.472	303
Portugal	109.511	162
Rumania	2.889	257
Eslovenia	11.505	21
Eslovaquia	7.469	49
Finlandia	34.821	32
Suecia	24.864	37
Reino Unido	143.171	149
Noruega	14.855	34
Suiza	72.106	60

FUENTE: Encuesta Eurostat¹¹.

Las primeras directivas europeas sobre seguridad y salud en el trabajo se adoptaron sobre la base de las disposiciones generales de armonización del mercado.

Esto se debió a la falta de una competencia legislativa explícita en el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo hasta mediados de la década de 1980. El Acta Única Europea 1987 fue un importante paso adelante en la que se introdujo una nueva disposición legal sobre la política social con avances, especialmente en el entorno de trabajo, en cuanto a la salud y seguridad de los trabajadores. Mediante la inserción de esta disposición, la importancia de las condiciones de trabajo seguras se hizo evidente. Por otra parte, el nuevo capítulo Social autorizó a la Comisión Europea a promover el diálogo social entre los empleadores y los representantes de los trabajadores a nivel europeo. Con el Tratado de Ámsterdam en 1997, la competencia legislativa en el ámbito de las políticas sociales europeas se vio reforzada por la incorporación del acuerdo social en el Tratado. El Tratado de Lisboa, aparte de la numeración de los artículos sobre la política social, mantiene la sustancia de las disposiciones de antiguos artículos 136 y siguientes del Tratado CE (actualmente artículos 151 y siguientes del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea)³².

2.4 CONSUMO DE ESTUPEFACIENTES Y SU RELACIÓN CON EL COLECTIVO LABORAL DEL ESPECTÁCULO

Cuando se buscan las razones por las cuales una persona es consumidora de sustancias estupefacientes, no podemos quedarnos con la idea de que el consumo de dichas sustancias depende de un solo factor, sino confluencia de varios factores: la persona (personalidad, estado de ánimo, etc.), la sustancia (efectos físicos, etc.) y la situación o contexto en que se consume³³.

La música es un elemento fundamental a tener en cuenta cuando hablamos de drogodependencias³³. Las propias canciones hacen alusión a lo gratificante que puede ser su consumo en determinados ambientes y situaciones.

Centrándonos en el tema que nos ocupa, según la Encuesta Nacional sobre uso de drogas y alcohol que publica anualmente EEUU, los trabajadores de este sector, se encuentran situados en cuarto lugar en cuanto a consumo de alcohol se refiere

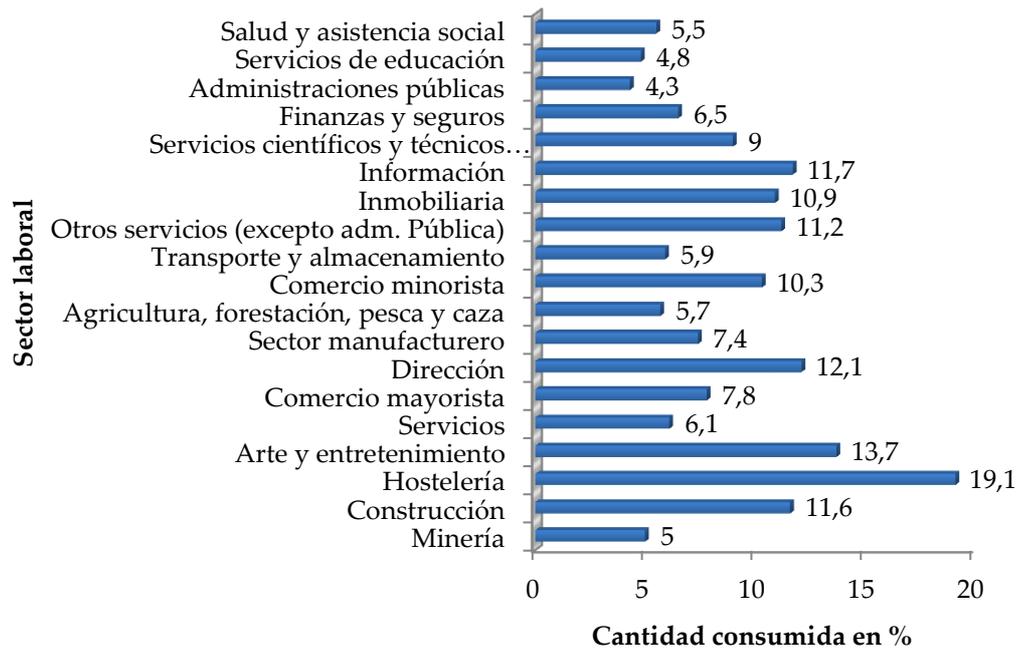
(Gráfica 2) afirmando que el 11,5% de estos trabajadores han tomado más de una copa en el último mes durante la jornada laboral, solo precedidos por los trabajadores de la minería (17,5%), construcción (16,5%) y hostelería (11,8%)³⁴.



FUENTE: UNODC ³⁴

Gráfica 2. Consumo de alcohol en las diferentes profesiones expresado en % en EEUU

Pero si hablamos de otras sustancias (*Cannabis Sativa*, cocaína...) los trabajadores de este sector asciende al segundo puesto con un consumo del 13,7% en el último mes (Gráfica 3). Por delante sólo se encuentran los trabajadores de la hostelería con un 19,1%³⁴.



FUENTE: UNODC ³⁴

Gráfica 3. Consumo de drogas clasificado por las diferentes profesiones expresado en % en EEUU

2.4.1 EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE ESTUPEFACIENTES: EXTENSIÓN, TENDENCIAS Y PERFIL DE LOS CONSUMIDORES EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS

El alto consumo de alcohol y de otras sustancias estupefacientes entre la población activa, hacen de este un grave problema al que buscarle una solución. El consumo origina peligrosas consecuencias en los lugares de trabajo: problemas de seguridad por accidentes debidos a la falta de atención y concentración en los trabajadores afectados, aumento del absentismo laboral, conflictos laborales (disputas con jefes y compañeros), entre otros^{35,36}.

Aunque las razones por las que estas personas llegan a ser consumidores son múltiples, algunas de ellas son factores psicosociales del trabajo como las altas demandas inherentes al trabajo, situaciones de estrés continuado, etc. Estas

características son algunas a las que están sometidos los trabajadores del sector del espectáculo:

- Jornadas interminables de trabajo.
- Contratos por obra o servicio remunerados por hora o día trabajado.
- Trabajos al aire libre en condiciones extremas de calor o frío.
- Trabajos sin emplazamiento fijo del puesto de trabajo.
- Trabajos contrarreloj ya que el evento siempre tiene una fecha y hora fijada.

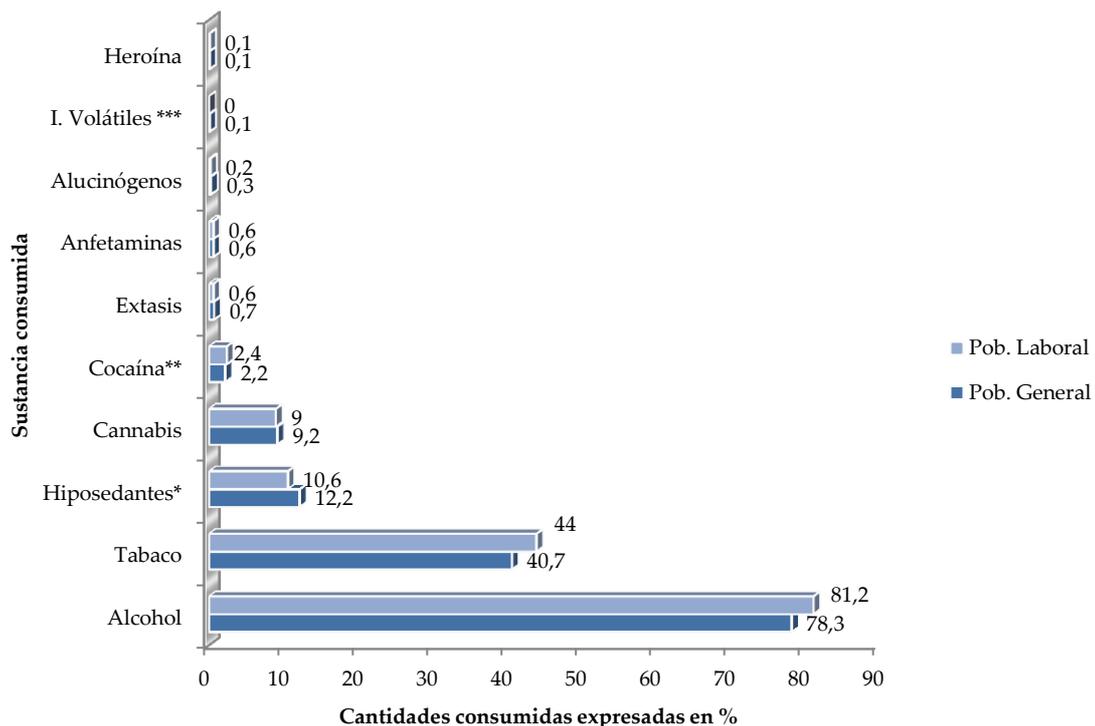
Por tanto, si añadimos a estas condiciones de trabajo, el consumo de drogas y alcohol durante la jornada laboral, el trabajador representará un riesgo personal hacia sí mismo o hacia terceras personas³⁵ ya que en un evento, por banales que sean las funciones del trabajador, siempre confluirán varias empresas y por lo tanto un gran número de trabajadores.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), en el año 1998, reconoció los problemas que suponen el consumo de drogas y alcohol en el ámbito de la seguridad laboral y del elevado coste para la producción, ya que suele tener como consecuencia absentismo, enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo. La OIT estimó que las lesiones relacionadas con drogas y alcohol suponían entre un 15 y un 30% del total de los accidentes relacionados con el trabajo. La accidentabilidad laboral es tres veces superior en trabajadores con adicción a drogas y alcohol. Un tercio de los accidentes laborales mortales están relacionados con el consumo de sustancias. La tasa de accidentes se duplica o triplica en estos trabajadores y también se triplican las bajas laborales y el absentismo^{35,36}.

Sin embargo, los controles de drogas en el lugar de trabajo (CDLT)³⁷ constituyen un fenómeno relativamente nuevo iniciado en las grandes multinacionales como las refinerías British Petroleum (BP) y difundido por ellas en casi todos los países. Estos controles no se llevan a cabo en el sector del espectáculo ya que la polémica rodea a los CDLT, puesto que los trabajadores admiten que estos controles violan el derecho a la intimidad, a la responsabilidad social y a la responsabilidad

potencial de los empresarios, a lo que se suma las dificultades en la interpretación de los resultados^{37,38}.

En España, el Observatorio Español de droga y las Toxicomanías publica la encuesta 2013-2014 sobre consumos de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España (Gráfica 4). En 2013, el porcentaje de consumidores se encuentra el más elevado entre los empleados que entre los parados.



FUENTE: Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España³⁹. Población general: Toda la población de 15 a 64 años. Población laboral: Empleados (trabajando actualmente o temporalmente ausentes) y parados (con trabajo previo) de 16 a 64 años. * Incluye hipnosedantes (tranquilizantes y somníferos) con y sin receta. ** Incluye cocaína en polvo y base. *** Inhalables volátiles.

Gráfica 4. Prevalencia de consumo de diferentes sustancias psicoactivas (últimos 12 meses) en la población general y en la población laboral. España 2013

En 2013, el 10,5% de la población de 16 a 64 años empleada o parada con trabajo previo ha consumido alcohol a diario en los últimos 30 días, el 6,7% ha consumido cannabis en los últimos 30 días y el 2,4% ha consumido cocaína en los últimos 12 meses³⁹.

Las mayores prevalencias en el consumo se registran entre los trabajadores que declaran condiciones extremas laborales, como trabajo penoso o con frío/calor. Así, por ejemplo, casi el 10% de este colectivo reconocen consumir cannabis frente a cerca de un 6% que también lo consume pero declara no tener calor/frío en su trabajo.

Para el consumo de cocaína, se registra una de las prevalencias más altas entre los que tienen jornadas con escaso descanso: el 4% de los que reconoce tener estas jornadas de trabajo consume cocaína frente al 2% que también consume pero declara no tener este riesgo³⁹. Estas condiciones son algunas de las que se han reseñado como peculiaridades en el sector del espectáculo.

Cabe destacar que de dicha encuesta se extrae que 9 de cada 10 trabajadores opinan que el consumo de alcohol u otras drogas en el medio laboral es un problema bastante o muy importante.

Respecto al perfil de los consumidores, los trabajadores con un status medio-bajo, las personas jóvenes y los varones serían más propensos al abuso del alcohol y drogas, sin embargo, los mayores niveles de consumo se han observado también entre trabajadores de mayor nivel (Licenciados, Ingenieros) y profesionales libres (autónomos)⁴⁰. Los colectivos de trabajo donde encontramos un mayor riesgo de consumo son los de la alimentación, el transporte, el sector marítimo, la construcción, los trabajadores de cadenas de montaje, el personal militar y los trabajadores de actividades de recreo donde están englobados los trabajadores del sector del espectáculo. Por lo tanto, se puede afirmar que algunas profesiones pueden ser más propicias para el consumo de tóxicos: camareros, vendedores, mineros, trabajadores de la construcción, de la industria química, conductores, pilotos, militares, controladores aéreos, bomberos, policías, artistas, escritores, fareros, pastores, marinos, entre otras. Esto se debe a que las drogas facilitan las relaciones sociales, ayudan a superar situaciones difíciles, desinhiben o animan, aumentan la seguridad en uno mismo, reducen la tensión y relajan e incrementan la creatividad ayudando a superar el aburrimiento y la soledad⁴⁰, condiciones a las que se enfrentan diariamente los trabajadores que se van de gira durante meses.

2.5 DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS QUE LLEVA A CABO EL COLECTIVO LABORAL DEL ESPECTÁCULO

El mundo del espectáculo queda asociado al artista que representará su show a la calidad de su espectáculo y al precio de la entrada. Pero desconocemos que cada show necesita cientos de trabajadores en jornadas de más de 12 horas, bajo condiciones extremas de frío o calor porque el día fijado a la hora señalada todo debe estar a punto. De no ser así, las pérdidas para el promotor del artista son muy elevadas.

El técnico de riesgos laborales dentro de este sector, se encargará de realizar una exhaustiva coordinación de actividades empresariales (CAE) y de velar por la seguridad de todos los trabajadores, tratando de evitar que alguno de los presentes no se encuentre en plenas condiciones para realizar su trabajo.

Describiremos los puestos de trabajo que entrañan más riesgo para así poder entender el peligro que puede suponer no encontrarse en plenas facultades.

2.5.1 DEFINICIONES

- **Trabajo en altura:** un trabajo temporal en altura es una situación de trabajo de duración determinada donde la diferencia entre el plano donde se ubica el trabajador y el plano inferior a él, donde podría caer en caso de producirse un accidente, es elevada (más de 2 metros de altura)^{41,42}.
- **Climber:** (Figura 2) alpinista, escalador. Persona encargada de subir a unas determinadas alturas, normalmente más de 2 metros, y acercar el material con el que trabajarán los demás operarios. No utilizará herramientas de mano^{41,42}.



FUENTE: Elaboración propia.

Figura 2. Trabajos de *Climber*

- ***Scaffolder***: (Figura 3) andamio. Persona encargada de montar las estructuras tanto a nivel del suelo como a ciertas alturas elevadas, normalmente más de 2 metros, pero sin dejar su cuerpo suspendido en el aire completamente. estar colgado en el aire. Tendrá bajo sus pies un punto de apoyo. Utilizará herramientas de mano^{41,42}.



FUENTE: Elaboración propia

Figura 3. Trabajos de *Scaffolder*

- **Rigger:** (Figura 4) mecánico, aparejador. Realizará los mismos trabajos que el *scaffolder* pero este si quedará suspendido completamente en el aire. Hará uso de herramientas de mano. ^{41,42}



FUENTE: Elaboración propia.

Figura 4. Riggers llevando a cabo su trabajo

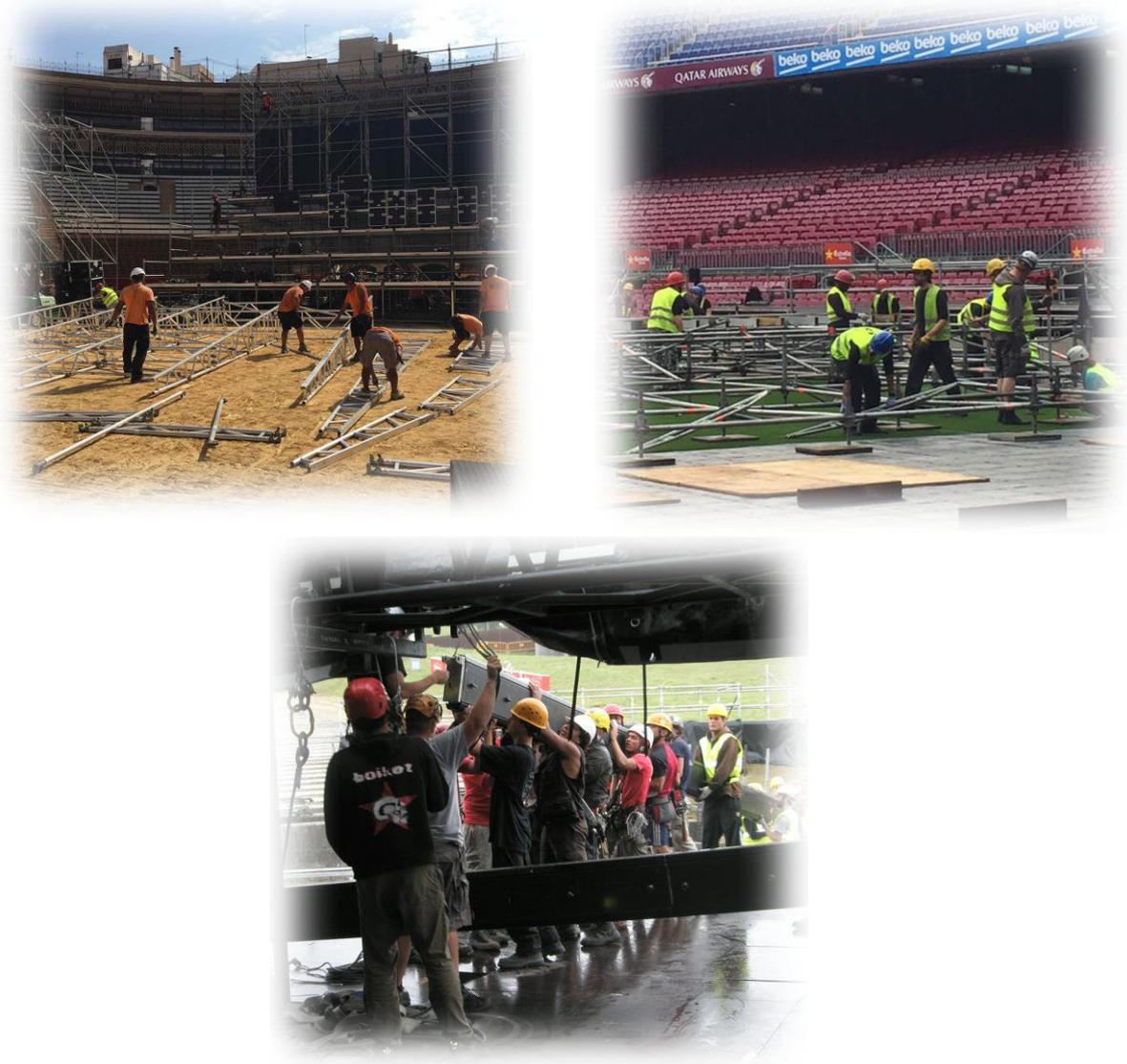
- **Conductor carretilla elevadora:** (Figura 5) coloquialmente denominados toreros por la forma que tienen las horquillas de esta maquinaria. El conductor responsable del manejo de la maquinaria transportará, empujará, tirará o levantará cargas, desplazándolas por el suelo^{43,44}.



FUENTE: Elaboración propia.

Figura 5. Conductor de carretilla elevadora

- **Personal de carga y descarga:** (Figuras 6 y 7) *steel hands*, *stage hands*. Llamados también trabajadores de carga y descarga. Transportan, sujetan, levantan, colocan, empujan, traccionan o desplazan cargas de manera individual o con ayuda de otros trabajadores en función del peso a manipular^{38, 39,40}.



FUENTE: Elaboración propia.

Figura 6. Trabajadores de montaje replanteando y montando un escenario



FUENTE: Elaboración propia.

Figura 7. Trabajadores de carga y descarga

- *Backliner*: (Figura 8): responsable del equipo musical que se encuentra en la parte posterior del escenario y de mantenerlo correctamente afinado⁴⁵.



FUENTE: Elaboración propia.

Figura 8. Backliner

- *Técnico de sonido y luces*: (Figura 9): operador de las luces y el sonido, para lo cual debe tener entre sus cualidades la sensibilidad y finura motriz para entrar y salir con cada cambio, ya sea de luz o sonido, en el momento preciso y durante un tiempo determinado al mismo tiempo que está atento a cualquier incidencia que pueda poner el riesgo la continuidad del espectáculo.



FUENTE: Elaboración propia.

Figura 9. Técnico de luces y sonido

- *Stage Manager*: (Figura 10) es el responsable de proporcionar apoyo práctico y organizativo al director, actores, diseñadores, equipo de escena y técnicos durante todo el proceso de producción⁴⁶.



FUENTE: Elaboración propia.

Figura 10. Stage Manager: Replanteo de rigging y escenario

2.6 SUSTANCIAS EN LAS QUE SE CENTRA EL ESTUDIO

2.6.1 ALCOHOL ETÍLICO O ETANOL

Según un estudio publicado por la Comisión Europea⁴⁷, de los 490 millones de personas que viven en la Unión Europea, más de 23 millones son dependientes del alcohol. Las personas dependientes del alcohol, serán más propensas a consumir otro tipo de drogas^{48,49}. Recordemos tal y como ya se describió en la introducción, que el consumo de alcohol en el sector laboral está por encima de los consumos de la población en general (81,2% frente a un 78,3%)⁵⁰ y la población de riesgo es del 5,6%³⁹.

2.6.1.1 El Alcohol en la historia

Los hombres y mujeres de la Mesopotamia y de todo el Medio Oriente cuidaban sus ojos delineándolos con una pasta hecha a base de sales de antimonio cuyas propiedades antisépticas y refractarias de la luz solar ayudaban a protegerlos de las duras condiciones climáticas: fuertes vientos, altas temperaturas y elevados niveles de exposición a la luz, etc. A esta pasta la llamaron y la llaman aún en la actualidad *kóhol*, o *al kóhol* con el artículo, el antecesor del delineador moderno.

Los alquimistas árabes descubrieron que si sometían estas sales a la acción del fuego se transformaban en un espíritu volátil, resultado del cambio de estado de la materia, de sólido a gaseoso, o volatilización. Cuando comenzaron a dominar el arte de la destilación con el uso del alambique, encontraron que los preparados sometidos al fuego desprendían un espíritu que una vez recondensado se había transformado en una bebida fuerte y estimulante, y por analogía lo denominaron como el espíritu: *al khul*. De ahí que las bebidas alcohólicas blancas o destiladas sean también llamadas "espirituosas"^{51,52}.

El alcohol es el producto que se obtiene de la descomposición de carbohidratos vegetales. Este proceso, puede ser espontáneo pero se puede acelerar añadiendo una levadura que actúa de catalizador llamada *Saccharomyces Cerevisia*. Su

utilización por el ser humano, en forma de brebaje, parece encontrar su origen en los albores de la humanidad. La primera bebida fermentada se dio por casualidad. El hombre primitivo de hace 10 millones de años⁵³, recogía agua en alguna irregularidad de un tronco y dentro de esta cayó una fruta. Esta sufrió el proceso de fermentación obteniendo de este modo un brebaje que el hombre consumió. Gracias a la capacidad de observación que tenían, pudieron reproducir el fenómeno que había tenido lugar y obtener el preparado⁵⁴, aunque éste sólo pudo ser utilizado en cantidades importantes a partir de la cultura del neolítico, 10.000 años atrás, cuando fue posible la utilización de recipientes adecuados gracias al desarrollo de la alfarería. Inicialmente su ingesta era usada con fines religiosos pero esto dio paso al consumo colectivo con fines festivos y en ocasiones muy especiales.

El vino y la cerveza datan de la época de los egipcios (unos 5000 años atrás). *Hipócrates*, médico griego, habló hace unos 2400 años de la locura alcohólica y en el año 800 d. C., Rhamses, un químico de origen Persa, descubrió la destilación. Hasta ese momento, las únicas formas conocidas de producción no superaban la concentración de 10-12 grados de alcohol, ya que la levadura anteriormente citada, se destruye a graduaciones superiores. Surgieron así, bebidas destiladas como el ron, el whisky y otras⁵¹.

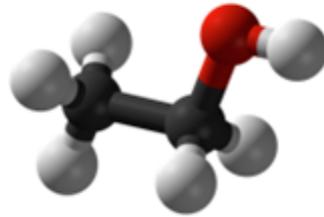
Magnus Huss, médico sueco, acuñó el termino alcoholismo en 1849 y publicó ese mismo año un libro titulado *Alcoholismus Chronicus* fruto de sus propias vivencias en viajes por Europa⁵⁵.

2.6.1.2 Distintos tipos de alcoholes

Aunque existen alrededor de 16 tipos diferente de alcoholes, el trabajo se va a centrar en el más habitual para el consumo humano: el alcohol etílico (etanol) (Figura 11).

El alcohol etílico se obtiene por síntesis del etileno o por fermentación de las melazas o almidón. El alcohol etílico es extraído de determinados productos

hortofrutícolas con alto contenido en azúcar, siendo la remolacha el más común. Este alcohol es el utilizado en la sanidad y en aquellos elaborados para el consumo humano⁵⁴.



FUENTE: Elaboración propia.

Figura 11. Molécula de Etanol

2.6.1.3 Elaboración del alcohol etílico

Industrialmente, el etanol se obtendrá en grandes cantidades por fermentación de líquidos azucarados (Figura 12). Para ello, la glucosa ($C_6H_{12}O_6$) fermentará por la acción de la enzima anteriormente citada, de *Saccharomyces cerevisiae* (levaduras de cervezas), dando lugar al alcohol y dióxido de carbono⁵⁶.



FUENTE: Elaboración propia a partir de (54,55,56,57).

Figura 12. Reacción química de la fermentación

Pero, dado que para la obtención industrial del alcohol la utilización de la glucosa en estado puro como materia prima encarecería los costes de producción de forma muy elevada, se usarán mezclas de azúcar de caña o de remolacha o de otros materiales ricos en almidón^{60,61}. Por el proceso de fermentación se obtendrán bebidas como la cerveza, vino o el cava. Tras este proceso, el líquido obtenido se puede someter a una destilación para conseguir unas concentraciones más elevadas de alcohol. La destilación de etanol como componente del vino no es tan simple como aparentemente

se podría pensar, ya que no se trata de una mezcla binaria en la que se separa el etanol del agua, si no que, hay más de 200 sustancias que acompañan al etanol en el vino^{62,63}.

El líquido obtenido en la fermentación se calentará hasta que sus componentes más volátiles pasen a la fase de vapor y tras esto pasen a ser enfriados nuevamente en la fase de condensación con el objetivo de desechar el contenido menos volátil, en este caso el agua⁶⁴. A partir de estos procesos se obtendrán las siguientes bebidas con sus diferentes concentraciones. En la Tabla 3 se muestran diferentes tipos de bebidas alcohólicas ordenadas según la concentración del mismo:

Tabla 3. Concentraciones de los diferentes tipos de bebidas alcohólicas

BEBIDA	GRADUACIÓN
Cerveza de Barril	4º
Cerveza Embotellada	5-7º
Cerveza Especial	6-10º
Vino Común	11-13º
Vino Añejo	14-18º
Aperitivos	15-25º
Licores Dulces	20-35º
Destilados	36-45º
Sidra	3-4º

FUENTE: Elaboración propia a partir de Truth about alcohol⁴⁸ y Drogodependencias⁵¹.

2.6.1.4 Neurobiología del alcohol y el fenómeno de la dependencia

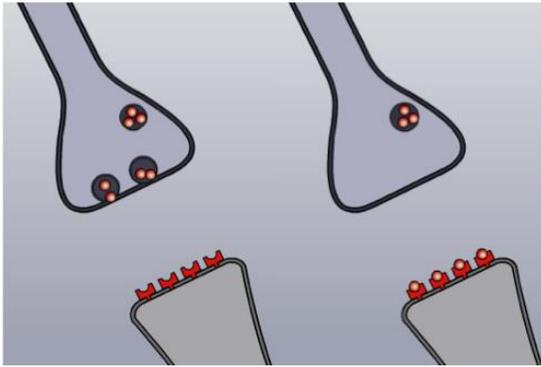
El 70% de la población mundial ha consumido alcohol alguna vez en la vida y de estos, 1 de cada 10 son alcohólicos⁶⁵. Los trastornos por consumo de alcohol son un problema muy importante de salud pública y que reduce considerablemente la esperanza de vida en esas personas consumidoras⁶⁶. Estos problemas de salud pública incluyen trastornos neuropsiquiátricos, enfermedades cardiovasculares, cirrosis

hepática y varios tipos de cáncer y se darán también en aquellos países con políticas restrictivas de consumo de alcohol. El impacto nocivo del alcohol afectará también al no bebedor en relación a los accidentes de tráfico y muchos problemas sociales como la violencia, la negligencia infantil, suicidios, el absentismo en el lugar de trabajo o rupturas familiares^{56,57,58}.

El alcohol puede desencadenar el efecto reforzador. El refuerzo es un proceso en el que una respuesta o comportamiento se fortalece en base a experiencias previas. Se distinguen dos tipos de refuerzos^{69,70}:

- a) El refuerzo positivo describe una situación en la que un estímulo gratificante (por ejemplo, inducida por la euforia producida por el consumo de alcohol) aumenta la probabilidad de que el individuo muestre una cierta respuesta (por ejemplo, el comportamiento de buscar consumir de nuevo alcohol)⁷⁰.
- b) El refuerzo negativo se produce cuando el individuo elude o alivia (respuestas de evitación o de escape) un estímulo al que no quiere enfrentarse. En dependencia del alcohol, el estímulo aversivo a menudo se acompaña de síntomas motivacionales-afectivos tales como ansiedad, disforia, irritabilidad y dolor emocional, que se pondrán de manifiesto en ausencia de alcohol (es decir, durante la retirada o abstinencia) y que actúan como desencadenantes para que el individuo vuelva a consumir alcohol⁷⁰.

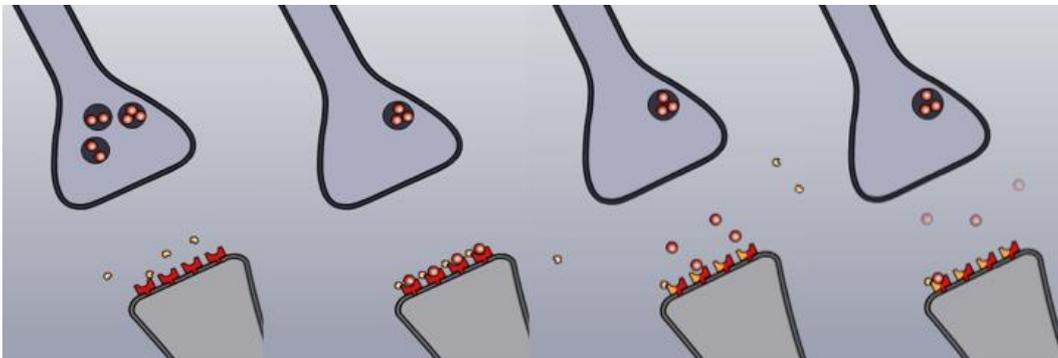
El etanol interactúa con algunas proteínas de la membrana neuronal que son responsables de transmitir diferentes tipos de señales. Pero, la mayoría de las respuestas que se obtienen con la interacción del etanol, son debidas a la acción que tiene lugar con dos receptores concretos: el receptor GABAA (complejo receptor GABAA ionóforo Cl) y el receptor NMDA (N-metil-D-aspartato) del glutamato. El neurotransmisor GABA (Figuras 13 y 14) es el inhibidor por excelencia del Sistema Nervioso Central (a partir de ahora SNC): aquellas neuronas que utilizan el GABA como neurotransmisor, ven mermada de manera transitoria las respuestas de otras neuronas a otros estímulos que tengan lugar posteriormente.



- 1) El neurotransmisor GABA se encuentra almacenado en vesículas en el extremo del axón.
- 2) Cuando recibe una señal eléctrica se libera.
- 3) Los receptores GABA están situados en la dendrita contigua. Cuando se libera el GABA, la liberación de otros neurotransmisores ha de reducirse.

FUENTE: Slideshare⁷¹.

Figura 13. Condiciones Normales del Neurotransmisor GABA



- 1) El alcohol se adhiere también al receptor de GABA en un punto que deja libre el hueco receptor.
- 2) Esto hace que el neurotransmisor GABA permanezca unido más tiempo enviando un el mensaje inhibitor.
- 3) Por lo tanto el neurotransmisor se une al receptor más a menudo calmando los nervios y ofreciendo una sensación relajante.

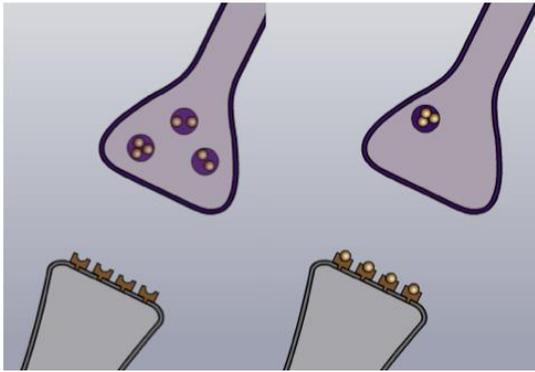
Tolerancia al alcohol y el Neurotransmisor GABA

- 4) La estructura de los receptores GABA produciéndose una menor sensibilidad al alcohol.
Síntomas de abstinencia y el GABA.
- 5) El neurotransmisor GABA se adhiere muy brevemente en ausencia de alcohol.

FUENTE: Slideshare⁷¹.

Figura 14. Acción del Alcohol sobre el Neurotransmisor GABA

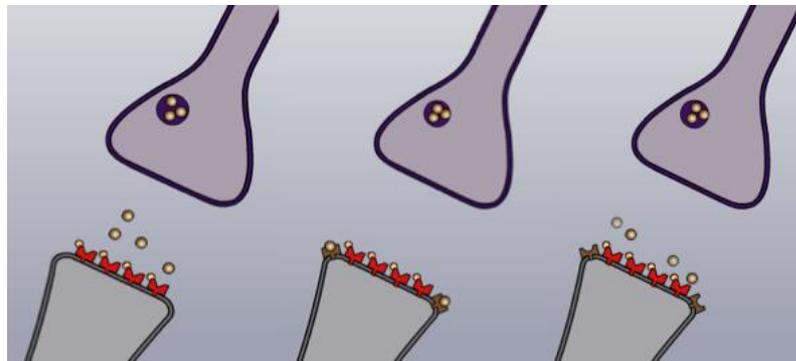
Por otro lado el Glutamato (Figura 15), será el neurotransmisor excitador del SNC junto con el aspartato. Las respuestas de las neuronas glutamatérgicas estarán aumentadas.



- 1) El neurotransmisor Glutamato, se libera en el espacio sináptico.
- 2) Este se une a los receptores que se encuentran en la neurona contigua.
- 3) Envía un mensaje excitante de activación.

FUENTE: Slideshare⁷¹.

Figura 15. Condiciones normales del Neurotransmisor Glutamato



- 1) El alcohol se adhiere también al receptor del glutamato por un lugar diferente al que lo hace el neurotransmisor.
- 2) El receptor cambia de estructura y como consecuencia el glutamato no puede unirse.
- 3) Por lo tanto, no se transmite señal y no se lleva a cabo ninguna acción produciéndose un daño en el correcto funcionamiento del cerebro.

Tolerancia al alcohol y el glutamato

- 4) El Alcohol bloquea los receptores del glutamato y se generan otros receptores adicionales provocando la necesidad de beber más.

Síntomas de abstinencia y el glutamato

- 5) El Alcohol ya no bloquea receptores y además hay receptores adicionales lo que provoca una sobreestimulación de las neuronas.

FUENTE: Slideshare⁷¹.

Figura 16. Acción del Alcohol sobre el Neurotransmisor Glutamato

El etanol, que aumenta considerablemente la acción del GABA (Figura 14) y antagoniza la acción del glutamato (Figura 16), actuará a nivel cerebral potenciando al

inhibidor e inhibiendo al excitador, comportándose absolutamente como un depresor del SNC⁷².

2.6.2 CANNABIS SATIVA

Europa, a pesar de tener unos índices muy elevados de consumo de cannabis, está por debajo de otros países del mundo como Australia, Canadá o Estados Unidos ^{62,63,64,65}. Al analizar los países de Europa que acaparan más número de consumidores, España se encuentra entre ellos que junto con República Checa e Italia suman un tercio del total de consumidores del continente⁷³ (Tabla 4).

En nuestro país el cannabis es la droga ilegal que más consumidores tiene, dándose esta peculiaridad en todas las edades de entre las personas consumidoras y entre las formas diferentes de consumo de drogas ilícitas ^{77,78}.

Tabla 4. Situación actual del consumo de cannabis en la Unión Europea

	Adultos (15 a 64 años)	Adultos jóvenes (15 a 34 años)
Consumo a lo largo de la vida	23,3%	0,4%-22,1%
Consumo en los últimos 12 meses (consumo reciente)	5,7%	11,7%
Consumo en España últimos 12 meses	30,4%	17%

FUENTE: Elaboración propia a partir European Drug Report 2105⁷⁹

Al igual que ocurre con el alcohol o el tabaco, cuando se habla del gran aumento que hay del consumo de cannabis entre la población, se tiende a pensar en algo permisivo y lícito^{77,80} como ocurre con las drogas citadas.

En las características de la población consumidora de esta droga que ha recogido la Comunidad Valenciana en sus servicios de Salud Pública, destaca el elevado número de hombres consumidores (82%) frente al número de mujeres (18%)⁷⁷.

La edad media de inicio de consumo son los 16 años^{73,77,79} y la mayor parte de la población consumidora no tiene pareja (84%)⁷⁷.

2.6.2.1 El cannabis en la historia

La historia del cannabis o cáñamo (*Cannabis sativa* L.), planta originaria de Asia⁷⁵, se remonta a miles de años atrás cuando en China se cultivaba y utilizaba para la obtención de fibra y aceite (4000 a. C.)^{69,70,71,72}. Los productos psicoactivos obtenidos a partir del cannabis como la marihuana o el hachís se usaban hace varios siglos con fines medicinales (2700 a. C.)⁸¹, religiosos e incluso en momentos de ocio⁷⁸.

En América Central, países tales como México, comenzaron a hacer uso de esta planta en la época de la Colonia para fabricar fibras textiles⁸¹. Juan de Torquemada, en el año 1531, afirmó que Don Sebastián Ramírez de Fuenleal, Presidente de la Real Academia de la Nueva España, dictaminó que se pusiera un empeño especial en el cultivo de frutas importadas desde Castilla, cáñamo y lino⁸¹. Es a partir de este momento cuando se intensifica su distribución^{80,81}.

En Europa su cultivo es también muy ancestral, sobretodo en la Europa Occidental ya que el siglo VII a. C., los Celtas, exportaban desde la actual Marsella cuerdas y estopas fabricadas con cáñamo. Las pipas encontradas y los druidas (sacerdotes celtas expertos en medicamentos) hacen pensar que esta planta también tuvo un uso como droga en esta época. Siguiendo con el hilo cronológico europeo, en el 1798, Napoleón Bonaparte vetó el uso del hachís en todo Egipto, para evitar "*delirios violentos y excesos de toda especie*". El objetivo que perseguía Napoleón era despertar el interés de los médicos franceses sobre el uso de esta droga⁷. Los griegos la usaron en ceremonias (como incienso) y con fines lúdicos para acompañar los vinos y las cervezas. Los romanos en la época de los césares, además de la adormidera (opio) y la vid, fumaban las flores del cáñamo para provocar momentos de risa y de deleite de los presentes, uso que pudo provenir de la sociedad ateniense o de los celtas^{7,80}.

Se calculan en más de doscientos millones el número de consumidores del cannabis en forma de hachís siendo mayoritariamente el número de personas de procedencia árabe⁷.

En el año 1839 se publica el primer artículo científico sobre las propiedades analgésicas, antiespasmódicas y relajantes del cannabis escrito por el profesor O'Shaughnessy, de origen británico. Se abre así la era de la publicación en este campo y durante los setenta años sucesivos serán publicados más de cien estudios sobre el Cannabis y sus propiedades^{7,82}, hasta que en el año 1937 se prohíbe en Estados Unidos donde el Cannabis, durante los años anteriores a esa fecha, era el componente esencial en más de treinta preparaciones farmacéuticas^{7,83,84}.

2.6.2.2 El cannabis y sus compuestos

La *Cannabis sativa* es una planta con dos sexos. Según en las condiciones en las que se encuentre presentará su forma femenina, la cual será polinizada por el viento, la forma masculina, que muere tras esparcir su polen, e incluso si las condiciones no son óptimas, la planta puede presentar flores masculinas y femeninas a la vez⁸⁵ (Figura 17).

La estructura química de la planta *Cannabis sativa* es muy variada y compleja ya que se pueden encontrar más de 400 productos químicos diferentes (mono y sesquiterpenos, azúcares, hidrocarburos, esteroides, flavonoides, compuestos nitrogenados y aminoácidos) y hasta una diversidad total de 66 cannabinoides^{78,86}, dentro de los cuales encontramos el Δ^9 -tetrahidrocannabinol (Δ^9 -THC) que será el psicoestimulante más abundante y poderoso en cualquiera de las formas en las que se presenta, bien en su forma de herbal (marihuana) o en su forma de hashish (resina de cannabis)^{78,86,87}.



*La semilla es en realidad un fruto, técnicamente conocido como aquenio. Contiene una única semilla con una vaina dura.

FUENTE: Métodos recomendados para la identificación y el análisis del cannabis y los productos del cannabis⁸⁸.

Figura 17. Aspectos morfológicos del *Cannabis Sativa L*

La cantidad que se espera encontrar de Δ^9 -THC dependerá mayoritariamente del origen de las diferentes plantas y de cómo se cultivan (Tabla 5), así como de la forma en la que se presenta y se consume.

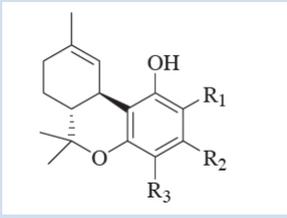
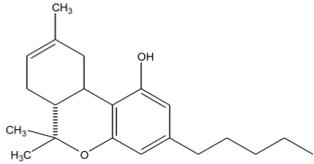
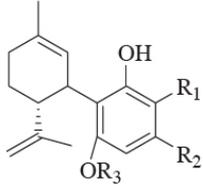
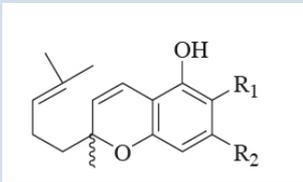
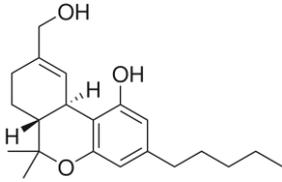
Tabla 5. Concentración de THC en diferentes plantas y formas de presentación

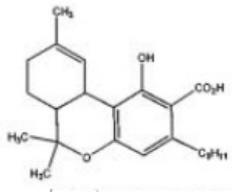
	THC
COGOLLOS ESPECIES	
Power Flower	19%
Haze Berry	20%
Shining Silver Haze	21%
Royal Madre	18%
Amnesia Haze	22%
Sour Diesel	19%
Royal Moby	19%
Fruit Spirit	18%
Royal AK	19%
Dance World	12%
Y Griega	27%
PRESENTACIÓN	
Hachis (Resina)	25%
Aceite	60%
PARTES DE LA PLANTA	
Cogollos	10-27%
Hojas	1-2%%
Tallos	0,1-0,3%%
Raíces	<0,03%

FUENTE: Elaboración propia a partir de Métodos recomendados para la identificación y el análisis del cannabis y los productos del cannabis⁸⁸, Pharmacology and effects of cannabis: a brief review⁸⁶ y Las 10 mejores variedades de Cannabis Sativa⁸⁹.

Como se ha mencionado anteriormente, la hierba de cannabis contiene más de 400 compuestos⁹⁰, incluyendo los más de 60 cannabinoides, que son sustituidos con arilo meroterpeno únicas para las plantas del género cannabis. Estos y otros cannabinoides tendrán efectos sinérgicos o efectos antagónicos con el THC y pueden modificar sus acciones⁸⁶.

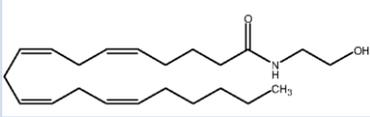
Tabla 6. Cannabinoides naturales y sus propiedades

Nombre	Procedencia	Propiedades
Δ^9-tetrahidrocannabinol (Δ^9-THC) 	Cannabinoide natural de la planta. Disponible en forma sintética como THC dronabinol en aceite de sésamo.	Cannabinoide psicoactivo principal del Cannabis; gran parte responsable de los efectos psicológicos y físicos. Características farmacológicas: Euforizante, Antiemético, Anti-inflamatorio, Analgésico.
Δ^8-tetrahidrocannabinol (Δ^8-THC) 	Cannabinoide natural de la planta. Disponible también en forma sintética	Un poco menos potente que el Δ^9 - THC, pero por lo demás similares. Sólo se encuentran pequeñas cantidades en las plantas. Parece tener pocos efectos psicoactivos en los niños.
Cannabinol	Cannabinoide natural de la planta.	Menos potente que el Δ^9 - THC. Características farmacológicas: Sedante, Anticonvulsivo, Antibiótico, Anti-inflamatorio.
Cannabidiol 	Cannabinoide natural de la planta.	No interactúa con los receptores de cannabinoides. Carece de los efectos psicotrópicos y de la mayoría de los otros efectos del Δ^9 -THC, pero tiene actividad anticonvulsiva. Puede atenuar algunos de los efectos psicológicos no deseados del THC. Características farmacológicas: Ansiolítico, Anti-inflamatorio, Antipsicótico, Antiespasmódico, Analgésico.
Cannabicromeno 	Cannabinoide natural de la planta.	No interactúa con los receptores de cannabinoides. No psicoactivo pero puede aumentar algunos de los efectos del THC. Características farmacológicas: Anti-inflamatorio, Antimicótico, Antibiótico, Analgésico.
11-hidroxi-Δ^9-THC 	Metabolito natural del Δ^9 -THC en el cuerpo.	Psicoactivo; puede ser responsable de algunos de los efectos psicológicos de cannabis.

Ácido (-)- Δ^8 -THC-II-oico

Metabolito natural del Δ^8 -THC en el cuerpo.

No interactúa con los receptores de cannabinoides; no psicoactivo pero tiene actividad analgésica.

Anandamida

Ligando endógeno para los receptores de cannabinoides de mamíferos.

No es estructuralmente similar a los cannabinoides; relacionados con prostaglandinas. Parece imitar las acciones de THC y otros cannabinoides que interactúan con los receptores de cannabinoides.

FUENTE: Elaboración propia a partir de Pharmacology and effects of cannabis: a brief review⁸⁶, Métodos recomendados para la identificación y el análisis del cannabis y los productos del cannabis⁸⁸.

2.6.2.3 Elaboración del cannabis

Para la elaboración de los productos a los que finalmente tendrá acceso el consumidor, serán necesarios casi un centenar de kilos de planta seca para obtener un kilo de hachís de buena calidad. De 100 kilos de rama, se desprenden entre 200 o 300 gramos de hachís de gran calidad. Una segunda pasada, dará alrededor de un kilo del llamado hachís "doble cero" (el de más calidad comercial). Pasadas sucesivas darán varios kilos de 1^a y 2^a clase, siguiendo un proceso descendiente en calidad, aumentando progresivamente en cantidad, ya que cada vez se desprenden menos tricomas y más materia vegetal no psicoactiva^{91,92}.

2.6.2.4 Neurobiología del cannabis y el fenómeno de la dependencia

El Cannabis puede consumirse y/o administrarse de varias formas. La más común entre los usuarios es en forma de cigarrillo mezclada con el tabaco. De esta forma, se inhala el humo y la absorción es rápida. La cantidad absorbida dependerá de la manera en la que se fume. El humo llega a los pulmones y dada la elevada liposolubilidad de sus componentes, especialmente del Δ^9 -THC (presenta propiedades

hidrofóbicas, por lo que es muy soluble en lípidos⁹³), favorece su paso rápido a través de la membrana de los capilares alveolares y alcanza la circulación pulmonar, la sistémica y, finalmente, llega al SNC, donde ejerce sus efectos principales⁷⁸.

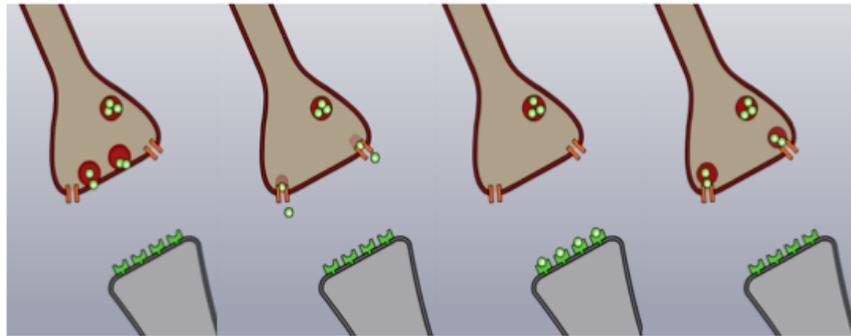
El Δ^9 -THC no tiende a unirse a proteínas plasmáticas debido a su condición de molécula liposoluble, por lo que se distribuye, gracias a esta característica, por todo el organismo y de esta forma solo entre un 5% a un 24% es capaz de llegar al SNC.

Este Δ^9 -THC que se ha distribuido ampliamente, se acumula en el bazo y en el tejido adiposo de donde se irá desprendiendo lentamente. La liposolubilidad hace que traspase la barrera hematoencefálica y placentaria y que llegue a la leche materna. Por todo esto, el Δ^9 -THC puede ser detectado en una analítica hasta 45 días después de haber sido consumido⁹⁴.

Desde el punto de vista histórico hay tres fechas significativas que marcaron la investigación de la neurobiología del cannabis^{93,95,96}:

- 1964: aislamiento del tetrahidrocannabinol (THC).
- 1990: descubrimiento de un receptor cannabinoide en el cerebro. En 1993 se lograría aislar un segundo receptor. Hasta la fecha se han descubierto e identificado dos tipos de receptores cannabinoide: los CB1 y los CB2. Estos receptores encuentran su mayor diferencia en la manera que tienen de transmitir la señal y como la distribuyen por el resto de tejidos. El receptor CB1 se encuentra localizado principalmente en el SNC. Por el contrario, el receptor CB2, lo encontraremos en el bazo, amígdalas y células del sistema inmunológico. Entre ambos receptores, CB1 y CB2, hay una homología de alrededor del 48%.
- 1994: descubrimiento del ligando endógeno natural (anandamida). Los primeros dos endocannabinoides descubiertos, la anandamida y el 2-AG, han sido los más estudiados. Los endocannabinoides son sustancias químicas naturales que activan los receptores CB1 en el cerebro (actuando a modo de ligandos). El sistema formado por los receptores y los ligandos desempeña un papel fisiológico en muchos estados funcionales (Figuras 18 y 19): la

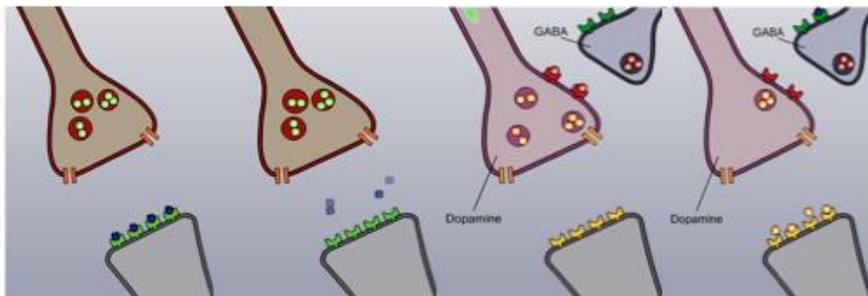
recompensa, la cognición, el control del apetito y la analgesia⁹⁰. A diferencia de otras señales químicas del cerebro, no se van sintetizando y almacenando en las células nerviosas sino que son generadas a partir de sus precursores y liberadas “a demanda” (solo cuando es necesario). Una vez ocurrida su liberación, los endocannabinoides son rápidamente desactivados mediante recaptación celular y metabolización.



- 1) La anandamida está almacenado en vesículas en el extremo del axón.
- 2) Con la señal eléctrica, la anandamida se libera en el espacio sináptico.
- 3) Se une a receptores CB presentes en la neurona contigua.
- 4) Transmitido el mensaje, la anandamida vuelve a la neurona original.

FUENTE: Slideshare⁷¹.

Figura 18. Condiciones Normales



- 1) El THC imita a la anandamida y la suplanta.
- 2) Inhibe al neurotransmisor inhibitorio (GABA), y así se libera dopamina de forma indirecta.
- 3) Las altas cantidades liberadas de dopamina estimulan el centro de refuerzo del cerebro.
- 4) Induce a un sentimiento placentero y relajado, y a una sensación de bienestar.
- 5) El efecto que la dopamina tiene en el centro de refuerzo del cerebro puede crear dependencia del cannabis.
- 6) La diferencia con la anandamida es que el THC tiene un efecto más duradero al tardar en eliminarse.

FUENTE: Slideshare⁷¹.

Figura 19. Condiciones con THC

El THC será, por tanto, capaz de activar el sistema de recompensa aumentando así la liberación de dopamina en el núcleo de Accubens, principal espacio donde se procesará el aprendizaje asociativo mediado por experiencias que han aportado gran placer al individuo⁹⁷. Cuando el consumidor de cannabis abusa de forma crónica de la administración de este compuesto, se produce el fenómeno de la dependencia. El THC será capaz también de controlar los circuitos emocionales y las respuestas al estrés así como la toma de decisiones actuando en la corteza prefrontal⁹⁵. Finalmente el THC es capaz de afectar en los procesos de aprendizaje de base hipocampal, necesarios para asentar las memorias episódicas y afectivas. Las acciones mencionadas dependen directamente del receptor cannabinoide CB1 que, a pesar de no estar presente en las neuronas dopaminérgicas, sí lo está en las neuronas que expresan receptores de dopamina y son inervadas por el circuito de refuerzo y recompensa⁹⁸.

Además, es importante recordar que los propios endocannabinoides (exógenos y endógenos) son modificadores a su vez de los procesos de refuerzo y recompensa y por lo tanto serán partícipes y responsables de la fisiopatología de la adicción^{98,99}.

2.6.3 COCAÍNA

Cuando el siglo XIX llegaba a su fin, concretamente en el año 1885, y mientras se daba la “primera epidemia” de cocaína en Estados Unidos, Erlenmeyer hizo la primera descripción clínica completa de la cocainomanía. Desde ese momento, el consumo de cocaína se ha ido extendiendo por todo el mundo y se calcula que afecta a 13,5 millones de personas, es decir, al 0,3% de la población de 15 a 64 años¹⁰⁰.

En España, la cocaína ha mantenido un descenso en un consumo desde el año 2005 según afirma la Encuesta sobre alcohol y drogas en España realizada por el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales y publicada en el año 2015⁵⁰. Esta misma

encuesta revela la clara diferencia que hay entre el consumo que realizan los hombres con respecto a las mujeres: esta proporción es de 3,5 veces mayor.

Entre la población laboral española encontramos que han consumido cocaína en polvo alguna vez en la vida el 12,8% de los hombres y el 6,2% de las mujeres; en los últimos 12 meses, el 4,7% de los hombres y el 1,8% de las mujeres y, en los últimos 30 días, el 2,6% de los hombres y el 0,9% de las mujeres. El consumo de cocaína base es menor, habiéndola consumido alguna vez en la vida el 2,3%, en los últimos 12 meses, el 0,6% y, en los últimos 30 días, el 0,3% de la población laboral. En relación a la continuidad de los que han consumido cocaína en polvo alguna vez en la vida el 34,7% continúa consumiendo en los últimos 12 meses y el 18,8% en los últimos 30 días¹⁰¹.

La gran mayoría la usa por vía intranasal (esnifada). Aquellos usuarios que la consumen inyectada o fumada, se concentran entre los que también consumirán heroína, sin que hasta ahora se haya detectado un aumento importante de estas formas de uso en la población general¹⁰².

2.6.3.1 La cocaína en la historia

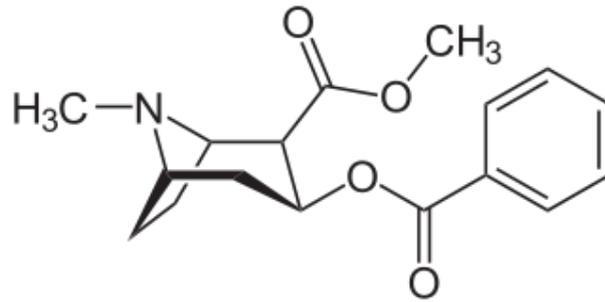
La hoja de coca ha sido durante cientos de años un elemento muy importante en la vida de antiguos pueblos indígenas del imperio Inca. Es una de las plantas más conocidas tanto en zonas latinas como anglosajonas y el origen de su nombre se remonta al aymara o quechua en el cual se denomina *khoka*¹⁰³. Cuando se estudiaron las momias de las culturas prehistóricas y se dataron las mismas se confirmó el empleo de la hoja de coca en la vida diaria de la población de los andes desde hace más de 3000 años por lo tanto, la hoja coca fue cultivada en Perú y usada en forma similar a la actual desde mucho antes de la llegada de los españoles. El origen del pueblo inca se remonta al año 1000, pero no será hasta el año 1400 cuando se impongan como sociedad dominante, tras derrotar a muchos pueblos andinos, que por entonces se hallaban muy disgregados¹⁰⁴. Los incas, reservaban el uso de esta planta para sus líderes políticos y religiosos pero poco a poco su uso se fue extendiendo más

allá de las filas de la nobleza. Esto ocurriría a finales del siglo XIII. Con la llegada de los españoles a Perú, observaron que los Indios tenían el hábito de masticar las hojas de coca y así lo dejó reflejado en un escrito el obispo de Cuzco¹⁰⁵: “[...] *La coca es una hoja de un arbol pequeño que parece zumaque de alla de Castilla. Es una cosa que nunca los indios andan sin ella en la voca y dizan que aquello los sustenta i los refresca de manera que aunque anden con sol no han calor y bale en esta tierra a peso de oro i es la principal renta de los diezmos [...]*”¹⁰⁶. Desde ese momento, la producción de coca se vio incrementada notablemente, convirtiéndose junto con el azúcar en los cultivos principales para la zona. El cultivo de la misma pasó a ser exclusivo de los conquistadores de la época quienes vendían las hojas en los propios mercados indígenas y la introdujeron en Europa para ser usada como anestésico

En el año de 1708 la planta de coca se incluye en un diccionario de plantas medicinales. Una de las primeras compañías que se interesó en la citada planta fue E. MERCK. COMPANY, la cual pasaría a producir 115 gramos de cocaína refinada en 1862. A partir de 1820 el comercio de coca tiende a disminuir ^{105,107}. A mediados del siglo XIX se asienta en La Paz un farmacéutico de origen italiano llamado Enrico Pizzi, el cual se hizo cargo de la Farmacia y Droguería Boliviana, y es allí donde en 1858 consigue aislar el principio activo de la cocaína¹⁰⁸, aunque se le atribuyó en 1859 al químico alemán Albert Niemann⁴. En el año 1869, las semillas de la planta de coca entran a engrosar la colección de jardín botánico de Kew en Londres. En 1880 el médico ruso Vassily Von Anrep descubre las propiedades de la cocaína y en 1884 se empieza a utilizar por primera vez como anestésico local en la cirugía ocular^{105,107,109,110}.

2.6.3.2 La cocaína y sus compuestos

La cocaína o benzoilmetilecgonina (Figura 20) es un alcaloide que se obtiene a partir de las hojas de la planta *Erythroxylum coca*, un arbusto de la familia de las eritroxiláceas¹¹¹. La cocaína tendrá una acción anestésica en el sistema nervioso periférico y estimulante sobre el SNC.



FUENTE: Elaboración propia.

Figura 20. Estructura Química de la Cocaína

Las diferentes maneras en las que se presenta la cocaína y sus formas de uso marcarán la farmacocinética, la actividad farmacológica, la toxicidad y como se presentará la adicción a dicha droga (Tabla 7). Entre las diferentes formas de abuso que se puede encontrar de la cocaína, se destacan las siguientes¹¹²:

- Hojas de coca: la absorción de la misma dependerá de la cantidad que contengan las propias hojas, de la preparación utilizada y de si la persona que mastica las hojas tiene en la cavidad bucal sustancias alcalinas.
- Pasta de coca: también se denomina sulfato de cocaína, pasta base o simplemente pasta. Se obtiene tras una primera extracción a partir de las hojas de coca. Sería el producto no refinado con un contenido que oscilará entre el 40 a 85% de sulfato de cocaína y será la base para la elaborar posteriormente el clorhidrato de cocaína.
- Clorhidrato de cocaína: esta sal se formará tras la reacción química que tendrá lugar entre la pasta de coca y el ácido clorhídrico. Esta sal cristaliza y su pureza dependerá de lo adulterada que se encuentre.
- Cocaína base: se obtiene mezclando el clorhidrato de cocaína con una solución básica (amoníaco, hidróxido de sodio o bicarbonato sódico), luego se filtra el precipitado o se disuelve con éter y se deja que éste se evapore.

Tabla 7. Farmacocinética de la cocaína y sus formas de consumo

FORMAS DE ABUSO							
TIPO DE SUSTANCIA	[] DE COCAÍNA	VÍA DE ADMINISTRAC.	% PLASMA	VELOCIDAD APARICIÓN EFECTOS	[] MÁXIMA EN PLASMA	DURACIÓN EFECTOS	DESARROLLO DEPENDENCIA
Hojas de Cocaína	0,5%-1,5%	Mascado	20%-	Lenta	60	30-60	NO
		Infusión oral	30%		minutos	minutos	
Clorhidr. de Cocaína	12%-75%	Tópica: ocular	20%-	Relativamente	5-10	30-60	Si, Largo Plazo
		genital, intranasal (esnifar)	30%	rápida	minutos	minutos	
	12%-75%	Parenteral: endovenosa subcutanea, intramuscular.	100%	Rápida	30-45 segundos	10-20 minutos	Si, Corto Plazo
Pasta de Coca	40%-85% (Sulfato de Cocaína)	Fumada	70%-80%	Muy Rápida	8-10 segundos	5-10 minutos	Si, Corto Plazo
Cocaína Base	30%-80% (Alcaloide de Cocaína)	Inhalada Fumada	70%-80%	Muy Rápida	8-10 segundos	5-10 minutos	Si, Corto Plazo

FUENTE: Elaboración propia a partir de los artículos: Cocaína: Aspectos Farmacológicos ¹¹², y de Adicción a cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento¹¹³.

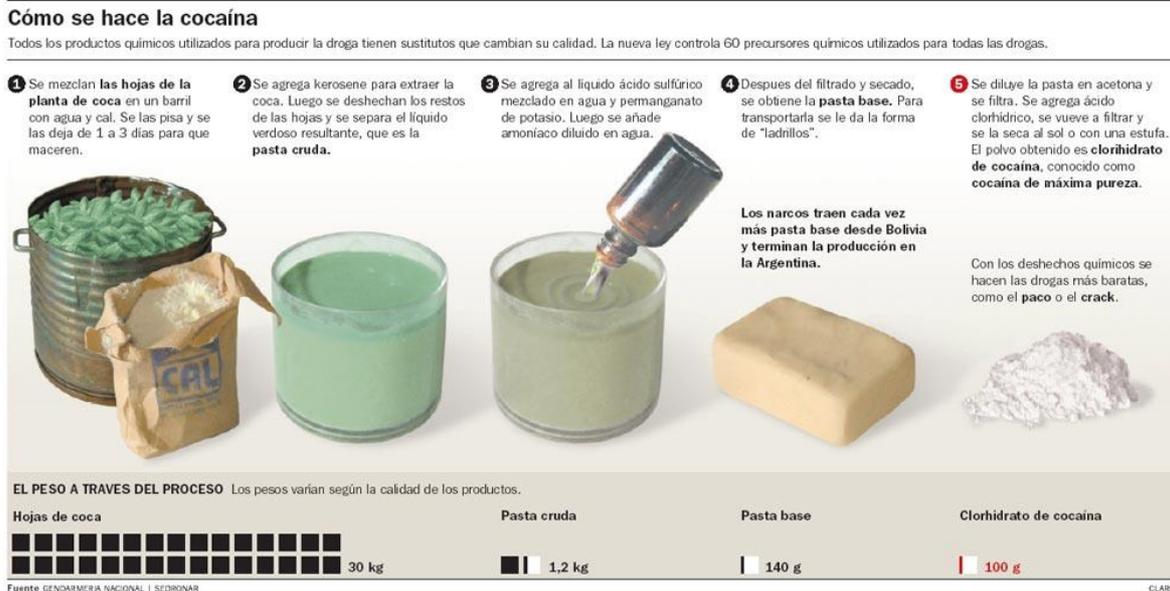
La Oficina Nacional de Estupefacientes, publicó en el año 2012 datos que revelaban la pureza de la cocaína que se estaba vendiendo en España entre los años 2000-2012. Los datos se verificaron por el SAPS Creu Roja de Barcelona y concluían que en cantidades de 1kg de cocaína, la pureza era del 72%. Cuando las cantidades disminuían, 1g de producto dispuesto para el consumo, la pureza pasaba a ser de un 22,5%^{114,115}. El resto de las muestras tomadas, son adulterantes como azúcares (glucosa, lactosa, manitol), anestésicos locales (procaína, lidocaína) y otros (talco, harina, anfetaminas, quinina y heroína). La composición de adulterantes de la cocaína explica alguna de sus complicaciones clínicas¹¹³.

2.6.3.3 Elaboración de la cocaína

El proceso para elaborar la cocaína se lleva a cabo en las proximidades de la plantación ya que la cantidad de hojas necesarias para obtener un kilo de pasta es de alrededor a 150kg (esto equivale aproximadamente a 6000 plantas).

A las hojas secas se les añaden 100 Kg de cal (óxido de calcio) y 200 Kg de sal común, y las pisotean durante una hora para ir rompiendo las paredes de las células vegetales y dejar libres las moléculas de cocaína (Figuras 21 y 22).

Para la obtención de la pasta, se mezclan las hojas trituradas (pisoteadas) con agua y queroseno. Tras este paso, se separa el queroseno y la hoja seca. Agregarán en este paso más cantidad de agua junto con ácido sulfúrico. Esta mezcla se filtra y se mezcla con cal o con amoníaco. Finalmente y tras un proceso de secado, se obtiene la pasta de coca. Su aspecto es el de una pasta parda negruzca que muchos de los consumidores acaban fumándola y que ocasiona complicaciones tóxicas debido al plomo de los componentes utilizados en el proceso de elaboración^{110, 111, 112}.



FUENTE: Slideshare⁷¹.

Figura 21. ¿Cómo se prepara la Cocaína?



FUENTE: Elaboración propia a partir de (110,111,112).

Figura 22. Preparación de la Cocaína

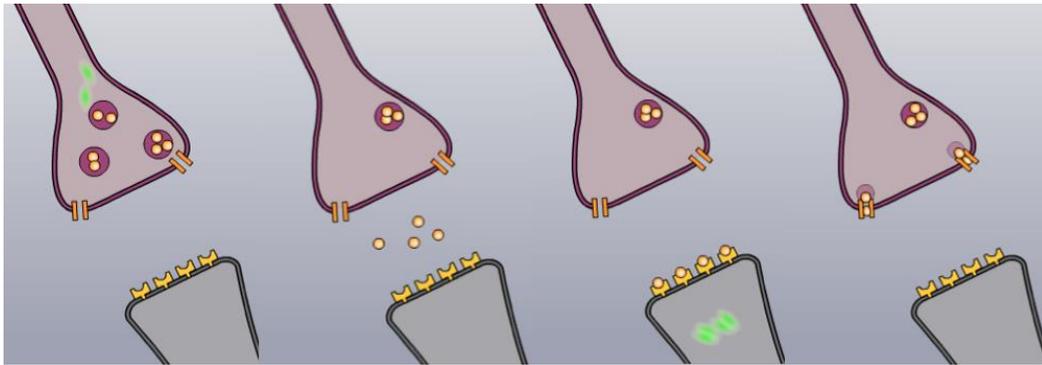
2.6.3.4 Neurobiología de la cocaína y el fenómeno de la dependencia

La cocaína es un alcaloide débil (base débil) con una pKa de 8,6. Atraviesa con rapidez y facilidad las membranas del cuerpo (como son la membrana placentaria o la hematoencefálica y cuya absorción, picos plasmáticos, biodisponibilidad y concentraciones que se alcanzan tras ser consumida, dependerán de la forma de presentación y de cómo se administra o consume^{110,112,119}, como quedó reflejado en la tabla 7.

La cocaína se metaboliza principalmente en el hígado mediante una hidrólisis enzimática hepática rápida que produce los metabolitos inactivos benzoilecgonina (45%), metilesterecgonina (45%) y ecgonina. Cuando la cocaína se consume fumada, se producirá también, durante su metabolismo, metil-ester-anhidroecgonina, cuya acción es poco conocida en humanos.

Estos metabolitos que se producen, se acumulan en el tejido graso del cuerpo humano y se van liberando lentamente¹¹³. La benzoilecgonina se puede detectar en la orina hasta al menos 3-4 días después de un consumo moderado y, por lo tanto, es el metabolito de elección para determinar el consumo reciente en ámbitos asistenciales¹²⁰.

La cocaína es un agonista dopaminérgico indirecto. Una vez se encuentra en el cuerpo, tiene gran afinidad al transportador de la dopamina. Se une a él bloqueando su acción y por lo tanto, produciendo un aumento notable de la concentración de dopamina en el espacio sináptico que se encuentra cerca de los receptores dopaminérgicos (Figuras 23 y 24). Este aumento de dopamina o sobre estimulación será la responsable de gran parte de los efectos reforzadores de la cocaína y de los efectos sobre la activación motora¹²¹.



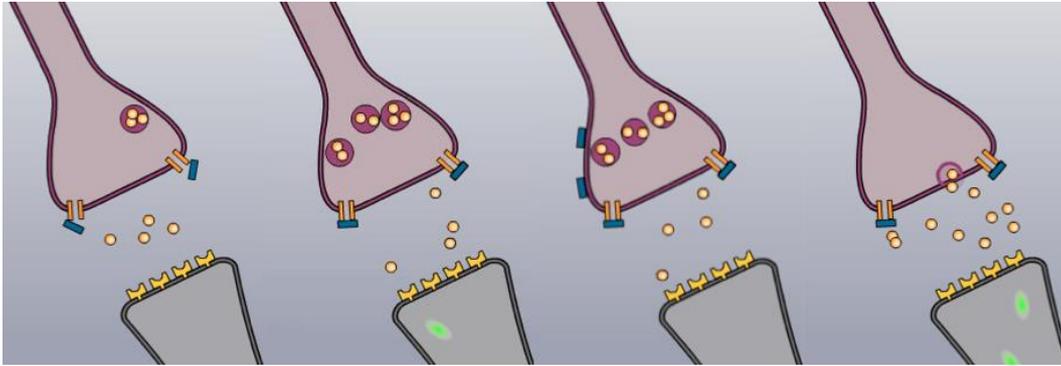
- 1) La dopamina se libera en el centro de refuerzo, área que se asocia a los sentimientos de placer con comportamientos como comer, beber,... por lo que se despierta la necesidad de querer repetir.
- 2) Esta dopamina se almacena en el axón.
- 3) Cuando llega la señal eléctrica, la dopamina se libera y es captada por los receptores que se encuentran en las dendritas.
- 4) Finalmente la dopamina se reabsorbe por las proteínas presentes en el axón.

FUENTE: Slideshare⁷¹.

Figura 23. Condiciones Normales

El fármaco alcanza su principal efecto psicológico prácticamente de inmediato cuando ocurre dicha acumulación de la dopamina. El aumento de los niveles de ansiedad y excitación son reportados con niveles crecientes de ansia por la droga como los niveles en sangre de disminución de cocaína en las personas adictas¹²².

La dopamina es la responsable de hacer que las células del cerebro actúen en los niveles adecuados de actividad. Para mantener los niveles adecuados a las demandas requeridas, las células dopaminérgicas aumentan o disminuyen constantemente el número de moléculas de dopamina que liberan.¹²³



- 1) Las moléculas de cocaína se adhieren a las proteínas de reabsorción, bloqueando esta función.
- 2) La Dopamina trata de volver a su sitio pero no puede y choca con los receptores.
- 3) Esta situación induce a la liberación de dopamina extra lo que produce una mayor acumulación en el espacio sináptico dando lugar a mayores transmisiones sinápticas.
- 4) Se produce una estimulación del centro de refuerzo y da lugar a la euforia y seguridad.

FUENTE: Slideshare⁷¹.

Figura 24. Condiciones bajo los efectos de la cocaína

La adicción se caracteriza por una necesidad compulsiva de buscar y tomar la droga, una pérdida de control sobre la cantidad de droga consumida, y por períodos de intento de abstinencia seguido de cerca por la recaída en el comportamiento de consumo de drogas¹²⁴. El consumo de cocaína varía según la cantidad, ritmo, vía y posible combinación con otras sustancias del modo que sigue ¹¹³:

a) Según la cantidad y el ritmo:

- Consumo controlado: se lleva a cabo para experimentar o como diversión en cantidades moderadas (menos de 0,25g de cocaína) y conservando el control voluntario sobre el consumo.
- Consumo intensificado o compulsivo que caracteriza el abuso y la dependencia de cocaína (se pueden llegar a consumir grandes cantidades en

horas o días seguidos sin mantener la voluntad de dejar de consumir a pesar de tener conocimiento de las consecuencias negativas).

b) Según la Vía:

- Oral, de hojas frescas de la planta de coca masticadas. Propio de los países productores e inexistente en nuestro país.
- Nasal o naso-alveolar, por inhalación mediante un tubo hueco de «líneas» o «rayas» de clorhidrato de cocaína pulverizada. Es la forma más frecuente de uso en España.
- Aspiración fumada de pasta de coca (infrecuente en España), o aspiración de base libre fabricada a partir de clorhidrato (más frecuente en España) o de «crack». El efecto por esta vía es más rápido, intenso y breve.
- Intravenosa, de clorhidrato de cocaína disuelto en agua mediante calentamiento en una cucharilla o similar. Este consumo añade los riesgos y complicaciones de la vía parenteral. La mezcla de heroína con cocaína en presentación intra venosa. Se llama «speed ball» (literalmente: «pelotazo»).
- Otras menos frecuentes: oral, rectal, genital.

c) Según la Mezcla o consumo conjunto con otras sustancias:

- Cocaína pura.
- Cocaína mezclada con alcohol, cannabis, heroína u otros estimulantes o sedantes, incluidos los de prescripción médica.

2.7 FACTORES DE RIESGO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL, CANNABIS Y COCAÍNA

Los motivos por los que las personas hacen uso de las drogas es multifactorial, y pueden influir factores personales, familiares y sociales, como la búsqueda de satisfacción inmediata o la búsqueda de evadirse de problemas o de situaciones que le resulten incómodas o difíciles de asumir o afrontar.

Podemos encontrar factores no laborales y laborales que pueden influir en el consumo de alcohol, cocaína, y cannabis³⁶:

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

- Factores de Riesgo Laborales:
 - ✓ Trabajos a destajo y alto rendimiento.
 - ✓ Tareas rutinarias y monótonas.
 - ✓ Insatisfacción en el trabajo.
 - ✓ Jornadas de trabajo prolongadas.
 - ✓ Turnos cambiantes.
 - ✓ Largas ausencias de casa.
 - ✓ Cansancio intenso en el trabajo.
 - ✓ Compañeros consumidores.
 - ✓ Trabajos dependientes de la relación social.
 - ✓ Disponibilidad en el medio laboral.

2.8 ¿QUÉ EFECTOS PRODUCE EL CONSUMO DE ESTAS DROGAS?

Las drogas de abuso en las que se centrará este trabajo (alcohol, cannabis y cocaína), actúan como reforzadores naturales y/o de recompensa. Ya hemos comentado en cada uno de los apartados dedicados a estas sustancias, que funcionan como refuerzos positivos directos neuronales. Estos sitios, normalmente median sobre las acciones de los reforzadores naturales como la comida, el agua y la interacción sexual¹²⁵. Estas sustancias de abuso producen estos refuerzos positivos debido a que puentean los sistemas sensoriales y activan las estructuras cerebrales que intervienen habitualmente en la función de recompensa¹²⁶.

Las drogas de abuso pueden actuar sobre las neuronas presinápticas, sobre los receptores postsinápticos o sobre la transmisión¹²⁷:

- Sobre la neurona presináptica: la droga puede estimular la liberación de un neurotransmisor incrementando, por ejemplo, la liberación de norepinefrina y dopamina.
- Sobre los receptores postsinápticos: una droga puede ejercer efectos similares a otras sustancias porque tiene una estructura similar a un neurotransmisor. La nicotina, debe sus efectos a su similitud con la acetilcolina.
- Sobre la transmisión: normalmente, después de que un neurotransmisor ha realizado su acción sobre el receptor, es recaptado por la neurona presináptica para su metabolización o para su uso. Algunas sustancias pueden interferir en este proceso; la cocaína, por ejemplo, impide que la dopamina no se reabsorba tan rápidamente por la presinapsis y permanezca más tiempo unida a su receptor; de esta forma el efecto es más prolongado, es decir, bloquea el transportador de dopamina.

El consumo de drogas de abuso, harán que se vean afectados los mecanismos cerebrales ya que se considera que todas las drogas se caracterizarían por disponer de un mecanismo de reforzamiento sobre el Sistema Cerebral de Recompensa¹. Es el sistema límbico el principal área cerebral implicada en el proceso de la adicción a las drogas, ya que, si alguien toma una droga en un ambiente agradable o recibe sensaciones agradables durante esta experiencia, su satisfacción

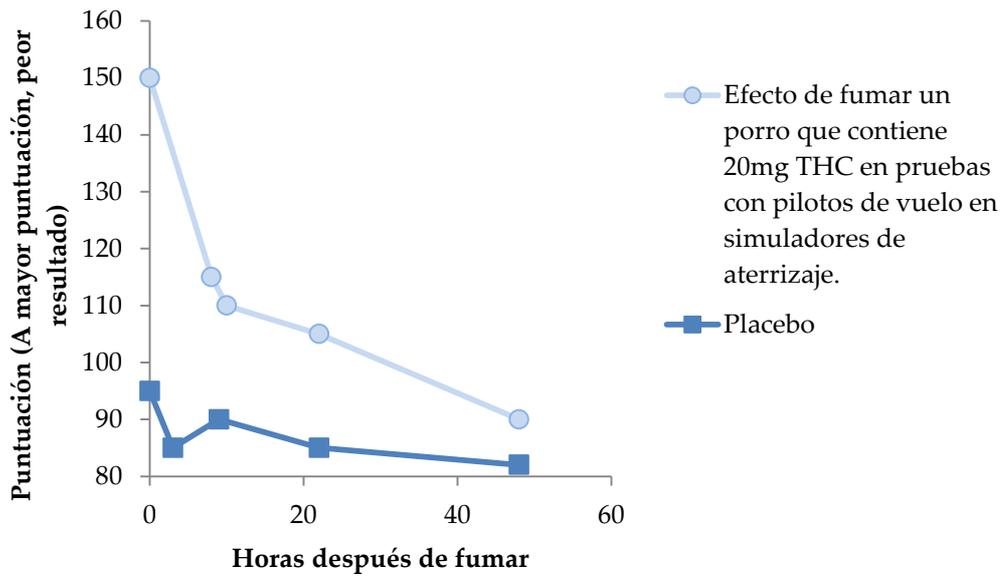
emocional es almacenada en el Sistema Límbico y puede volverse un estímulo para repetir la experiencia¹²⁸.

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y fatal, caracterizada por tolerancia y dependencia física y por cambios orgánicos patológicos⁵². Su consumo crónico y excesivo se ha asociado al desarrollo del síndrome de dependencia al alcohol. El paradigma de las lesiones orgánicas producidas por el consumo crónico de etanol es la cirrosis hepática¹²⁹.

Se vincula mundialmente con el 50 % de las muertes ocurridas en accidentes de tránsito y el 30 % de los homicidios y arrestos policiales. Reduce de 10 a 15 años la expectativa de vida y determina el 30 % de las admisiones psiquiátricas y el 8 % de los ingresos por psicosis. También se ha responsabilizado con casi la mitad de los condenados por faltas y delitos tan graves como asesinatos⁵². En general, para dosis de consumo similares, las mujeres son más susceptibles que los varones al daño orgánico producido por el alcohol¹³⁰.

Respecto a los efectos en la conducta, el cannabis hará que la percepción del tiempo sea más lenta, y el consumidor sentirá una sensación de relajación y de una conciencia sensorial aguzada. La percepción que tendrá la persona bajo los efectos del cannabis será de mayor confianza en uno mismo y mayor creatividad, lo que no asociado con un mejor rendimiento aunque así lo sienta. Se dará también una disminución en la memoria a corto plazo y en la coordinación motora. Los efectos centrales descritos a veces como de relevancia clínica son analgesia, acción antiemética y antiepiléptica y más apetito. Los derivados de la cannabis producen claras reacciones motivacionales subjetivas en humanos, lo que conduce a comportamientos de búsqueda de drogas y uso repetido^{131,132}.

La Gráfica 5 muestra los efectos que produce el cannabis sobre unos pilotos de vuelo en simuladores de aterrizaje. Los pilotos que consumieron cannabis, vieron mermadas sus capacidades para reaccionar ante un aterrizaje forzoso.



FUENTE: Pharmacology and effects of cannabis: A brief review⁸⁶.

Gráfica 5. Efecto de fumar 20 mg de THC

Finalmente, por lo que refiere a los efectos de la cocaína, estos se presentan casi inmediatamente después de consumir una sola dosis y su duración pueden ser minutos o una hora. Los consumidores de pequeñas cantidades de cocaína generalmente se sienten eufóricos, energéticos, más habladores de lo habitual y con la mente alerta, particularmente con relación a las sensaciones visuales, auditivas y del tacto. La cocaína también puede disminuir temporalmente el apetito y hacer que el consumidor no tenga la necesidad de dormir. Algunos consumidores sienten que la droga les ayuda a realizar más rápido algunas tareas simples, tanto físicas, como intelectuales, mientras que a otros les produce el efecto contrario. Si se piensa en la fisiología que tiene lugar en el cuerpo de la persona que ha consumido cocaína, se incluirá la contracción de los vasos sanguíneos, dilatación de las pupilas y aumentos en la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y la presión arterial^{4,133}.

La Tabla 8 resume los efectos de las drogas en las que se centra el estudio.

Tabla 8. Clasificación de las drogas a estudio por efectos

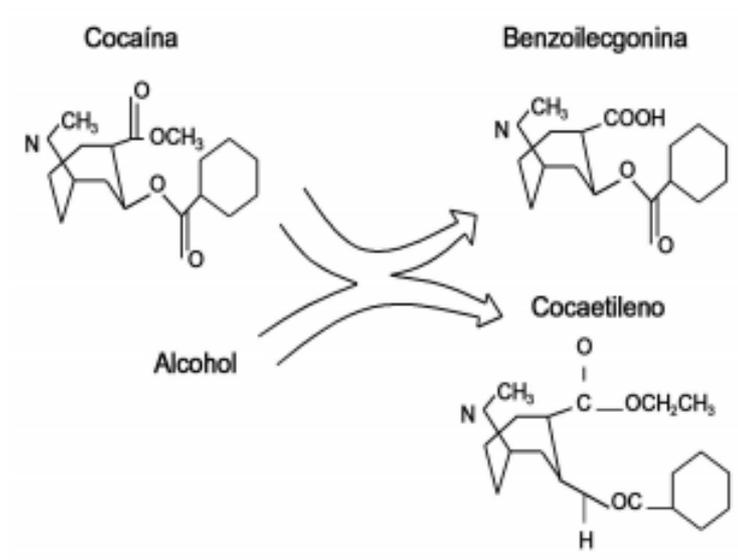
DROGA	EFFECTO	CONSECUENCIAS FÍSICAS NEGATIVAS
Alcohol	Euforia inicial. Desinhibición, disminución de la tensión. Embotamiento mala coordinación, confusión.	Trastornos hepáticos y de los nervios periféricos, dificultad para hablar, marcha inestable, amnesia, impotencia sexual, delirio Irritabilidad.
Cannabis	Disminuye la reacción ante los estímulos y reduce los reflejos, desorientación temporoespacial alucinaciones.	Reducción en el impulso sexual, daño en las funciones reproductoras, psicosis tóxica deterioro neurológico.
Cocaína	Excitación, acentuada desinhibición, hiperactividad, perdida del apetito, ansiedad, aumento de la presión sanguínea y pulsaciones del corazón,	Desasosiego, agitación, hipertensión, trastornos cardio-respiratorios, desnutrición, anemia. Hasta daños hepáticos, renales y cerebrales. En embarazo, malformación fetal.

FUENTE: Elaboración propia a partir de ^{4,48,131,134}.

Actualmente, se hace más normal el consumo de alcohol asociado a la cocaína. Esto es debido a los efectos antagónicos de estas sustancias. La razón es que estos dos compuestos tienen efectos antagónicos sobre el SNC (depresor el alcohol y estimulante la cocaína). La cocaína atenúa la sensación de embriaguez y contrarresta los efectos de sedación que provoca el alcohol. El alcohol aumenta y alarga los efectos euforizantes de la cocaína, aminora las secuelas físicas del consumo exclusivo de cocaína (disminuye los efectos de hipervigilancia, rigidez y tensión) y reduce los efectos del malestar o disforia (tristeza, angustia, ansiedad, irritabilidad, inquietud, vacío..) que se produce cuando la cocaína comienza a eliminarse del cuerpo.

Pero no hay que llegar a pensar que el consumo combinado de estas dos drogas podrían contrarrestar los efectos negativos de cada una de ellas ya que lo que ocurre realmente es que su combinación aumenta el potencial tóxico de ambas sustancias por separado, y además, al llegar al hígado, se produce otra tercera sustancia llamada cocaetileno (Figura 25), un estimulante también potente y con una

vida media 2 ó 3 veces más larga debido a su lento proceso de eliminación. Este cocaetileno potenciará los efectos de la cocaína hasta 14 veces¹¹³.



FUENTE: Interacciones y consecuencias del consumo combinado de alcohol y cocaína: Una actualización sobre el cocaetileno¹³⁵.

Figura 25. Paso metabólico de producción de cocaetileno

2.9 CONSECUENCIAS LABORALES

Las consecuencias laborales que tendrán estos trabajadores consumidores habituales de las sustancias que recoge este trabajo, serán muy serias y promoverán el abordaje de estos problemas desde los servicios de salud laboral de las empresas, creando programas de intervención con el objeto de conseguir la rehabilitación tanto personal como laboral de estos trabajadores. Mejorando y consiguiendo el objetivo principal, indirectamente se alcanzarán otros objetivos secundarios pero no menos importantes como son la disminución del absentismo laboral y la accidentabilidad¹³⁶.

Las consecuencias del consumo habitual y de manera abusiva de sustancias estupefacientes o de alcohol puede generar consecuencias personales (para el consumidor propiamente dicho), sociales (problemas de inseguridad ciudadana, delitos asociados al narcotráfico, etc.) y laborales (accidentabilidad, absentismo, etc.). También puede darse la situación en la que se produzca un daño a una tercera persona (daños a terceros) provocados por un trabajador con un estado psicofísico alterado¹³⁷.

El absentismo laboral será mayor entre aquellos trabajadores consumidores de drogas (2 a 3 veces superior) y el coste de las bajas por enfermedad que generan también es 3 veces superior respecto al resto de trabajadores^{36,137}, y por si esto no fuera suficiente, esas mismas personas perciben también indemnizaciones por un importe 5 veces mayor que el resto de sus compañeros³⁶.

Además el consumo abusivo de drogas de forma habitual que conlleven a una repercusión negativa en el trabajo, será sancionado con el despido disciplinario como recoge el Derecho Laboral dentro del Estatuto de los Trabajadores (Art. 54f).¹³⁸ Aunque hay que aclarar que esta medida no es la acabará con el problema que se presenta ya que los despidos disciplinarios por consumo de drogas normalmente se recurren sobre todo si no hay preceptos al respecto en Convenio Colectivo, y no se puede demostrar que el consumo sea habitual, aunque sí se demuestre la repercusión negativa en el trabajo.

Todas estas consecuencias generarán unos costes a la empresa que, aunque difíciles de calcular, se deben estimar:

- 1) Costes Directos: coste del programa de prevención y ayuda al empleado (horas de recursos humanos empleados para formación, información y supervisión, coste de pruebas analíticas y tratamiento adecuado de las muestras, costes de laboratorio). Además hay que tener en cuenta que se estiman en 20.000 millones de euros las indemnizaciones abonadas anualmente en concepto de accidentes y enfermedades laborales^{137,139}.
- 2) Costes Indirectos:
 - Coste de atención sanitaria por enfermedad o accidente.
 - Coste de incapacidad temporal u otro tipo de incapacidad (absentismo).
 - Coste de rotación de puestos o contratación por sustitución de bajas.
 - Coste por caída de la productividad.
 - Coste incurrido cuando la imagen de la empresa haya sufrido perjuicio.
 - Coste por supervisión del trabajo de operarios que no rinden en su puesto.
 - Coste por daños a equipos o productos.
 - Coste por responsabilidad legal.
 - Coste por baja moral en la empresa y aumento de la conflictividad interna.
 - Costes por malas decisiones tomadas por abuso de drogas (incidentes, mala calidad del producto).
- 3) Los costes del abuso de drogas también incluirían a otros miembros del grupo familiar del adicto que no son consumidores (son más generadores de bajas laborales que el resto de los trabajadores)¹³⁷.

En España, se estima que entre el 15-25% de los accidentes laborales tienen su origen en el alcohol. Los consumidores de esta droga, tienen 3 veces más accidentes en el trabajo que otros trabajadores, lo que hará que pierdan más días de trabajo por enfermedad. El consumo de cannabis afecta negativamente a la capacidad de realizar tareas que requieren atención y concentración, aumentando el riesgo de accidentes laborales. Muchos consumidores de cocaína pueden tener problemas, tanto en tareas que requieran atención y concentración como por absentismo laboral y otras consecuencias³⁶.

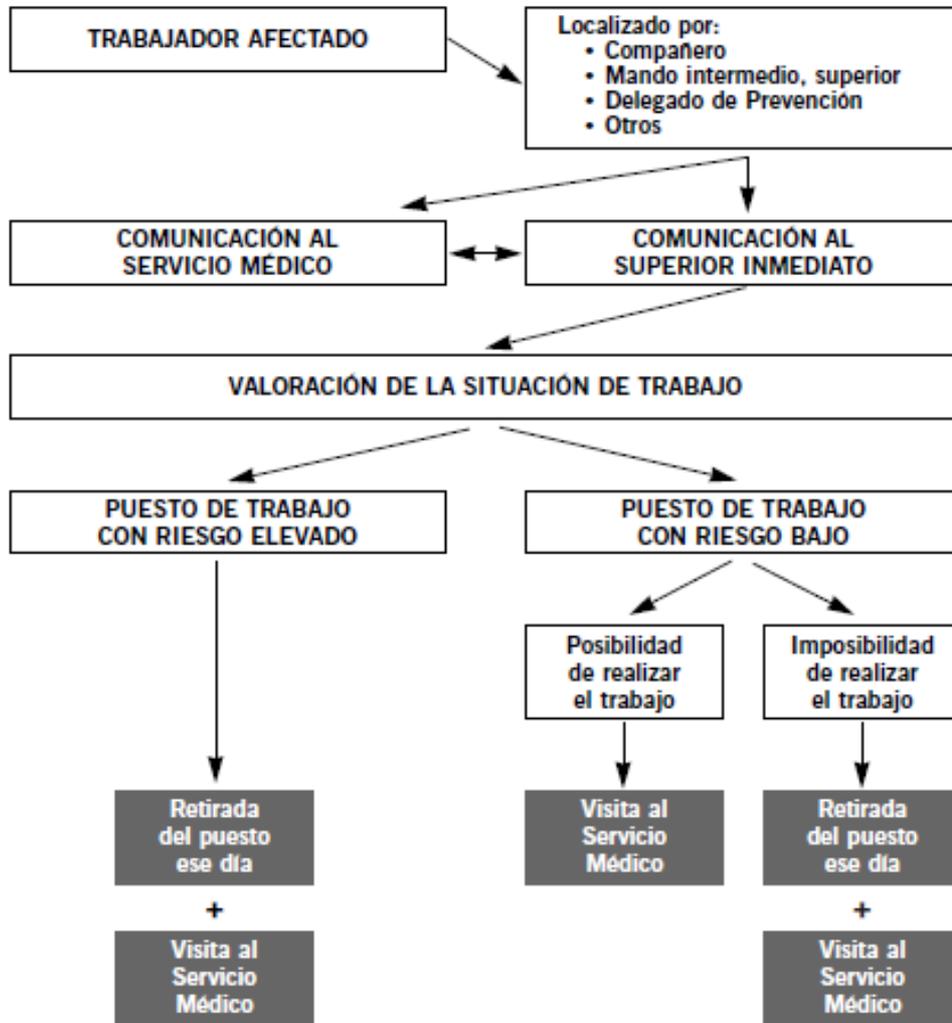
A pesar de esto, el problema al que nos enfrentamos con los trabajadores que consumen alcohol y otras drogas en exceso, parece no estar en conocimiento del resto de compañeros de trabajo. Según la encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España, el 75.8% de los trabajadores entrevistados afirmaron no conocer, o no haber conocido, ningún compañero que consumiera en exceso alcohol u otras drogas mientras que el 20,7% conocía alguno y sólo un 3,4 % conocía o había conocido a bastantes, pero, sí que consideran que el problema es muy importante¹⁰¹.

En resumen, y para concluir este apartado, el consumo de drogas puede llevar a tener consecuencias laborales como:

- Baja de la productividad.
- Deterioro de la calidad del producto fabricado.
- Disminución del ritmo de trabajo.
- Ausencias o tardanzas inmotivadas.
- Torpeza e irregularidad en el trabajo.
- Pequeño absentismo por enfermedades menores: catarros, gripes, o por pequeños accidentes ocurridos con periodicidad en el trabajo o fuera de él.
- Cambio progresivo de actitud del sujeto considerado hasta entonces como buen trabajador: pérdida de interés por el trabajo, discusiones, críticas, pequeñas faltas de las que busca justificarse, pequeños accidentes de los que culpa a otros o al material como responsable.
- Marcados cambios de humor, ataques de ira y agresividad.

El consumo de drogas desencadenará muchas veces las faltas al trabajo del empleado consumidor, provocando sanciones o despidos, haciendo imposible que esa persona trabaje de forma continuada y regular. Esto provoca una inestabilidad en el empleo y la persona afectada se ve obligada a cambiar de empresa. Este currículum que se va forjando en el trabajador consumidor le abocará a tener que aceptar trabajos poco cualificados y mal remunerados¹⁴⁰. Dicho esto, hay que abordar la drogodependencia como lo que es, una enfermedad y como ya se ha mencionado anteriormente, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), establece la obligación o deber del

empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales (Art. 14.1, LPRL)² e implantar unos protocolos de actuación (Figura 26) frente a estos trabajadores¹⁴¹:



FUENTE: Cómo prevenir los riesgos derivados del consumo indebido de alcohol y otras sustancias en el ámbito laboral¹⁴¹.

Figura 26. Protocolo de actuación cuando un trabajador se encuentra bajo los efectos del alcohol o de cualquier otra sustancia en el centro de trabajo

Según el protocolo mostrado en la Figura 20, independientemente del riesgo al que esté sometido el trabajador, la actuación final es la visita al médico. Este puede aconsejar la participación en programas de desintoxicación o en terapias de actuación.

2.10 TERÁPIAS DE ACTUACIÓN: ESTADOS DE PRECONTEMPLACIÓN Y DE CONTEMPLACIÓN

La motivación de las personas se considera un estado interno que debe verse afectado gracias a las intervenciones realizadas por los profesionales de salud, por el deseo de cambiar, la creencia propia de verse capaz de cambiar, la cantidad de motivos que mueven a la persona para realizar el cambio, su percepción de la relación entre el uso de sustancia y sus problemas, así como el compromiso del sujeto con el cambio¹⁴².

Para tratar a estos pacientes consumidores de cannabis, cocaína y alcohol, utilizaremos el Modelo Transteórico de las etapas del cambio de Prochaska y DiClemente^{141,142,143}, que habla de un proceso dinámico que implica la progresión a través de cinco estadios de cambio^{143,144}, adaptado a las necesidades de los mismos. Estas cinco etapas de las que hablan Prochaska y DiClemente son las siguientes¹⁴⁵:

- 1) Precontemplación: es la etapa en la que el consumidor no presenta la intención de modificar su comportamiento en un futuro previsible y no lejano. Muchos individuos en esta etapa no son conscientes del problema o de las consecuencias que puede acarrear ese consumo a corto y largo plazo. El individuo cree encontrar más beneficios en el consumo de las drogas que inconvenientes.
- 2) Contemplación: la persona usuaria de las sustancias estupefacientes o de alcohol pasar a ser conscientes de que verdaderamente existe un problema y están pensando seriamente en su superación, pero aún no se han comprometido a tomar las medidas oportunas.
- 3) Preparación: es una etapa que combina intención y criterios de comportamiento. Los individuos en esta etapa tienen la intención de tomar medidas en el próximo mes y han tomado medidas sin éxito en el último año (han acudido a centros y han valorado diferentes tratamientos). Poco a poco van consumiendo menores cantidades de la sustancia que les creó la adicción. Los beneficios de dejar de consumir superan a los inconvenientes.
- 4) Acción: es la etapa en la que los individuos modifican las conductas, experiencias o ambiente con el fin de superar sus problemas. La acción implica

cambios de comportamiento más abiertos y que requieren un esfuerzo importante por parte del consumidor.

- 5) Mantenimiento: es la etapa en la que las personas trabajan para prevenir la recaída y consolidar los logros alcanzados durante la etapa de acción.

Dado que los trabajadores participantes del estudio reúnen unas condiciones de trabajo especiales ya que no tienen un lugar de trabajo estable, ni horarios fijos y normalmente están en gira formando parte del elenco que acompaña a un artista, no podemos aplicar en ellos las cinco etapas mencionadas ya que en algunos casos, la transición de una a otra etapa, pueden necesitar hasta 6 meses. Son compromisos que debe adquirir el usuario a largo plazo¹⁴⁴. Nos centraremos en las etapas de precontemplación y contemplación puesto que son las etapas en las que se debe dar un reconocimiento del problema.

Cuando el drogodependiente se encuentra en el estadio de precontemplación, no se ha planteado modificar su conducta adictiva debido a la falta de reconocimiento del problema. Esto será un factor determinante para resistirse a buscar o someterse a un tratamiento. La utilidad percibida por parte del consumidor sería una variable a tener en cuenta en la etapa de precontemplación ya que para que exista demanda de tratamiento, el usuario debe encontrar la utilidad del mismo, así como la accesibilidad a los centros, la disponibilidad de servicios comunitarios y la disponibilidad económica¹⁴⁶. En el estadio de contemplación los drogodependientes van tomando conciencia de su problema pero no han desarrollado aún un compromiso firme de cambio. Es en el estadio de preparación donde el drogodependiente toma la decisión y se compromete a abandonar su adicción¹⁴⁷.

Para conseguir que el drogodependiente pase de un estadio a otro, se utilizará la técnica de la entrevista motivacional. La entrevista motivacional es un tipo de entrevista, centrada en el paciente, que busca ayudar a explorar y resolver contradicciones sobre conductas o hábitos insanos. Intenta aumentar la conciencia de los pacientes sobre sus riesgos de salud y su capacidad para hacer algo al respecto. Además, cuida la salud mental de los sanitarios porque incrementa la satisfacción como profesionales y previene la sensación de impotencia^{148,149}. La razón para cambiar

un hábito o conducta insanos es la motivación que se tiene para desear ese cambio, y su mayor motor está en la incomodidad de la persona entre lo que hace y lo que desearía hacer. Si ayudamos a que el paciente sea más consciente de su situación y sus deseos le facilitamos el cambio y le resultará menos duro pagar su precio que es el sufrimiento que tendrá al dejar su conducta habitual. El paciente es el protagonista y el enfermero puede ser facilitador de su proceso de cambio. No hay que olvidar que a veces, es difícil olvidarnos de la tendencia habitual a conseguir resultados rápidamente y el resultado es un adelantamiento del ritmo del paciente. Según el tipo de relación que se le ofrezca al paciente, el cambio puede verse facilitado o entorpecido. Una actitud empática, en la que el paciente se siente apoyado y no juzgado, favorece el cambio y, por el contrario, una insistencia en el cese del hábito puede generar resistencia al mismo.

Las fases que serán de aplicación para el presente estudio, serán¹⁴⁵:

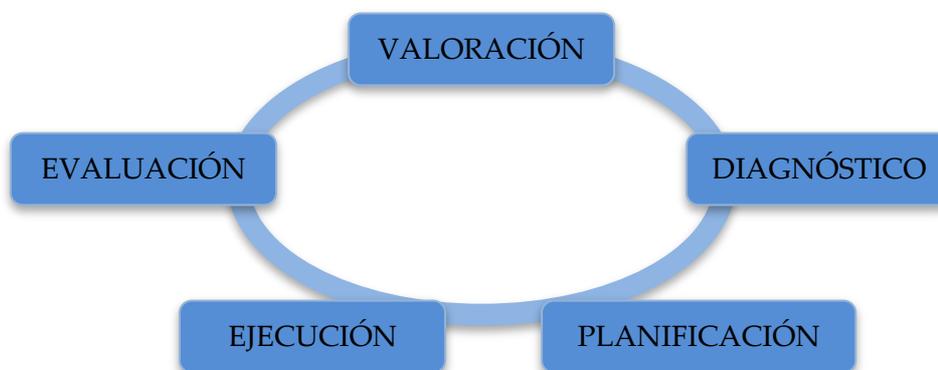
- Precontemplación: es la etapa en la que el consumidor no presenta la intención de modificar su comportamiento en un futuro previsible y no lejano. Muchos individuos en esta etapa no son conscientes del problema o de las consecuencias que puede acarrear ese consumo a corto y largo plazo. El individuo cree encontrar más beneficios en el consumo de las drogas que inconvenientes.
- Contemplación: la persona usuaria de las sustancias estupefacientes o de alcohol pasa a ser consciente de que verdaderamente existe un problema y está pensando seriamente en su superación, pero aún no se ha comprometido a tomar las medidas oportunas.

2.11 LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

El cuidado, dirigido al individuo, la familia y la comunidad, es el principal elemento que define el papel de la enfermera de Atención Primaria para no solo proporcionar cuidados, sino para también prevenir posibles enfermedades¹⁵⁰.

El hecho de que el Proceso de Enfermería se vaya implantando progresivamente como herramienta fundamental para la gestión de los cuidados, la estandarización y sistematización de los mismos y la utilización de un lenguaje normalizado, han contribuido al gran avance que ha experimentado la práctica enfermera en los últimos años. Este proceso se ha basado en una serie de elementos básicos: por una parte, la utilización de los patrones funcionales de valoración de M. Gordon y las taxonomías NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) , NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification) como base de conocimiento; por otra parte, la formación y participación de los profesionales y el desarrollo de herramientas, e instrumentos para la planificación y medida de los cuidados^{150,151}.

El proceso de atención de enfermería (PAE) (Figura 27) fue realmente considerado un proceso por primera vez, por Lidia E. Hall, enfermera norteamericana, en 1955. En 1966, Knowles desarrolla y explica las diferentes etapas del PAE, que fueron definidas finalmente por la escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Colorado, y consideró las etapas del PAE como actualmente se conocen; valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación^{152,153}.



FUENTE: Elaboración propia.

Figura 27. Proceso de atención de enfermería

El PAE es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que permite al profesional enfermero aplicar los cuidados requeridos por el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, lógica y sistemática^{154,155}. Las enfermeras aun continuando realizando las acciones dependientes de las órdenes médicas y las acciones interdependientes con otros profesionales del equipo de salud; iniciaron la realización de un grupo, cada vez más numeroso, de acciones independientes, frente a las cuales son las únicas responsables, tanto desde el punto de vista de la competencia y desempeño profesional demostrado en su saber hacer, como desde el ángulo de la ética. Especialmente en la atención primaria de salud, donde la enfermera aplica con amplitud el enfoque socio-psico-biológico que su profesión imprime al proceso salud-enfermedad.

El PAE estará dirigido a identificar las respuestas humanas de las personas, familia y comunidad que atiende ante las posibles alteraciones de sus patrones de salud y con el propósito de realizar la intervención adecuada¹⁵⁴. Tal y como se ha mencionado anteriormente, las etapas del PAE y lo que con ellas se pretende son¹⁵⁶:

- I. Valoración: es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un usuario. Consta de dos componentes recogida de datos y documentación. Este paso se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso.
- II. Diagnóstico: es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis de datos recogidos previamente en la valoración. Sirve de base para precisar una terapia que esta bajo la responsabilidad del profesional de enfermería. Los diagnósticos de enfermería se recogen bajo la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).
- III. Planificación: esta tercera etapa se inicia con los diagnósticos de enfermería y concluye cuando se registra las intervenciones del cuidado de enfermería. Consta de cuatro partes: selección de prioridades, determinación de los

resultados esperados, determinación de las acciones para lograrlos y registro del plan.

Es en esta etapa donde la enfermería se plantea que objetivos NOC (Nursing Outcomes Classification) quiere alcanzar para con ese paciente, ya que se trata de un plan individualizado, y que intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification) llevará a cabo para alcanzar dichos objetivos.

- IV. Ejecución: es la puesta en práctica del propio plan.
- V. Evaluación: consiste en la revisión del proceso completo para comprobar si se han cumplido los objetivos.

2.11.1 LA TAXONOMÍA NANDA

Los diagnósticos de enfermería nacieron en los años 70, cuando la Asociación Norteamericana de enfermeras (ANA) los reconoció oficialmente incluyéndolos en los Estandares de la práctica de enfermería. En el año 1982 es la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) quien organiza dichos diagnósticos y establece los planes de trabajo, para el desarrollo y expansión de los mismos⁵. La Taxonomía NANDA incluye en su última edición 2015-2017 235 categorías diagnósticas¹⁵⁶. En el año 1982 se creó un grupo de trabajo liderado por la enfermera *Phyllis Kritek*¹⁵⁷, apoyándose en otras teóricas de la época como *Callista Roy*, con el fin de formular la taxonomía. La NANDA asumió su forma actual en el año 2000.

La Universidad de Iowa en 1987, con el fin de ordenar las actuaciones enfermeras en grupos y asignarles un nombre (intervención) creó la NIC, que ofrecía un lenguaje consensuado y codificado de intervenciones de enfermería. Como complemento a NANDA y NIC, en 1991 la misma Universidad desarrolló la taxonomía NOC, permitiendo identificar, denominar, validar y clasificar resultados e indicadores del usuario susceptibles de ser alcanzados mediante intervención enfermera. La NOC permite universalizar los resultados del cuidado enfermero, en sus diferentes entornos, lo cual permite tener base científica para modificar pautas de conducta respecto a los

cuidados aplicados por las enfermeras y facilitar la evaluación de los resultados para mejorar la calidad asistencial del paciente¹⁵⁸.

Así pues, la NIC recoge las intervenciones de enfermería en consonancia con el diagnóstico enfermero NANDA, adecuadas al resultado que esperamos obtener en el paciente, y que incluyen las acciones que se deben realizar para alcanzar dicho fin. La NIC utiliza un lenguaje normalizado y global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería desde la base de que el uso del lenguaje normalizado no inhibe la práctica; sino que más bien sirve para comunicar la esencia de los cuidados de enfermería a otros y ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación¹⁵⁹.

Por otra parte, los NOC incorporan una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones enfermeras. Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones. También hace uso de un lenguaje estandarizado de cara a universalizar el conocimiento enfermero. Facilita la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente¹⁵⁹.

El hecho de que los profesionales de enfermería se basen en los modelos teóricos de valoración (Tabla 9), facilita el enfoque holístico de la persona y por lo tanto su diagnóstico de enfermería y es muy positivo para la profesión ya que conduce a lograr cambios en la gestión de los cuidados de enfermería¹⁶⁰.

Los primeros PAEs (Proceso de atención de enfermería) registrados en papel, tal y como se conoce hoy en día el proceso, aparecieron en Estados Unidos^{154,161,162,163}, en libros de enfermería durante los primeros años de la década de los 70.

Tabla 9. Modelos de Enfermería y características principales de los mismos.

Autora	MODELO	Características principales
FLORENCE NIGHTINGALE	<i>Naturalista</i>	Trata de definir la naturaleza de los cuidados de enfermería.
VIRGINIA HENDERSON	<i>Suplencia o Ayuda</i>	La enfermera suplirá o ayudará a realizar las acciones que la persona no puede llevar a cabo en un momento de su vida, fomentando el autocuidado por parte de la persona.
DOROTHEA OREM		
MYRA E. LEVINE	<i>Interrelación adaptación</i>	El papel de la enfermera consiste en fomentar la adaptación de la persona en un entorno cambiante, fomentando la relación bien sea interpersonal (enfermera-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente.
MARTHA ROGERS		
CALLISTA ROY		
HILDEGARD PEPLAU		
MARJORY GORDON		

FUENTE: Elaboración propia a partir de "Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models"¹⁶⁴ y de "El uso de los modelos de enfermería en la investigación enfermera española: 1992-1996"¹⁶⁵

2.11.2 LA TAXONOMÍA NANDA RELACIONADA CON LAS ADICCIONES

Los profesionales de enfermería cuenta con la capacidad para intervenir en el tratamiento de las adicciones realizando promoción y educación para la salud, ayudando a mejorar el autocuidado del paciente. Para ello, una primera intervención puede ser una intervención breve de enfermería en la que se incluya una entrevista motivacional^{148,149} que además, permita diagnosticar al consumidor frente a la NANDA.

Los diagnósticos NANDA¹⁵⁶ más probables en el consumo de drogas serán:

- 00078 Mantenimiento inefectivo del régimen terapéutico.
- 00099 Mantenimiento inefectivo de la salud
- 00002 Desequilibrio nutricional por defecto
- 00001 Desequilibrio nutricional por exceso
- 00102 Déficit de autocuidados: Alimentación
- 00016 Deterioro de la función urinaria
- 00013 Diarrea
- 00011 Estreñimiento
- 00097 Déficit de actividades recreativas,
- 00168 Sedentarismo
- 00109 Déficit de autocuidados: vestido acicalamiento
- 00108 Déficit de autocuidados: Baño Higiene
- 00092 Intolerancia a la actividad
- 00096 Deprivación del sueño
- 00095 Insomnio
- 00130 Trastorno de los procesos del pensamiento
- 00129 Confusión crónica
- 00051 Deterioro de la comunicación verbal
- 00122 Trastorno de la percepción sensorial
- 00055 Desempeño inefectivo del rol
- 00053 Aislamiento social
- 00061 Cansancio del rol del cuidador
- 00138 Riesgo de violencia dirigida a otros
- 00059 Disfunción sexual
- 00065 Patrón sexual inefectivo
- 00148 Temor
- 00146 Ansiedad
- 00069 Afrontamiento inefectivo
- 00066 Sufrimiento espiritual.

2.12 TERAPIA PSICOEDUCATIVA MOTIVACIONAL BREVE (TPMB)

Una de las funciones que debe realizar durante la práctica clínica diaria el enfermero como profesionales de la salud, tal y como se ha mencionado anteriormente, es la identificación de necesidades en la población (NANDA). Una vez detectadas estas carencias, el siguiente paso consiste en diseñar programas de intervención específicos (NIC) que den respuesta a esa necesidad, marcando previamente unos objetivos realistas (NOC) que sería deseable alcanzar.

Los enfermeros de salud mental deberán planificar esas intervenciones encaminadas a permitir que sus pacientes reconozcan las cosas o situaciones que afectan negativamente a su salud mental, y enseñarles diferentes maneras para afrontar dichas influencias¹⁶⁶. Teniendo en cuenta el problema en el que se centra este estudio que no olvidemos se enmarca en un entorno laboral de difícil acceso y donde el consumo de cannabis, alcohol y cocaína están muy presentes, se llevará a cabo una terapia breve encaminada a hacer que estos trabajadores abandonen el consumo de estas sustancias, o al menos se planteen el poder hacerlo y que de esta forma reconozcan el peligro que supone su consumo, pues se ha evidenciado hasta el momento que existen una gran cantidad de investigaciones que evidencian su efectividad en un gran número de sujetos y problemas^{167,168}.

La Terapia de Grupo es una herramienta terapéutica utilizada ampliamente en el tratamiento contra el abuso de drogas y alcohol^{159,160,161}. El grupo permite aceptar y entender la enfermedad, da herramientas para la autonomía del paciente y prepara al individuo para situaciones de riesgo, así mismo aumenta la motivación para la abstinencia y disminuye la tendencia a la negación y da respuesta a la necesidad de adaptación social. Se potencia la autoeficacia del paciente, ayudándole a reconocer las situaciones de riesgo y a utilizar actitudes alternativas evitando nuevos consumos¹⁶⁹. La intervención que se llevará a cabo en esta tesis será una intervención motivacional reuniendo a los trabajadores a modo de terapia grupal.

Una intervención motivacional busca apoyar la motivación intrínseca para el cambio, lo que supondrá en el sujeto, el inicio, la persistencia y el cumplimiento del compromiso para el cambio de comportamiento¹⁴⁸. La función de enfermería en esta intervención consistirá en identificar los valores que estimulan al cambio del paciente, facilitar la expresión verbal y la comunicación de los pacientes, utilizar estrategias para provocar la ambivalencia, clarificarla y resolverla en un marco de respeto y aceptación incondicional y promover la elección libre y autónoma del paciente respecto a su comportamiento¹⁶⁷. La intervención motivacional se sustenta en los principios teóricos que describieron Miller y Rollnick^{148,149} sobre los cuales se articularán las técnicas pertinentes¹⁶⁷.

- La expresión de la empatía: la empatía por definición es una habilidad adquirida que tiene que ver con “el ponerse en el lugar del otro”.
- Ayudar a desarrollar discrepancia: el profesional intenta que el paciente identifique y verbalice el conflicto o ambivalencia de la conducta que mantiene y la que le gustaría desarrollar. El objetivo del profesional es aumentar el nivel de conflicto para facilitar que el paciente exprese emociones que generan incomodidad (de manera verbal o no verbal). La incomodidad de algunas emociones que se repiten en diferentes situaciones que el paciente aporta son el principal motor de cambio.
- Evitar argumentaciones: los consejos y recomendaciones psicoeducativas despiertan rechazo.
- Trabajar las resistencias: la mejor herramienta para trabajar las resistencias es evitar que aparezcan, aunque algunas veces emergen sin que el clínico haya intervenido de manera inapropiada.

Como antecedente, la terapia psicoeducativa motivacional breve (TPMB)¹⁴⁴, tiene como objetivos proporcionar a los pacientes información objetiva y útil sobre las drogas y otras conductas adictivas, así como tratar de facilitarles su deshabituación preparándoles para posibles recaídas fomentando el autocontrol sobre su adicción. La terapia podría estar dirigida conjuntamente por un psiquiatra y un psicólogo, pues la TPMB integra conceptos, tanto psicológicos (para los aspectos psicológicos y emocionales) como médicos (para los biológicos y farmacológicos) pero, debido a su

estructura puede ser llevada a cabo por terapeutas sin experiencia en terapias de grupo o de otros tipos. La terapia planteada por el Dr. Haro¹⁴⁴, consta de tres sesiones en días separados. Como veremos en el apartado de metodología, debido a las peculiaridades que rodean al colectivo sometido a estudio, se adaptará dicha terapia a una única sesión. El número máximo recomendado de pacientes es de 8 y no debe estar formada por menos de 3.

3.JUSTIFICACIÓN

La gran mayoría de los trabajos que se desarrollan en el sector del espectáculo llevan enlazada la búsqueda de efectos espectaculares para ofrecer al público y, el posterior disfrute del mismo. Esto suele llevar intrínseco un incremento de los riesgos inherentes de las propias actividades que se desarrollan, a lo que hay que añadir además, el factor tiempo que es siempre muy escaso. Los macromontajes de los que disfruta el público en general, son el resultado del trabajo de decenas de personas que ejecutan tareas duras, sacrificadas y peligrosas.

Dentro del sector del espectáculo, se pueden distinguir claramente dos perfiles entre los trabajadores. Por un lado, los altamente cualificados, trabajando exclusivamente en el sector que nos ocupa, con una especialización funcional adquirida mediante su experiencia profesional y que se ocupan de los trabajos de alto riesgo, y por otro, aquellos que apenas tienen cualificación para el desarrollo de las tareas que desempeñan. Suelen ser jóvenes con dedicación temporal a este trabajo, y que lo compaginan con otros trabajos o estudios y con escasa formación profesional y en materia preventiva¹⁷². Estos trabajos conllevan actividades tales como descarga de camiones, manejo de carretillas elevadoras y otra maquinaria pesada en recintos cerrados, incluso el montaje de torres o techos que pueden alcanzar los 30 metros de altura, sin colocar una red de protección. Estas funciones deben ser desempeñadas por especialistas y deben ir equipados con sus EPI's (Equipos de protección individual) correspondientes, y certificar que disponen de esa formación específica y adecuada

para el puesto de trabajo que van a desarrollar. Del mismo modo no deben estar bajo los efectos de ninguna sustancia que pudiera hacer que su eficacia, sus reflejos y su capacidad de reacción se vieran mermados. Se trata de sustancias estupefacientes o de alcohol.

El técnico de riesgos laborales dentro de este sector, se encargará de realizar una exhaustiva coordinación de actividades empresariales² (CAE) y de velar por la seguridad de todos los trabajadores, tratando de evitar que alguno de los presentes no se encuentre en plenas condiciones para realizar su trabajo. Sin embargo, en el año 2006, durante el desmontaje en el estadio Vicente Calderón del concierto de celebración de *"40 años de los 40 principales"* un trabajador sufrió un accidente y fue golpeado con una barra de acero que lo dejó en estado de coma durante una semana para, finalmente, fallecer¹⁷³. Un año después, en el mismo recinto, durante el desmontaje del concierto de los Rolling Stones, una de las vigas que sustentaban la estructura del escenario se vino abajo y murieron dos trabajadores y otros dos resultaron heridos de gravedad. De estos últimos, uno quedó parapléjico¹⁷⁴. En el año 2009 otro accidente en Marsella se cobró la vida de un operario durante el montaje del concierto que Madonna debía ofrecer a sus seguidores en esa ciudad¹⁷⁵. Además, cuando realizamos la revisión bibliográfica oportuna, se observa que en caso de accidente, estos suelen tener un final trágico, por ello es importante destacar el gran número de personas que consumen todo tipo de sustancias antes, durante y después de su jornada laboral para poder llegar a establecer una relación entre la siniestralidad y el consumo de sustancias (Tabla 10).

Tabla 10. Accidentes de Trabajo en el sector del espectáculo en los últimos 10 años

Evento	Ciudad	Lugar	Año	Clasificación	Consecuencia	Fuente
40 años de los 40 principales	Madrid	Estadio Vicente Calderón	2006	Accidente*	1 fallecido	La voz de Galicia ¹⁷³
Rolling Stones	Madrid	Estadio Vicente Calderón	2007	Accidente	2 fallecidos 1 parapléjico 1 herido	El mundo ¹⁷⁴
Madonna	Marsella	Vélodrome	2009	Accidente	2 fallecidos 9 heridos	Europapress ¹⁷⁵
Jovanotti	Trieste	Palacio deportivo Palatrieste	2011	Accidente	1 fallecido Varios heridos	La Segunda ¹⁷⁶
Radiohead	Toronto	Downsview Park	2012	Accidente	1 fallecido 2 heridos	Europapress ¹⁷⁷
Laura Pausini	Reggio Calabria	Palacio de los Deportes	2012	Accidente	1 fallecido	Europapress ¹⁷⁸
Manuel Carrasco	Huelva	Palacio de los Deportes	2016	Accidente	2 heridos	Diario de Jerez ¹⁷⁹
Eros Ramazzoti	Barcelona	Palau Sant Jordi	2010	Accidente** Blanco	-	El Periódico ¹⁸⁰
Zarzuela “La Chulapona”	Oviedo	Teatro Campoamor	2011	Accidente Blanco	-	Lne.es ¹⁸¹

FUENTE: Elaboración propia a partir de diversas noticias recopiladas. *Accidente: “toda lesión corporal que el trabajador/a sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”¹⁹ **Accidente Blanco o Incidente: “En general se denomina incidente “cualquier suceso no esperado ni deseado que no dando lugar a pérdidas de la salud o lesiones a las personas puede ocasionar daños a la propiedad, equipos, productos o al medio ambiente, pérdidas de producción o aumento de las responsabilidades legales”¹⁸²

Ante esta situación el técnico de prevención de riesgos laborales no puede actuar solo, si el trabajador se presenta en malas condiciones, o si se le coge *in fraganti* en su horario de trabajo, se le podrá detener para que no siga trabajando. Aunque, bien es sabido por todos, que estos trabajos son itinerantes y que muchos de los trabajadores están hoy en un evento y tras descansar un par de horas, entrarán a trabajar de nuevo como si su jornada empezara de cero y pensando que se encuentran en perfectas facultades para desempeñar las funciones que se les encomienden. Para mantenerse despiertos, se ayudan de drogas que harán que el cansancio pase desapercibido pero

que mermará su estado de alerta. El instituto de seguridad e higiene en el trabajo y por consiguiente los técnicos que harán las inspecciones a los lugares de trabajo, no tienen permitido hacer controles de alcoholemia o de estupefacientes¹⁸³. Estas situaciones de riesgo provocadas en su mayoría por los tiempos tan ajustados en los que se trabaja y que avocan al trabajador al consumo para poder mantener el ritmo de trabajo que se le exige, se podría controlar desde el Ministerio de industria, que es quien otorga los permisos para que un evento se desarrolle en una ciudad hoy y mañana en otra, a sabiendas de que los trabajadores tendrán que viajar con los elementos que precise el espectáculo. Aunque muchas veces, es el propio Ministerio de Industria quien está cogido de pies y manos porque es la propia gira quien marca las fechas de los eventos, y la promotora ha comprado esas fechas y no está dispuesta a perder dinero, por lo que el evento se llevará a cabo bajo cualquier circunstancia.

Por todo lo anteriormente descrito, y dado la gravedad del problema y la poca documentación encontrada acerca de este colectivo, así como los pocos estudios que se han realizado para con estos trabajadores, como enfermera y técnico superior en prevención de riesgos laborales encuentro una motivación para desarrollar un intervención breve de enfermería para tratar de conseguir que estos trabajadores que se encuentran en un estado de precontemplación, pasen a un estado de contemplación mediante una entrevista motivacional adaptada en tiempo y forma a sus necesidades.

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1 HIPÓTESIS

Las hipótesis que se plantearán en el trabajo son las siguientes:

- 1) La prevalencia del consumo de cannabis, cocaína y alcohol entre los trabajadores del sector laboral del espectáculo es superior a la prevalencia media del resto de sectores laborales.
- 2) La intervención breve de enfermería, producirá un cambio de estado según el modelo transteórico de las etapas de cambio, y mejorará la motivación por el deseo de dejar de consumir.
- 3) Una intervención motivacional breve de enfermería, producirá un efecto de disminución en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de los trabajadores del sector del espectáculo.
- 4) La percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de los trabajadores del sector del espectáculo está por debajo de la calidad de vida relacionada con la salud de los trabajadores que prestan sus servicios en otros sectores laborales diferentes al estudiado.

4.2 OBJETIVOS PRIMARIOS

- 1) Evaluar la eficacia de una intervención breve de enfermería, sobre la motivación para el cambio en trabajadores consumidores de drogas del sector del espectáculo.
- 2) Demostrar que la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de los trabajadores del espectáculo disminuye tras una intervención breve de enfermería.

4.3 OBJETIVOS SECUNDARIOS

- 1) Determinar la prevalencia del consumo de cannabis, cocaína y alcohol en este sector.
- 2) Determinar los motivos que llevan a los trabajadores del sector del espectáculo a consumir cannabis, cocaína y alcohol.
- 3) Analizar el efecto de una intervención breve de enfermería en la calidad de vida de estos trabajadores.
- 4) Analizar el efecto de una intervención breve de enfermería en la motivación al cambio respecto al consumo de alcohol, cannabis y cocaína, así como analizar la co-influencia en dicho cambio de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud.

5.MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio de diseño mixto con un enfoque cuantitativo y cualitativo.

La parte descriptiva transversal^{184,185}, se llevará a cabo mediante la administración de un cuestionario *ad hoc* a través del cual, se recogerán datos referentes al consumo de cannabis, cocaína y alcohol que realizan. Por otro lado, el componente analítico longitudinal o diseño pre-post^{184,185}, servirá para comprobar que la intervención motivacional breve de enfermería influirá en la percepción que tienen de su propia calidad de vida y si se aprecian cambios en su motivación por el cambio. Es precisamente esta intervención motivacional breve de enfermería la que se ha construido en el marco de un paradigma interpretativo (vertiente cualitativa del estudio) ya que intenta comprender el fenómeno desde la perspectiva de los trabajadores participantes, dándole voz a los mismos en la propia intervención.

5.2 ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL ESTUDIO

El ámbito de aplicación del estudio fue el de los trabajadores en activo dentro del sector del espectáculo y que se encontraron en el momento de la recogida de datos y de la intervención trabajando en el desarrollo de un evento y que confirmen ser consumidores de algunas de las sustancias en las que se ha centrado el estudio.

Estos trabajadores eran autónomos o estaban dados de alta en el régimen general de la seguridad social como trabajadores por cuenta ajena y cumplen con los requerimientos en materia de prevención de riesgos laborales establecidos por el coordinador de actividades empresariales designado para el evento. Estos requerimientos son: tener formación e información acorde al puesto de trabajo que ocupan, tener el reconocimiento médico en regla y disponer de los equipos de protección individuales requeridos para el trabajo que desempeñan. Así mismo, cada empresa a que pertenecían los trabajadores, debía estar al corriente de pago de la seguridad social, no tener ningún tipo de deuda pendiente con hacienda, tener contratado un seguro de responsabilidad civil, tener establecida una modalidad preventiva y disponer de una evaluación de riesgos laborales para los puestos de trabajo de los que es proveedor^{186,187}.

5.2.1 TIPO DE MUESTREO

Para el estudio se utilizó un muestreo no probabilístico de conveniencia, de tal forma que los elementos son elegidos mediante técnicas no aleatorias, se piden voluntarios, cada elemento tiene diferente probabilidad^{188,189}.

5.2.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

La población diana fue:

- c.1.) Todos los trabajadores del sector del espectáculo.
- c.2.) Ambos sexos.
- c.3.) Edades comprendidas entre los 18 y los 65 años.
- c.4.) Que trabajasen en el sector del espectáculo, indistintamente del puesto que desempeñasen pero que cumplan las condiciones anteriormente expuestas y que vienen marcadas por el cumplimiento de la LPRL. Para la etapa 1, dado que lo que se buscaba era describir la

población a estudio, se aceptaron trabajadores que estuvieran sin contrato. Para la etapa 2, debían estar bajo el régimen de la Seguridad Social que les pertocaba.

- c.5.) Que otorgasen su consentimiento verbal para realizar el cuestionario de la Etapa 1 y que consintieran firmar un consentimiento escrito y firmado para participar en la Etapa 2.
- c.6.) Para participar en la segunda parte del estudio, el trabajador debía admitir ser consumidor de al menos una de las tres sustancias en las que se centra el estudio.

Los criterios de exclusión vinieron impuestos por aquellos trabajadores que, aun cumpliendo con los criterios de inclusión, no quisieron participar voluntariamente en el estudio y por lo tanto rehusaron a firmar el consentimiento informado. Además fueron excluidos del estudio aquellos trabajadores que no entendían el castellano y/o que fueran analfabetos por no poder cumplimentar el cuestionario.

5.2.3 TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra inicial se calculo según^{190,191}:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Siendo:

N = Total de la población. En este caso se usaron los datos del Instituto Nacional de Estadística, tomando como referencia el sector de “actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento”¹⁹². N = 73.000

$Z_{\alpha} = 1,96$ (para una seguridad del 95,5%).

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0,05).

q = (1-p). En este caso 1-0,05= 0,95.

d= precisión. Se utilizó una precisión del 3% = 0,03.

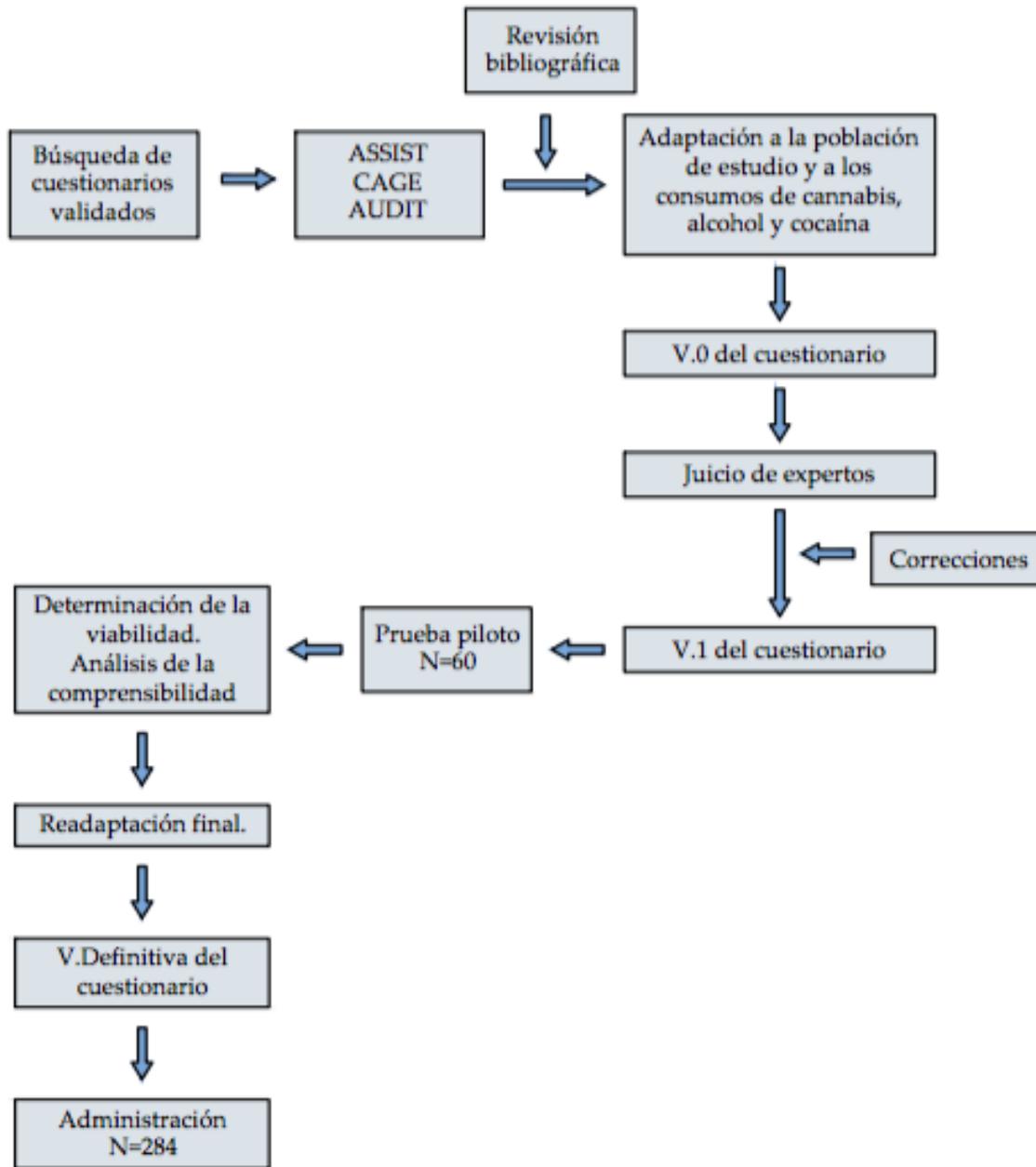
Para la fase del cuestionario *ad-hoc* se estimó una muestra de 203 trabajadores que cumplan con los criterios de inclusión citados anteriormente: estar dado de alta en la seguridad social, tener formación e información en el puesto de trabajo que desempeñan, estar en posesión de la aptitud médica y poseer equipos de protección individual. Teniendo en cuenta que puede haber un 15% de pérdidas, la muestra final debía de ser de 234 trabajadores, siendo finalmente la muestra de 284 participantes. En la fase de la intervención se hicieron grupos de hasta 10 trabajadores hasta conseguir realizar la intervención con un total de 50 para facilitar la recogida de impresiones de los mismos y evitar que los trabajadores se encontrasen incómodos.

5.3 ETAPAS DEL ESTUDIO

5.3.1 ETAPA 1

La primera parte del estudio se llevó a cabo mediante una encuesta con un cuestionario autoadministrado *ad-hoc* para conocer los hábitos de consumo y las variables sociodemográficas y laborales de la población.

El cuestionario está compuesto por 31 ítems de respuesta cerradas (Anexo 1). Este instrumento se diseñó a partir de los cuestionarios validados ASSIST (prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias)^{193,194}, CAGE (Screening de alcoholismo)¹⁹⁵ y AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)¹⁹⁶, seleccionando aquellas preguntas que se ajustaban a la población a la que posteriormente iría dirigido, y al consumo de las sustancias que se exploran en el presente estudio. La elaboración del cuestionario se llevó a cabo mediante el proceso descrito en la Figura 28. En la Tabla 11 se muestran los perfiles de los expertos que revisaron el cuestionario en su versión V.0.



FUENTE: Elaboración propia. (V=Versión)

Figura 28. Proceso de elaboración del cuestionario ad hoc

Tabla 11. Relación de expertos revisores del cuestionario *ad hoc*

EXPERTO	RELACIÓN CON EL TEMA DE ESTUDIO
EXPERTO 1	Profesional del Plan Municipal de Drogodependencias (PMD) de la Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA-Valencia)
EXPERTO 2	Médico responsable de la unidad de conductas adictivas de uno de los Hospitales Públicos de la Provincia de Castellón.
EXPERTO 3	Doctora en Farmacia, docente-investigador de Universidad con estudios sobre el efecto del etanol en el cerebro de las ratas.
EXPERTO 4	Licenciada en Farmacia y Doctora en Ciencias Químicas, docente-investigador de Universidad con amplia trayectoria en el ámbito de la Farmacología.
EXPERTO 5	Doctora en Ciencias Biológicas, docente-investigador de Universidad con estudios sobre el efecto de la cocaína y el alcohol a nivel cerebral y conductual.

Finalizadas las revisiones, se realizó una prueba piloto de la versión V.1 del cuestionario administrándolo a 60 personas. En esta prueba se comprobó el tiempo que tardaban en responder los encuestados al mismo y, la comprensión de las preguntas. De esta prueba se determinó que el tiempo medio que necesitaría cada persona para acabar el cuestionario es de 20 minutos y, se determinó que las preguntas 11 y 16 aportaron información redundante y servirían como control, para saber si el encuestado estaba siendo sincero en sus respuestas.

5.3.1.1 Recogida de datos

Se procedió a la administración del cuestionario (Anexo 1), suministrándolo a 284 sujetos participantes, entre los meses de abril del 2015 y mayo de 2016, durante los trabajos de montaje y desmontaje en los eventos y fechas que se muestran en la Tabla 12 y Figura 29. El análisis de estos resultados, nos dará información acerca de datos sociodemográficos, condiciones laborales y de hábitos de consumo así como de la percepción del riesgo que estos consumos pueden suponerle al trabajador encuestado.

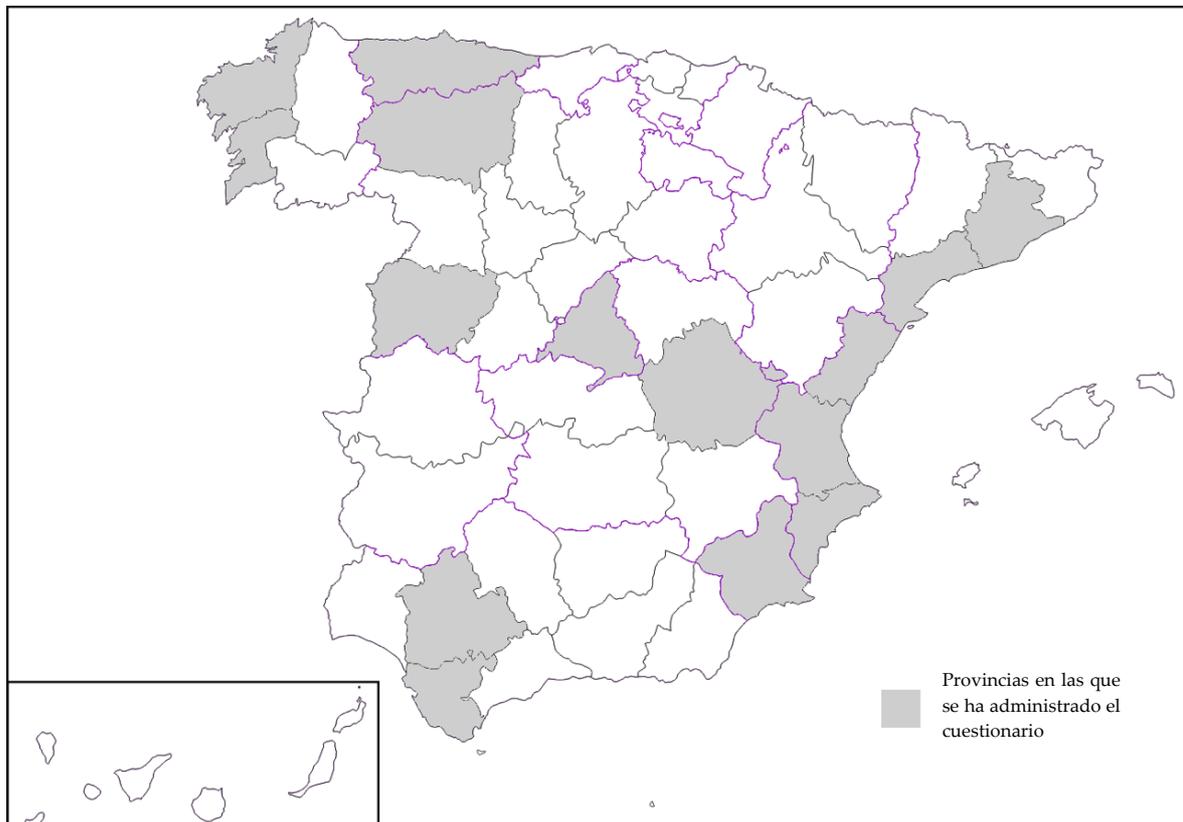
Tabla 12. Eventos y ciudades donde se han llevado a cabo las recogidas de cuestionarios

EVENTO	FECHA	CIUDAD
MBC Festival	Abril 2015	Sagunto (Valencia)
Joaquín Sabina	Abril 2015	Valencia
SOS 4.8	Abril 2015	Murcia
Primavera Sound	Mayo 2015	Barcelona
Street League	Mayo 2015	Barcelona
El Barrio	Mayo 2015	Almazora (Castellón)
Evento corporativo BP	Junio 2015	Barcelona
Sonar	Junio 2015	Barcelona
Electroplash	Julio 2015	Vinaroz (Castellón)
FIB	Julio 2015	Benicasim (Castellón)
Cultura Inquieta	Julio 2015	Madrid
Melendi	Agosto 2015	Vall D'uíxó (Castellón)
El Barrio	Agosto 2015	Minglanilla (Cuenca)
Rototom Sunsplash	Agosto 2015	Benicasim (Castellón)
Evento corporativo Cepsa	Septiembre 2015	Cádiz
Evento corporativo BBVA	Septiembre 2015	Madrid
Cómplices de Mahou	Noviembre 2015	Santiago de Compostela, Madrid, Salamanca, Vigo, Gijón, Oviedo, León
Evento Corporativo Asus	Diciembre 2015	Barcelona, Paredes (Asturias), Leganés (Madrid),
Evento corporativo Barça	Enero 2016	Barcelona
Evento corporativo R. Madrid	Febrero 2016	Madrid
Evento corporativo Valencia	Marzo 2016	Valencia
Evento corporativo Banco Popular	Abril 2016	Madrid
Evento corporativo Vodafone	Abril 2016	Madrid
Silvio Rodríguez	Abril 2016	Barcelona-Valencia
Exposición Titanic	Abril 2016	Tarragona
Evento corporativo Renault	Mayo 2016	Sevilla
Bruce Springsteen	Mayo 2016	Barcelona
Primavera Sound	Mayo 2016	Barcelona
Street League	Mayo 2016	Barcelona
Sociedad Alkolica	Junio 2016	Segorbe (Castellón)
Rock Fest	Junio 2016	Madrid
A Summer Story	Junio 2016	Madrid
Il Divo	Junio 2016	Barcelona
Sonar	Junio 2016	Barcelona
Conciertos Cadena Dial	Julio 2016	Tarragona
Electroplash	Julio 2016	Vinaroz (Castellón)
Arenal Sound	Julio 2016	Burriana (Castellón)

FIB	Julio 2016	Benicasim (Castellón)
Rototom Sunsplash	Agosto 2016	Benicasim (Castellón)
Slime Fest	Agosto 2016	Benicasim (Castellón)
Coca Cola Music Experince	Agosto 2016	Alicante
Free Yoga Oysho	Septiembre 2016	Barcelona
Conciertos de la Alhambra	Septiembre 2016	Valencia
Ara Malikian	Septiembre 2016	Valencia
Red Hot Chilli Peppers	Octubre 2016	Barcelona
South Summit	Octubre 2016	Madrid
Evento corporativo Ferrovial	Octubre 2016	Madrid

FUENTE: Elaboración propia.

NOTA: A partir de Mayo del 2016, las ciudades que aparecen son aquellas de las que se reclutaron trabajadores para poder realizar la segunda fase del estudio.



FUENTE: Elaboración propia.

Figura 29. Mapa de España con provincias en las que se administró el cuestionario

5.3.2 ETAPA 2

Tras esta fase, se seleccionaron 50 trabajadores consumidores de cannabis, alcohol y/o cocaína, los cuales participaron en la intervención de enfermería. Previa a la intervención, se administraron además los cuestionarios EQ-5D¹⁹⁷ (Anexo 2), Sócrates^{143,198} (Anexo 3), y TECVASP^{199,200} (Anexo 4), para comparar los resultados pre-post intervención. El cuestionario EQ-5D es una herramienta para la medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en atención primaria. Para su utilización se han solicitado los permisos correspondientes a *The EuroQol Research Foundation*. El cuestionario Sócrates mide el uso personal de las drogas y es una herramienta validada y de libre acceso. Por último, el TECVASP es un test validado para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas y cuyos autores, tras contactar con ellos, remitieron la documentación necesaria para pasar dicho test a la población a estudiar. Esta población se seleccionó durante los meses de mayo a octubre de 2016 (Tabla 12).

La Etapa 2 consistió en una la realización de una intervención de enfermería basada en los NIC¹. Una semana después de la intervención, se administraron nuevamente los cuestionarios, para comprobar si la intervención ha sido efectiva.

La intervención que se realizó en este estudio parte de la base de los diagnósticos NANDA, bajo los cuales se recogen los trabajadores del sector del espectáculo. En el punto 6.1 se describen dichos diagnósticos. Esta intervención es una adaptación de la terapia psicoeducativa motivacional breve (TPMB)¹⁴⁴ desarrollada por Haro et al (2006). La intervención tuvo una duración media de 90 minutos y siguió la estructura descrita en la Tabla 13.

¹ NIC: Intervenciones de enfermería: cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente²⁶².

Tabla 13. Estructura de la Intervención de Enfermería Breve

LLUVIA DE IDEAS: ¿QUÉ ES PARA TI LA SALUD?	5'
Definición y concepto de salud, estilos de vida y prevención	5'
Análisis del caso del accidente de los Rolling Stones	10'
Debate sobre los hábitos de consumo.	12'
CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS	10'
Lluvia de ideas: Tipos de drogas conocidas por los participantes.	10'
Etapas de la drogadicción	10'
Consecuencias del consumo de drogas	10'
Etapas de cambio	10'
DINÁMICA: VERDADERO/FALSO	8'

FUENTE: Elaboración propia y adaptación de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve¹⁴⁴.

La intervención con los consumidores se llevó a cabo en horarios en los que no se entorpeciera su jornada laboral, puesto que estos trabajadores, independientemente del tipo de contrato que se les haya hecho, su remuneración es directamente proporcional a las horas de trabajo que han realizado: si trabajan 12 horas, cobrarán 12 horas. Por este motivo, se concretó la cita con los grupos de intervención cuando acaban el turno de trabajo.

Se llevaron a cabo un total de 7 grupos de intervención en fechas comprendidas entre mayo del 2016 y Octubre del 2016 y los trabajadores pertenecían a los eventos que se indican en la Tabla 12. Durante la realización de cada intervención y a través de la estructura de la misma, se les dio voz para que manifestaran sus percepciones y sus significados a la problemática del consumo de drogas en el sector laboral del espectáculo y, a partir de estas manifestaciones, la investigadora realizó interpretaciones de manera conjunta con los implicados para detectar significados y motivaciones.

5.3.3 VARIABLES DE ESTUDIO

En la Tabla 14 se presentan la clasificación de cada variable.

Tabla 14. Descripción de las diferentes variables del estudio

CLASE	VARIABLE
Cualitativa Dicotómica Nominal	Sexo
	Consideración consumidor actualmente
	Lugar de consumo
Cuantitativa	Facilitador de sustancias
	Edad
	Cantidad consumida ayer
	Puntuación en calidad de vida EQ-5D
	Puntuación en calidad de vida TECVASP
	Puntuación en precontemplación: ambivalencia
	Puntuación en contemplación
Puntuación en acción	
Cualitativa Politómica Ordinal	Nivel de estudios
	Peligrosidad laboral
	Consumo alguna vez en la vida
	Consumo en los últimos tres meses
	Percepción de riesgo en el consumo propio
	Reducir el consumo en los últimos 3 meses
Cualitativa Politómica Nominal	Conocimiento sobre si existen o no trabajadores consumidores en su entorno laboral
	Convivencia
	Puesto de trabajo
	Razones por las que eligió este tipo de trabajo
	Situación contractual
	Nocturnidad
	Rendimiento superior
	Turnicidad
	Jornadas prolongadas
	Condiciones extremas de calor o frío
	Motivos por los que consume
Problemas derivados del consumo	
Opinión sobre la importancia del problema del consumo de alcohol y otras drogas en el entorno laboral.	

5.3.3.1 Descriptivos sociodemográficos

- Sexo: hombre o mujer.
- Edad: Se transcribirá la edad a año vencido.
- Nivel de estudios: sin estudios o con EGB/ESO; Bachiller/COU, FP1/Ciclo Formativo de Grado Medio o FP2/Ciclo Formativo de Grado Superior; Universitarios.
- Convivencia: solo, familia propia o personas no emparentadas.

5.3.3.2 Descriptivos laborales

- Puesto de trabajo: Puesto de oficina (RRHH, producción), puestos relacionados con el montaje del propio escenario (carga y descarga, rigger, scaffolder, climber, electricista), conductor de maquinaria (carretilla elevadora, plataformas elevadoras móviles para personas, runners), otros (seguridad, controladores de accesos, barras).
- Razones por las que eligió este tipo de trabajo: Estudiante, trabajo habitual, estaba en paro, disfruta, otros motivos.
- Situación contractual: NS/NC, sin contrato, temporal de menos de 6 meses, temporal de entre 6 y 12 meses, temporal de 12 meses o más, por obra o servicio, indefinido.
- Nocturnidad: NS/NC, siempre, frecuentemente, con bastante o alguna frecuencia, de vez en cuando, nunca.
- Turnicidad: NS/NC, siempre, frecuentemente, con bastante o alguna frecuencia, de vez en cuando, nunca.
- Peligrosidad laboral: NS/NC, extrema, alta, media, baja, nula.
- Rendimiento superior: NS/NC, muchas veces, bastantes veces, algunas veces, muy pocas veces, nunca.
- Jornadas prolongadas: NS/NC, muchas veces, bastantes veces, algunas veces, muy pocas veces, nunca.

- Condiciones extremas de calor o frío: NS/NC, siempre, frecuentemente, con bastante o alguna frecuencia, de vez en cuando, nunca.

5.3.3.3 Descriptivos de los hábitos de consumo

- Consumo alguna vez en la vida de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos, otras drogas.
- Consumo en los últimos tres meses de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos, otras drogas.
- Percepción de riesgo en el consumo propio de tabaco: bajo, moderado, alto.
- Percepción de riesgo en el consumo propio de alcohol: bajo, moderado, alto.
- Percepción de riesgo en el consumo propio de cannabis: bajo, moderado, alto.
- Percepción de riesgo en el consumo propio de cocaína: bajo, moderado, alto.
- Reducir el consumo en los últimos 3 meses de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos, otras drogas.
- Cantidad de alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos, otras drogas consumidas en el día de ayer.
- Lugar de consumo: en el trabajo o fuera.
- Facilitador de sustancias: compañeros de trabajo, otras personas.
- Motivos por los que consume: escapar de problemas, placer, aburrimiento, mejorar el rendimiento, sociabilizarse, enfermedad.
- Problemas derivados del consumo: familiares, laborales.
- Conocimiento sobre si existen o no trabajadores consumidores en su entorno laboral: NS/NC, no, alguno, bastantes.
- Opinión sobre la importancia del problema del consumo de alcohol y otras drogas en el entorno laboral: NS/NC, nada importante, poco importante, bastante importante, muy importante.

5.3.3.4 Variables dependientes evaluadas pre y post intervención

- Puntuación en calidad de vida en el cuestionario EQ-5D¹⁹⁷.
- Puntuación en calidad de vida para adictos a sustancias psicoactivas ¹⁹⁹.
- Puntuación en precontemplación: puntuación centil en ambivalencia en el cuestionario SOCRATES 8D²⁰¹.
- Puntuación en contemplación: puntuación centil en reconocimiento en el cuestionario SOCRATES 8D²⁰¹.
- Puntuación en acción: puntuación centil en adopción de medidas en el cuestionario SOCRATES 8D²⁰¹.
- Fase motivacional: si el sujeto está en precontemplación, contemplación o acción, asignándole la fase en la que haya presentado mayor puntuación centil en el cuestionario SOCRATES 8D²⁰¹ y en caso de empate la más avanzada.

5.4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.

Se procedió al análisis de los mismos diferenciando las etapas descritas anteriormente.

5.4.1 ETAPA 1

La primera etapa del estudio comprendió tanto la parte cualitativa como cuantitativa de la investigación. Esto permitió poder valorar a los participantes desde el punto de vista enfermero.

La justificación de optar por una metodología mixta ha sido por considerar que una fuente de datos podría ser insuficiente para comprender el problema. Los datos cuantitativos proporcionan información detallada de un problema, mientras que los datos cualitativos proporcionan una comprensión holística (en este estudio motivaciones y significados) de un problema. Esta comprensión cualitativa surge del estudio de unos pocos individuos y de la exploración de sus puntos de vista en gran profundidad, mientras que en el enfoque cuantitativo la comprensión surge del examen de un mayor número de personas y la evaluación de las respuestas a las variables descritas en el punto anterior.

5.4.1.1 Valoración de la población desde el punto de vista enfermero

La valoración de enfermería, como ya se ha explicado, es el punto de partida para cualquier intervención de enfermería que se preste⁵. Esta valoración tiene como objetivo el poder dictaminar unos diagnósticos de enfermería sobre los que se cimentarán las bases de los objetivos (NOC) y las intervenciones (NIC) que se plantearán para con cada paciente de manera individual¹⁵⁷. Marjory Gordon (1911-2015)^{150,157}, fue la creadora de la teoría de valoración de enfermería conocida como

patrones funcionales de salud de Gordon (*Gordon's functional health patterns*), siendo además la primera presidenta de la NANDA.

Desde el punto de vista de la enfermería, el hecho de valorar al paciente por Patrones Funcionales de Marjory Gordon enriquece el proceso con una serie de ventajas: esta valoración por patrones pueden ser utilizados para cualquiera de los modelos de enfermería existentes (naturalista, de adaptación o de suplencia o ayuda), los patrones encajan perfectamente en el entorno de la atención primaria y/o comunitaria, permitiendo realizar una valoración ordenada y completa, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, sea cual sea la edad del individuo a valorar, en situaciones de salud, para educar y prevenir, o enfermedad; por último, la valoración a través de patrones funcionales, consigue que la fase de diagnóstico (siguiente fase del proceso de atención de enfermería) sea más fácil de realizar ya que está en el origen de la clasificación de la NANDA.

Puesto que no hay estudios que revelen si sería mejor trabajar mediante los patrones funcionales o utilizando las 14 necesidades básicas que planteó Virginia Henderson^{161,202}, se opta por la valoración de patrones funcionales ya que cuando la enfermera tiene que realizar un PAE y comienza a valorar al paciente, se encuentra con que Marjory Gordon define los patrones como una serie de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que harán que la salud del paciente, su calidad de vida y su potencial humano², que sean de mejor calidad.

El modelo de los 11 patrones de Marjory Gordon (Tabla 15), divide el funcionamiento fisiológico del cuerpo humano de manera estructurada, y, por lo tanto, no se pueden entender de forma aislada. Entre los 11 patrones hay una relación lógica ya que considera a la persona como un TODO indivisible^{192, 193, 194}. La valoración de los trabajadores del sector del espectáculo por patrones funcionales podría desvelar las carencias o problemas a los que se enfrenta este estudio.

²Presentes a lo largo de la vida del individuo sin considerar la edad, los cuidados a los que ha sido sometido o la patología de base que tiene el paciente. independencia de la edad, el nivel de cuidados ó la patología.

Tabla 15. Patrones Funcionales según Marjory Gordon

PATRÓN FUNCIONAL	DENOMINACIÓN
Patrón 1	Percepción - manejo de la salud
Patrón 2	Nutricional - metabólico
Patrón 3	Eliminación
Patrón 4	Actividad - ejercicio
Patrón 5	Sueño - descanso
Patrón 6	Cognitivo - perceptual
Patrón 7	Autopercepción – autoconcepto
Patrón 8	Rol - relaciones
Patrón 9	Sexualidad - reproducción
Patrón 10	Adaptación - tolerancia al estrés
Patrón 11	Valores - creencias

FUENTE: Elaboración propia a partir de "Nursing Diagnoses and the Diagnostic Process"²⁰³ y "Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente"²⁰⁵.

Por lo tanto se estudiaron los diagnósticos NANDA más afectados en los participantes y las manifestaciones clínicas. Con los cuestionarios administrados y a través de la observación participante/entrevistador, se pudieron describir los diagnósticos de enfermería presentes en esta población.

5.4.2 ETAPA 2: RECOGIDA DE DATOS ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

5.4.2.1 Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud EQ-5D.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) representa la ausencia de enfermedad y el estado de bienestar tanto físico como social de una persona²⁰⁶. Medir la CVRS²⁰⁷ en el contexto clínico puede hacer que el paciente consiga mejores resultados en un tratamiento que se esté llevando a cabo puesto que los datos obtenidos de esta medida pueden aportar resultados claros sobre tres dimensiones básicas en el ser humano: física, psicológica-cognoscitiva y social²⁰⁸.

El cuestionario EQ-5D se utiliza como instrumento para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) percibida por el propio individuo que se somete

al estudio²⁰⁹. Esta herramienta de medida, aceptada internacionalmente, está validado, como se ha citado con anterioridad, en español²¹⁰. Para hacer uso del cuestionario se solicitaron los permisos oportunos a la página de EUROQOL. El EQ-5D tiene dos versiones. En la realización del presente estudio se ha utilizado la versión 3L que consiste en un cuestionario de dos partes. En la primera parte se muestra el sistema descriptivo EQ-5D de clasificación multiatributo compuesto por 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) (Figura 30), y en cada una de ellas existen 3 niveles de gravedad: sin problemas, algunos problemas y muchos problemas. La segunda parte es una escala visual analógica graduada de 0 (peor estado de salud imaginable) a 10 (mejor estado de salud imaginable). El propio trabajador encuestado valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) y luego en una escala visual analógica (EVA) de evaluación más general.



Fuente: Elaboración propia a partir del manual de usuario del EQ-5D-3L²¹¹.

Figura 30. Dimensiones de evaluación del estado de salud en EQ-5D

Un total de 243 estados de salud posibles se pueden definir con este cuestionario. Cada estado se define con un código de 5 dígitos. Cada nivel de gravedad está codificado por los números 1 (sin problemas), 2 y 3 (muchos problemas) por lo que cada una de las dimensiones adoptará un valor y dará lugar al código numérico. Por ejemplo el estado 11111 indicará que no tiene ningún tipo de problema, mientras que el

estado definido por el código 11223 indicará que no hay problemas en la movilidad y en el cuidado personal pero que se detectan algunos problemas en la realización de las actividades cotidianas y en el dolor y además quedará reflejado que hay un gran problema de ansiedad y/o depresión^{211,212}.

5.4.2.2 Cuestionario Sócrates de motivación para el cambio

La motivación para el cambio se evaluó mediante el cuestionario de uso personal de drogas SOCRATES 8D²¹³ (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale), el cual recoge el fundamento de las etapas de cambio que propusieron Prochaska y DiClemente¹⁴⁷. Este cuestionario está pensado para conseguir evaluar cuan preparados están los sujetos con problemas de adicción a sustancias sometidos a estudio, para conseguir un cambio en su estado motivacional.

Consta de 19 ítems con respuesta tipo Likert de 5 categorías (Muy en desacuerdo-Muy de acuerdo) y se obtienen las puntuaciones en tres dimensiones: ambivalencia, reconocimiento y adopción de medidas (correspondientes a las fases precontemplación, contemplación y acción).

Para analizar los resultados que se obtienen y correlacionar los mismos con los estadios de cambio, se construye una tabla de correspondencias en la que las puntuaciones que se asignan a cada una de las tres variables se reducen a dos (Alto y Bajo). Para las puntuaciones que obtienen un valor medio, se asignó uno a cada valor para poder distribuir los resultados del Reconocimiento (32 bajo y 33 alto). En la Ambivalencia (15) y Primeros Pasos (33), se consideraron valores altos ambos resultados¹⁹⁸. Para configurar la correlación con las etapas de cambio se reducen las mismas a tres: Precontemplación, Contemplación y Acción ya que la muestra en la que se centra el presente trabajo, son personas que antes de la intervención estarán mayoritariamente en la fase de precontemplación y lo que queremos es identificar si la intervención de enfermería tiene algún efecto en estos trabajadores que no reconocen ser pacientes. Por lo tanto aquellos trabajadores que obtengan un resultado bajo en la

variable reconocimiento de problemas o en ambivalencia estarán en la fase de precontemplación; aquellos que hayan iniciado el cambio y que tengan una puntuación alta en reconocimiento y ambivalencia serán considerados contemplativos y el resto se considera que están en la etapa de acción.

5.4.2.3 Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud para consumidores

Para poder utilizar el presente cuestionario, se escribió a los autores del mismo para que fueran ellos mismos los que permitieran su uso.

La utilización del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en adictos a sustancias psicoactivas (TECVASP)²⁰⁰ permite, en la consecución del presente estudio, disponer de una medida específica de la CVRS en drogodependientes, y que puede sufrir modificaciones una vez que se haya llevado a cabo sobre la muestra una intervención breve de enfermería.

El cuestionario, validado al igual que los dos anteriores, consta de 22 ítems de los cuales, 19 son positivos y 4 negativos (15, 19, 20 y 21). Cada uno de los ítems tiene 5 respuestas posible graduadas tal y como se muestra en la Tabla 16:

Tabla 16. Codificación de respuestas para el cuestionarios TECVASP

RESPUESTA	ITEMS POSITIVOS	ITEMS NEGATIVOS
NADA	5 Puntos	1 Punto
POCOA	4 Puntos	2 Puntos
A VECES	3 Puntos	3 Puntos
BASTANTE	2 Puntos	4 Puntos
MUCHO	1 Punto	5 Puntos

FUENTE: Elaboración propia a partir del TECVASP¹⁹⁹.

De esta forma una mayor puntuación en el cuestionario implica por lo tanto una mejor CVRS.

El cuestionario consta además de una segunda parte donde se recoge información sobre hábitos de consumo, inicio de los mismos y si están actualmente o no en tratamiento.

5.5 ASPECTOS ÉTICO-LEGALES DEL ESTUDIO

Para la realización de este estudio se han seguido los criterios éticos de los principios de la Declaración de Helsinki y el Convenio del Consejo de Europa²¹⁴. Por ello, el estudio fue presentado al Comité Científico del Hospital Provincial de Castellón y fue aprobado por el mismo.

La terapia motivacional que se realizará en el presente estudio es una terapia adaptada de una terapia ya validada por Doctores del Hospital Clínico de Valencia y se consultó a sus creadores sobre el uso y adaptación de la misma¹⁴⁴.

Para participar en la etapa del cuestionario *ad-hoc* se solicitó un consentimiento verbal a querer responder el mismo de forma anónima. Los cuestionarios EQ-5D, Sócrates y TECVASP así como la participación en la intervención, requirieron de la firma de un consentimiento informado por parte del trabajador participante (Anexo 5). Todos los datos sobre las variables de estudio recogidos, se introdujeron en la base de datos del estudio. El acceso a la base de datos es restringido y la información se almacenó de forma encriptada y disociada de la identidad del participante para garantizar la confidencialidad de los sujetos y el cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos²¹⁵, tal y como versa el artículo 2 de la misma:

Artículo 2. Ámbito de aplicación. La presente Ley Orgánica será de aplicación a los datos de carácter personal registrados en soporte aplicación. físico, que los haga susceptibles de tratamiento, y a toda modalidad de uso posterior de estos datos por los sectores público y

privado. Se regirá por la presente Ley Orgánica todo tratamiento de datos de carácter personal...

5.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El análisis de los datos fue realizado mediante los programa SPSS 19.0 y Microsoft Excel.

Tras el análisis descriptivo que caracteriza la población a la que hace referencia este estudio, se estimaron las prevalencias de consumo de cada una de las sustancias por las que se les preguntó según puesto de trabajo y condiciones laborales. Los trabajadores encuestados consumidores de alguna de las sustancias fueron relacionados con la percepción de riesgo que les supone el hecho de ser consumidores. Para el análisis de frecuencias de consumo en variables dicotómicas (si/no), se evaluó su significación estadística a partir de un contraste de hipótesis para dos porcentajes.

Posteriormente, la comparación entre la motivación por el cambio y la percepción de calidad de vida relacionada con la salud, antes y después de realizar la intervención motivacional breve de enfermería, se realizó, teniendo en cuenta la distribución normal de los datos, mediante comparación de dos medias, utilizando la t de student y el análisis de las varianzas, el análisis de la existencia de diferencias significativas entre los datos obtenidos del estado de motivación por el cambio y la percepción de calidad de vida. Para que la diferencia sea significativa, p valor deberá tomar un valor menor a 0,05.

5.6.1 FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO AD HOC

La fiabilidad se define como la ausencia relativa de errores de medición en un cuestionario o en otro instrumento que permita realizar una medición²¹⁶. El alfa de Cronbach es un coeficiente que toma valores entre 0 y 1. Cuanto más se aproxime al número 1, mayor será la fiabilidad del cuestionario (Tabla 17).

Tabla 17. Valores del alfa de Cronbach para el cuestionario utilizado en el estudio analizando todas las variables existentes.

FIABILIDAD	
Alfa Cronbach	Nº Items
0,484	89*
0,519	88**
0,648	87***

Fuente: Elaboración propia a partir de los cálculos realizados con el SPSS. *Valor del alfa de Cronbach teniendo en cuenta todas las variables del cuestionario. ** Valor de alfa de Cronbach eliminado la variable "año de nacimiento".

***Valor del alfa de Cronbach eliminado las variable "año de nacimiento" y "UBE's consumidos".

Con este resultado de alfa (0,648) Nunnally²¹⁷ sugiere que para las primeras fases de una investigación este valor sería aceptable aunque para considerar el cuestionario como bueno deberíamos obtener un valor $>0,8$. Dado que nuestro estudio no consiste en la validación de dicho cuestionario, aceptamos el valor del alfa para tenerlo en cuenta para futuras investigaciones.

6. RESULTADOS

6.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

De entre los 284 individuos estudiados, se han identificado 5 patrones de diagnósticos NANDA a partir del cuestionario *ad hoc* y de la observación y entrevista de los sujetos participantes (Tabla 18).

El patrón número 8, que trabaja los roles y las relaciones, aunque no aparece alterado, si hay diagnósticos a que tener en cuenta ya que estos trabajadores pueden caer en relaciones ineficaces para con otras personas que provocarían conflictos laborales y/o familiares²⁰³.

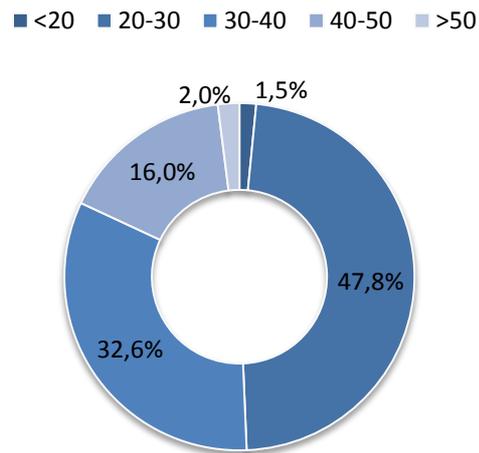
Tabla 18. Diagnósticos NANDA de enfermería identificados para la muestra.

PATRÓN	NANDA	FACTORES RELACIONADOS
<p>1. Percepción – manejo de salud</p> <p>Percepción individual de la salud y su estado de bienestar. Vela por el manejo relacionado con la salud del trabajador y todo lo que esté unido a un buen mantenimiento de la misma²⁰³.</p>	<p><u>00078</u> Gestión ineficaz de la salud.</p> <p><u>00099</u> Mantenimiento ineficaz de la salud. (Dependencia de sustancias).</p> <p><u>00188</u> Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.</p> <p><u>00215</u> Salud deficiente de la comunidad.</p>	<p>Conocimiento insuficiente sobre prácticas básicas de salud.</p> <p>Económicamente desfavorecidos.</p> <p>No hay disponible ningún programa para prevenir o reducir el problema de salud del colectivo.</p> <p>Abuso de sustancias.</p>
<p>5. Sueño – descanso</p> <p>Describe los hábitos de sueño-vigilia-descanso a lo largo de un día completo. Estudiará si la calidad del sueño es adecuada y si precisa de ayudas para dormir (tranquilizantes, sedantes)²⁰³.</p>	<p><u>00093</u> Fatiga.</p> <p><u>00095</u> Insomnio</p> <p><u>00098</u> Deterioro del mantenimiento del hogar.</p> <p><u>00198</u> Trastorno del patrón del sueño</p>	<p>Ansiedad.</p> <p>Factores ambientales.</p> <p>Factores estresantes.</p> <p>Modelo de rol inadecuado.</p> <p>Organización familiar insuficiente.</p> <p>Demandas ocupacionales.</p>
<p>7. Autopercepción - autoconcepto</p> <p>Demuestra la percepción de uno mismo y las actitudes acerca de los comportamientos individuales para consigo mismo²⁰³.</p>	<p><u>00126</u> Conocimientos deficientes.</p> <p><u>00153</u> Riesgo de baja autoestima situacional.</p>	<p>Alteración del rol social.</p> <p>Conocimiento insuficiente de los recursos.</p>
<p>8. Rol / Relaciones</p>	<p><u>00063</u> Procesos familiares disfuncionales.</p> <p><u>00229</u> Riesgo de relación ineficaz.</p>	<p>Abuso de sustancias.</p> <p>Habilidades de relaciones insuficientes.</p> <p>Personalidad adictiva.</p>
<p>10. Adaptación tolerancia al estrés</p> <p>Adaptación a los cambios y las habilidades de cada persona para controlar situaciones estresantes²⁰³ reveló que este sector laboral no está sometido a rutinas, lo que hace que este patrón se vea alterado en algunos aspectos.</p>	<p><u>00146</u> Ansiedad.</p> <p><u>00177</u> Estrés por sobrecarga.</p>	<p>Abuso de sustancias.</p> <p>Factores estresantes.</p> <p>Estresores repetidos.</p> <p>Recursos insuficientes.</p>

FUENTE: Elaboración propia a partir de NANDA 2015-017.

6.2 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

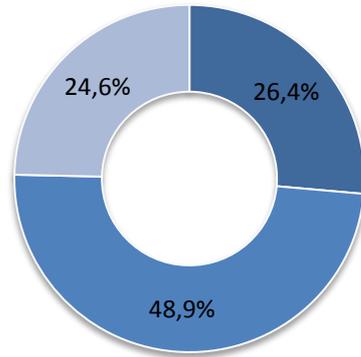
De los 284 trabajadores participantes, el 82,3% resultaron ser hombres y el 17,7% son mujeres, con una media de edad de 31,80 años, siendo entre 20 y 30 años el rango mayoritario con un 43,50% del total (Gráfica 6).



Gráfica 6. Distribución según edad de los sujetos participantes en el estudio

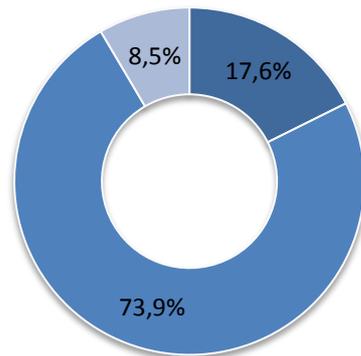
Aproximadamente tres cuartas partes de los trabajadores (74%) refieren tener algún tipo de estudios, siendo el porcentaje de mujeres con estudios del 96%, y de los hombres del 69%. El nivel de escolaridad de los trabajadores participantes varía entre no tener estudios o tener estudios primarios (26% de los encuestados) y estudios de nivel medio (ciclos formativos, el 49%). El 74% de los participantes en el estudio, refirieron vivir con sus familias (Gráficas 7 y 8).

■ NINGUNO O PRIMARIOS ■ BACHILLER O FP ■ SUPERIORES



Gráfica 7. Distribución según el nivel de estudios de los sujetos participantes en el estudio (N=284).

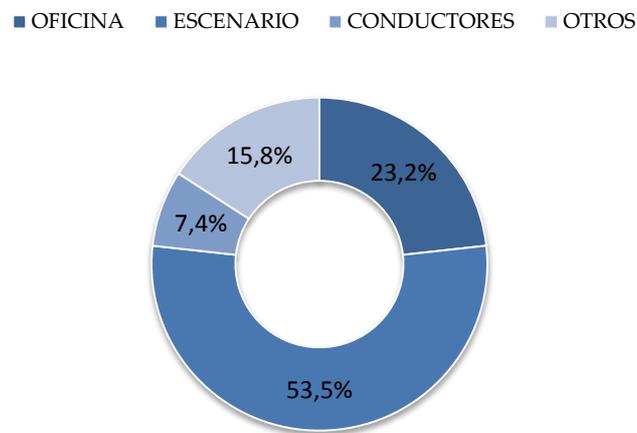
■ SOLO ■ FAMILIA ■ NO EMPARENTADOS



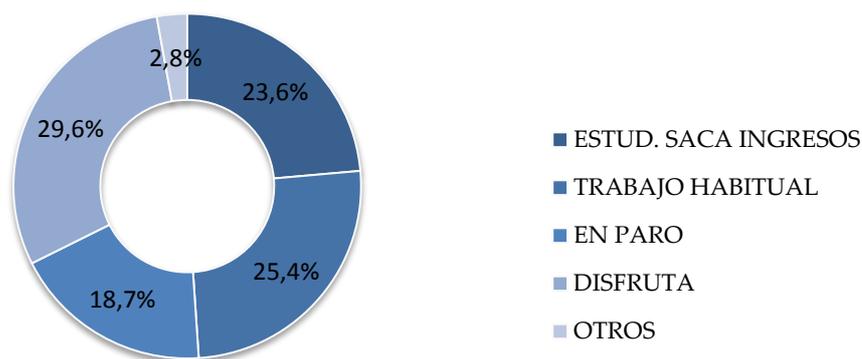
Gráfica 8. Distribución según las personas con las que conviven de los sujetos participantes del estudio (N=284)

6.3 CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES LABORALES DE LOS SUJETOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

El 53,5% ocupan puestos de trabajo relacionados con el escenario (carga y descarga, montadores, riggers, scaffolders, climbers, técnicos de sonido, iluminación, video), y el 23,2% ocupan puestos de oficina (producción, recursos humanos). Respecto a los motivos por los que han elegido este tipo de trabajo, el 30% manifiesta que es porque disfrutan haciendo este trabajo y el 25,35% es su trabajo habitual y el 50% restante aduce otros motivos (Gráficas 9 y 10).



Gráfica 9. Distribución de población a estudio según puestos de trabajo ocupados

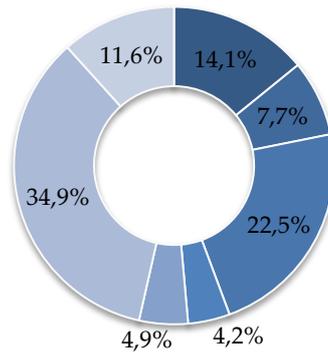


Nota: ESTUD. SACA INGRESOS = Es estudiante y con este trabajo saca unos ingresos

Gráfica 10. Distribución de la población a estudio según el motivo de elección de los puestos de trabajo

El 34,9% dicen tener un contrato por obra o servicio, mientras que el 21,81% de los encuestados dicen no tener contrato o no saber cuál es su relación contractual con la empresa. En la Gráfica 11 se muestran las diferentes condiciones de relación contractual del colectivo estudiado.

■ NS/NC ■ SIN CONTRATO ■ TEMPORAL <6 m. ■ TEMPORAL 6-12 m.
 ■ TEMPORAL >12 m. ■ OBRA Y SERVICIO ■ INDEFINIDO



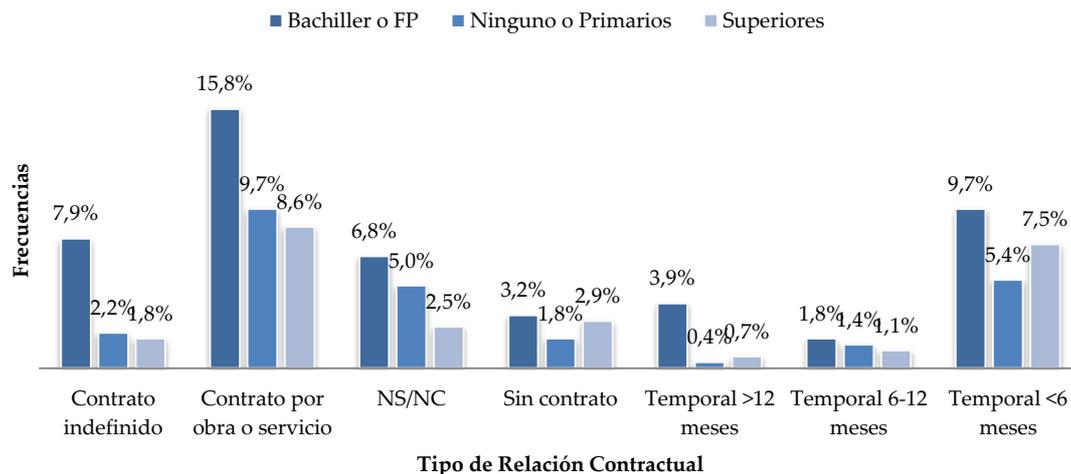
Gráfica 11. Tipo de relación contractual

En función de los estudios que tienen los trabajadores de la muestra, la distribución por puestos de trabajo refleja que un 42,42% de los puestos de trabajo de oficina, el 16,45% de los trabajadores de escenario y el 23,81% de los conductores, están en posesión de una titulación universitaria (Tabla 19).

Tabla 19. Distribución de los puestos de trabajo por niveles de estudio

	OFICINA	ESCENARIO	CONDUCTORES	OTROS
NINGUNO O PRIMARIOS	13,64%	29,61%	42,86%	26,67%
BACHILLER O FP	43,94%	53,95%	33,33%	46,67%
SUPERIORES	42,42%	16,45%	23,81%	26,67%

En la Gráfica 12 se muestra el tipo de relación contractual de los trabajadores según el nivel de estudios.



Gráfica 12. Relación contractual de la población a estudio según el nivel de estudios

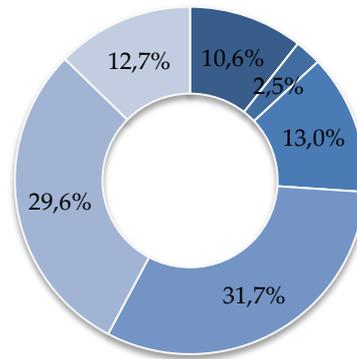
La Tabla 20 muestra las condiciones laborales respecto a los trabajos nocturnos, al turno rotatorio, a la exigencia del puesto de trabajo, las jornadas prolongadas de más de 12 horas de duración y las condiciones ambientales.

Tabla 20. Distribución de los sujetos participantes según las condiciones generales de trabajo (N=284)

Condición laboral	Nocturnidad	Turno Rotativo	Trabajos a Destajo	Jornadas Prolongadas (>12 horas)	Condiciones Ambientales
NS/NC	10,2%	12,3%	10,6%	10,9%	10,9%
Nunca	19,0%	20,1%	13,7%	10,6%	8,5%
Muy Pocas veces	28,2%	21,8%	17,3%	11,6%	19,7%
Algunas veces	13,7%	14,4%	32,7%	26,8%	10,6%
Bastantes Veces	22,9%	20,8%	13,0%	17,6%	31,7%
Siempre	6,0%	10,6%	12,7%	22,5%	18,7%

Valorando el tipo de trabajo que realizan estos trabajadores y las condiciones laborales que se han citado anteriormente, el 15,49% de los trabajadores encuestados considera que la ejecución de su trabajo tiene una extrema o alta peligrosidad (Gráfica 13).

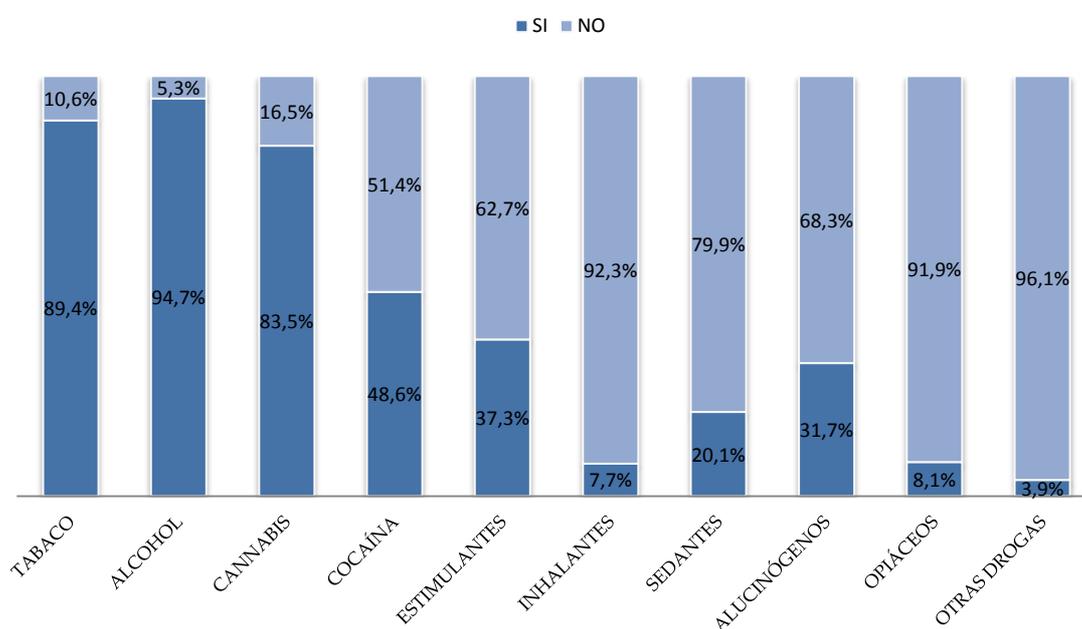
■ NS/NC ■ EXTREMA ■ ALTA ■ MEDIA ■ BAJA ■ NULA



Gráfica 13. Percepción de la peligrosidad laboral a la que refieren estar expuestos los trabajadores encuestados en los puestos de trabajo que desempeñan (N=284)

6.4 CARACTERIZACIÓN DE LOS HÁBITOS DE CONSUMO.

El 99% de los trabajadores encuestados del sector del espectáculo refirieron haber consumido alguna de las drogas por las que se les preguntó (tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos). El 83,45% de los trabajadores participantes en el estudio admite haber consumido cannabis alguna vez en su vida, mientras que el 94,72% lo hizo con el consumo de alcohol. En la Gráfica 14 se muestra la distribución según el consumo de sustancias de los sujetos estudiados alguna vez en la vida y en la Tabla 17 queda reflejada la distribución por sexo.



Gráfica 14. Distribución de la población de estudio según la afirmación de haber consumido alguna vez en la vida las diferentes sustancias adictivas descritas (N=284)

Tabla 21. Consumos distribuidos porcentualmente por sexos

	Tabaco		Alcohol		Cocaína		Cannabis		Estimulantes	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Hombre	10,53%	89,47%	6,58%	93,42%	47,37%	52,63%	16,67%	83,33%	59,21%	40,79%
Mujer	10,00%	90,00%		100,00%	68,00%	32,00%	14,00%	86,00%	78,00%	22,00%

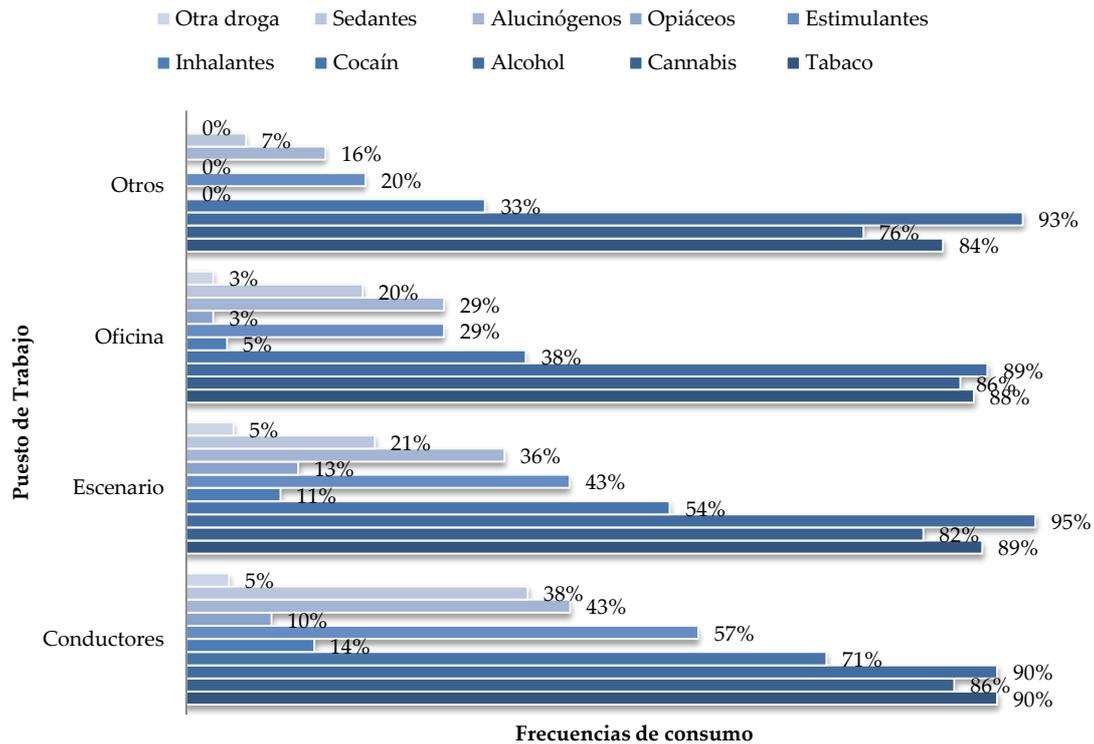
	Inhalantes		Sedantes		Alucinógenos		Opiáceos		Otra droga	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Hombre	90,35%	9,65%	80,26%	19,74%	65,79%	34,21%	89,47%	10,09%	95,61%	4,39%
Mujer	100,00%		80,00%	20,00%	80,00%	20,00%	100,00%		98,00%	2,00%

Mediante una comparación de hipótesis para dos porcentajes se calcula si existe diferencia estadísticamente significativa entre los consumos y el sexo de los consumidores (Tabla 21). Los valores obtenidos reflejan que existe una diferencia significativa ($p < 0,05$) entre los consumos de alcohol, cocaína, estimulantes y alucinógenos, siendo más frecuentes en hombres, tal y como se muestra en la Tabla 22:

Tabla 22. Valores de Z y p para cada sustancia consumida alguna vez en la vida respecto al sexo

	Alcohol	Cocaína	Cannabis	Estimulantes	Sedantes	Alucinógenos
Z	-4,0511	2,8017	-0,4871	2,8109	-0,0417	2,2016
p	0,00003	0,00254	0,31308	0,00247	0,48335	0,01385

La distribución de aquellos trabajadores que dicen haber probado alguna vez en su vida estas sustancias frente a los diferentes puestos de trabajo muestra que el 90% de los trabajadores han consumido alguna vez en su vida alcohol y cannabis sin importar la función que desempeñan (Gráfica 15), y, más del 50% de los trabajadores de escenario y de los conductores han consumido alguna vez cocaína.

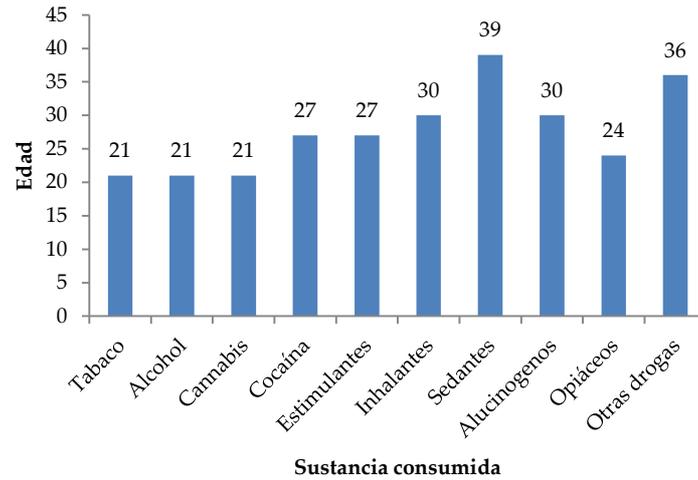


Gráfica 15. Distribución de la muestra encuestada según el consumo de diferentes sustancias adictivas y puesto de trabajo que ocupan (N=284)

La edad en la que se da un mayor consumo de sustancias se encuentra comprendida entre los 21 y los 39 años, y en función de la droga a la que se refiera, varía la media (Tabla 23 y Gráfica 16).

Tabla 23. Distribución de la población por edad en la que se da un mayor consumo (N=284)

	MODA	MEDIA	MEDIANA
Tabaco	21	27,12	24
Alcohol	21	25,25	24
Cannabis	21	25,34	24
Cocaína	27	21,27	30
Estimulantes	27	29,74	27
Inhalantes	30	31,67	29
Sedantes	39	27,69	30
Alucinogenos	30	29,19	28
Opiáceos	24	27,65	34
Otras drogas	36	34,64	36

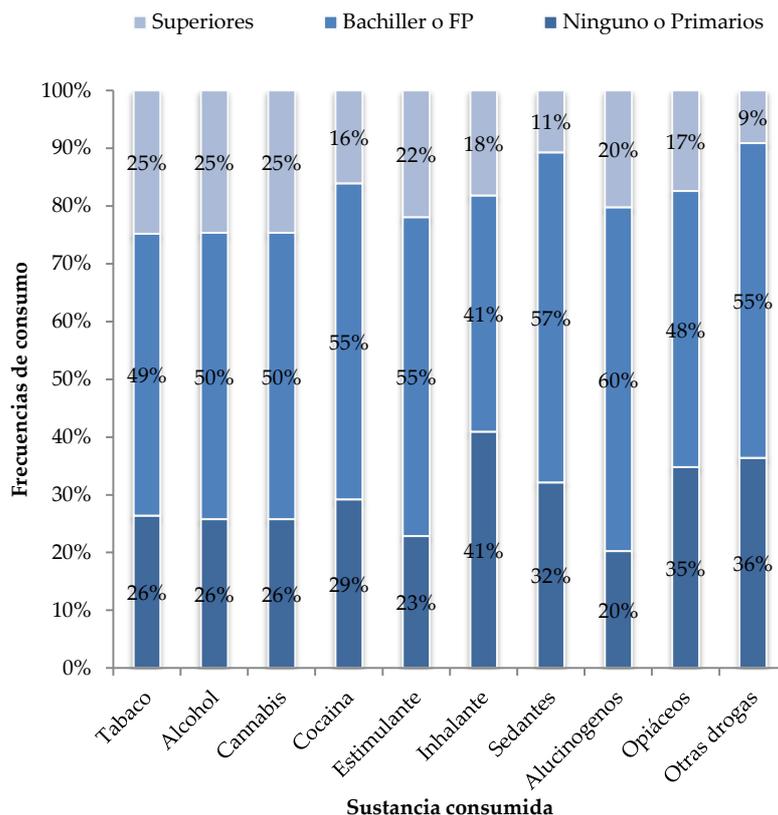


Gráfica 16. Distribución según la edad mayoritaria de consumo para cada sustancia (N=284)

El nivel de estudios revela que aquellos trabajadores con estudios de ciclo medio o superior tipo bachiller, ciclo formativo medio o ciclo formativo superior, son los que presentan un mayor consumo. Así, en este nivel educativo, se encuentran un 55% de los trabajadores consumidores de cocaína y un 50% de los consumidores de cannabis (Tabla 24 y Gráfica 17).

Tabla 24. Frecuencias de consumo según el nivel de estudios

Sustancia Frecuencia	Tabac.	Alcohol	Cannab.	Coca.	Estimul.	Inhal.	Sedantes	Alucin.	Opiác.	Otras
Ninguno o Primarios	66	68	63	40	24	9	18	18	8	4
Bachiller o FP	122	131	118	75	58	9	32	53	11	6
Superiores	62	65	53	22	23	4	6	18	4	1



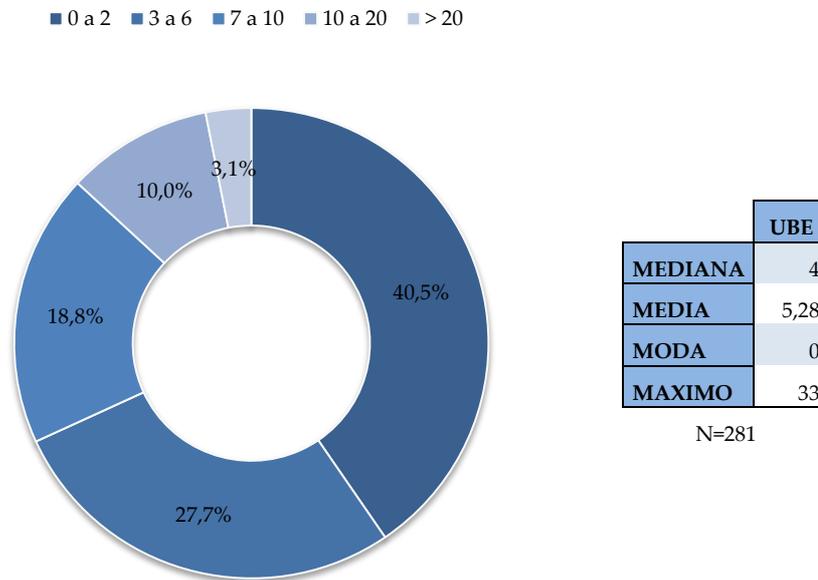
Gráfica 17. Distribución por consumo y según el nivel de estudios de los sujetos estudiados

En los últimos 3 meses (previos a la realización de la encuesta), del total de trabajadores encuestados, el 37% consume alcohol diariamente y el 34% consume semanalmente (Tablas 25). El 36% consume cannabis diariamente y el 9% lo hace semanalmente. El 1,8% consume cocaína diariamente, el 3,2% semanalmente y el 4,6% lo hace mensualmente. Respecto a los estimulantes tipo anfetaminas, el 1,0% consume semanalmente y el 6% consume mensualmente.

Tabla 25. Porcentajes de consumo de las diferentes sustancias en los últimos tres meses (N=284)

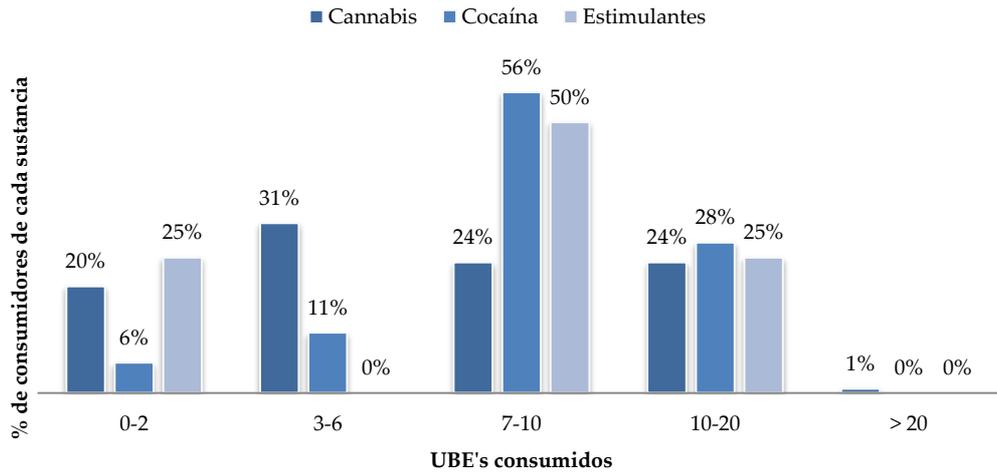
	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Cocaína	Estimul.	Inhalan.	Sedantes	Alucinog.	Opiáceos
Nunca	28,52%	9,86%	38,08%	72,60%	81,85%	98,58%	91,46%	91,10%	98,22%
Una o dos veces	4,83%	10,32%	3,61%	17,73%	11,33%	0,7%	4,38%	8,54%	0,71%
Mensual	3,52%	8,80%	7,83%	4,63%	5,69%	0,36%	1,42%	0,00%	0,36%
Semanal	5,99%	33,80%	8,90%	3,20%	1,07%	0,36%	1,07%	0,36%	0,36%
Diario	57,04%	36,62%	35,59%	1,78%	0,00%	0,00%	1,07%	0,00%	0,36%

En la Gráfica 18 se muestra la cantidad de alcohol (expresada en unidades de bebida estándar UBE) consumida en el día anterior a la realización del cuestionario.



Gráfica 18. UBE's consumidos el día anterior a la realización del cuestionario (N=281)

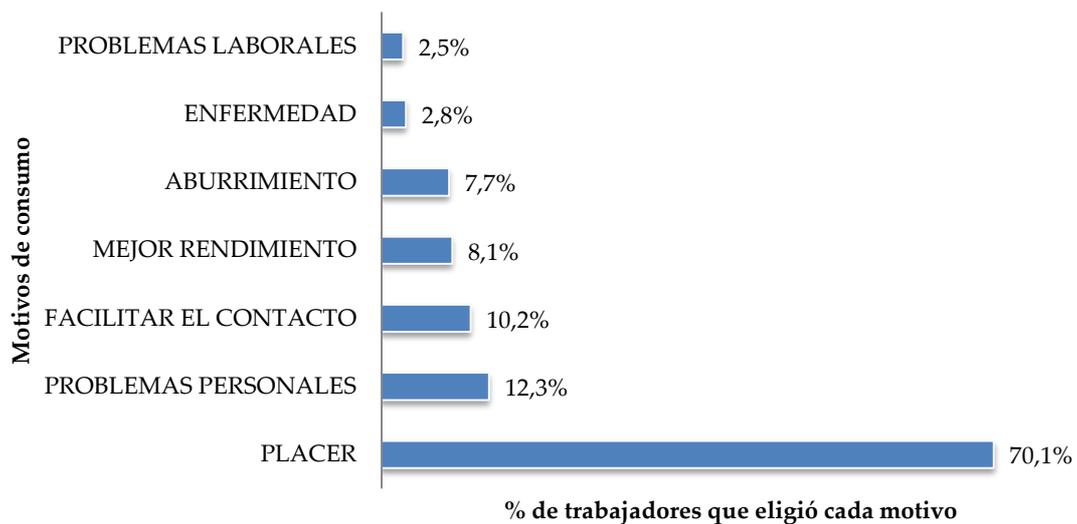
Valorando la cantidad de UBE's diarios que ingieren los trabajadores, aquellos que consumen entre 7 y 10 UBE's son los que más consumen cocaína y estimulantes (Gráfica 19), mientras que aquellos que beben entre 3 y 6 UBE's tienen como droga de referencia el cannabis.



Gráfica 19. Distribución de la población consumidora de cannabis (N=137), cocaína (N=18) y estimulantes (N= 4) frente a los UBE's consumidos diarios

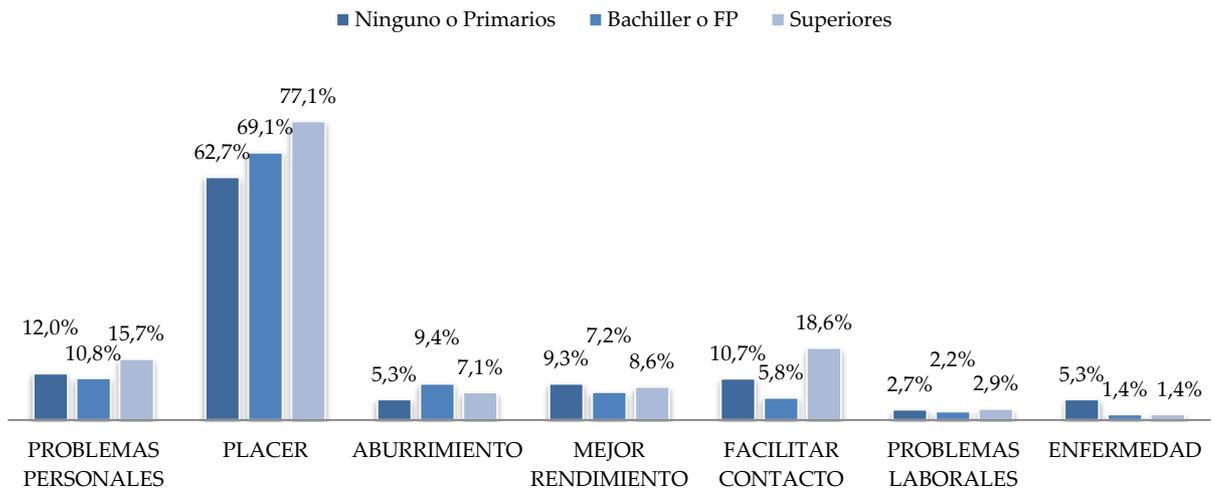
6.5 CREENCIAS Y ACTITUDES FRENTE AL CONSUMO

Respecto a los motivos que les llevan a consumir el 70% lo hacen por placer, el 12% por evadirse de problemas personales y, el 10% por facilitar el contacto con los demás (Gráfica 20).



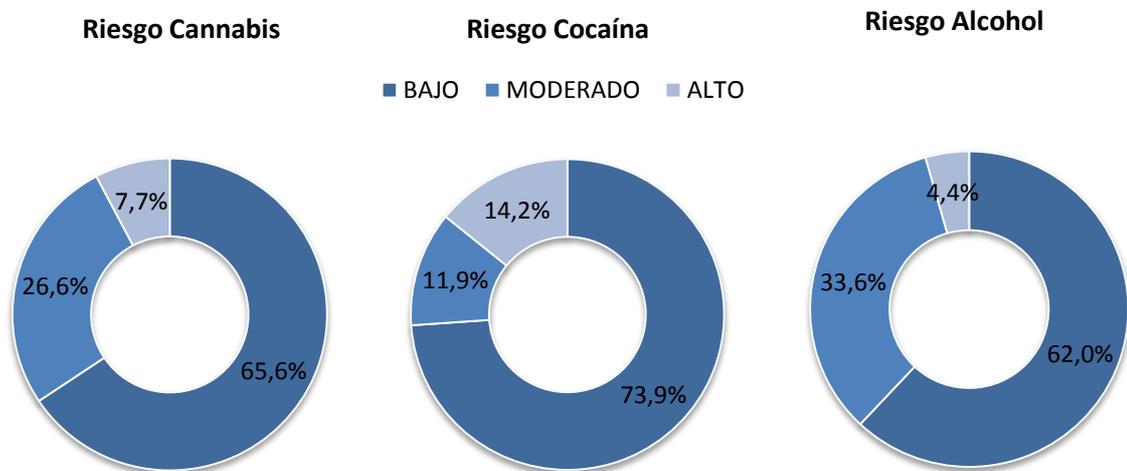
Gráfica 20. Motivos que mueven a los trabajadores al consumo

En la Gráfica 21 se muestra el motivo de consumo según el nivel de estudios.



Gráfica 21. Motivos de consumo según el nivel de estudios

Los trabajadores que contestaron afirmativamente a que han probado alguna vez alcohol, cocaína y/o cannabis, consideran riesgos diferenciales respecto al consumo (Gráfica 22).

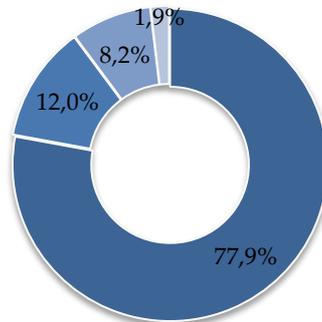


Gráfica 22. Percepción de riesgo al que cree estar expuesto la población a estudio consumidora respecto al consumo de cannabis (N=238), alcohol (N=269) y cocaína (N=136)

Respecto a la pregunta referida a tratar de reducir el consumo de sustancias en los últimos tres meses, los sujetos encuestados admitieron que si había consumido en ese periodo de tiempo, manifestando el 12% que ha tratado de reducir su consumo de alcohol; el 13% de cannabis; y el 8% de cocaína. Con respecto a otros estados temporales, en la Gráfica 23 se muestran los diferentes observados.

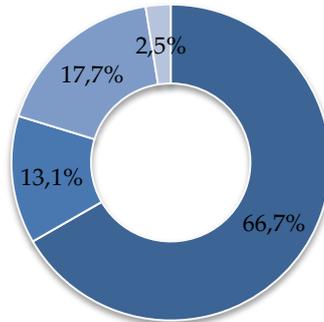
Intento de reducción del consumo de Alcohol (N=269)

- NO, NUNCA
- SI EN LOS ÚLTIMOS 3M
- SÍ, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3M
- NO CONSUME



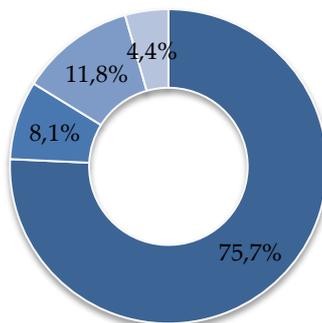
Intento de reducción del consumo de Cannabis (N=238)

- NO, NUNCA
- SI EN LOS ÚLTIMOS 3M
- SÍ, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3M
- NO CONSUME

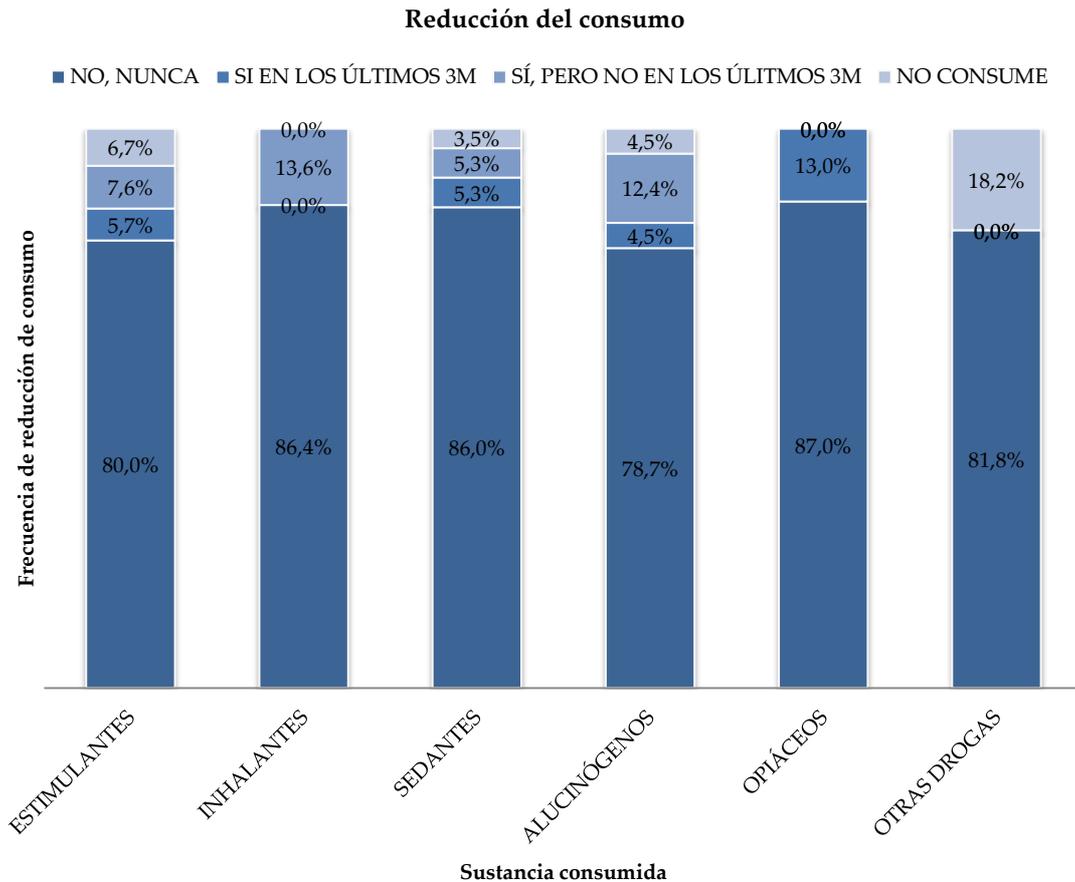


Intento de reducción del consumo de Cocaína (N=133)

- NO, NUNCA
- SI EN LOS ÚLTIMOS 3M
- SÍ, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3M
- NO CONSUME



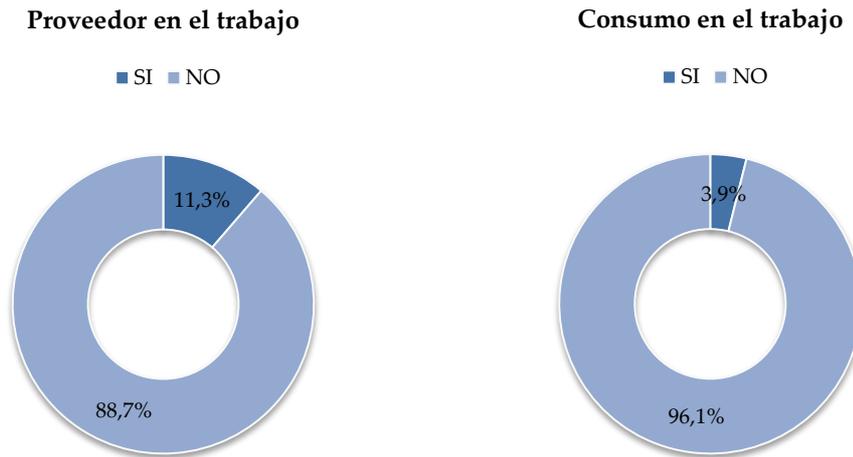
Gráfica 23. Trabajadores que han tratado de reducir su consumo de alcohol, cannabis y cocaína en los últimos 3 meses



Nota. La N para cada sustancia es: Estimulantes=105; Inhalantes=22; Sedantes=57; Alucinógenos=89; Opiáceos=23; Otras drogas=1.

Gráfica 24. Trabajadores que han tratado de reducir sus consumos según las diferentes sustancias.

El lugar seleccionado para consumir así como su proveedor habitual de sustancias, se encuentra, mayoritariamente, fuera del círculo laboral (Gráfica 25).

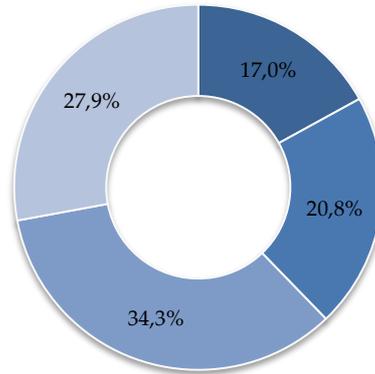


Gráfica 25. Proveedores habituales de las sustancias a los trabajadores encuestados y consumo durante el horario trabajo.

Con respecto a los problemas laborales y familiares que dicen haber padecido alguna vez los trabajadores del sector del espectáculo, como consecuencia de su consumo de drogas, revela que el 47% de los mismos ha tenido alguna vez problemas laborales y el 53% ha tenido problemas familiares.

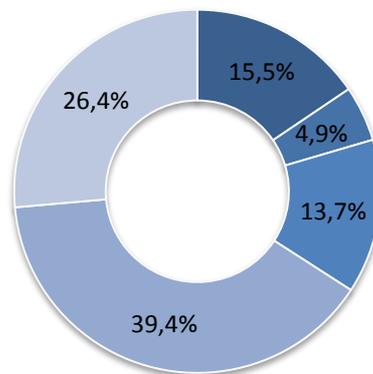
El 62% de los trabajadores refirieron que conocían a algunos o a bastantes compañeros consumidores de sustancias (Gráfica 26), y el 66% afirmaron que este hecho es un problema bastantes o muy importante, mientras que el 19% afirmó que el problema es poco o nada importante (Gráfica 27).

■ NS/NC ■ NO, NINGUNO ■ SI, ALGUNO ■ SI, BASTANTES



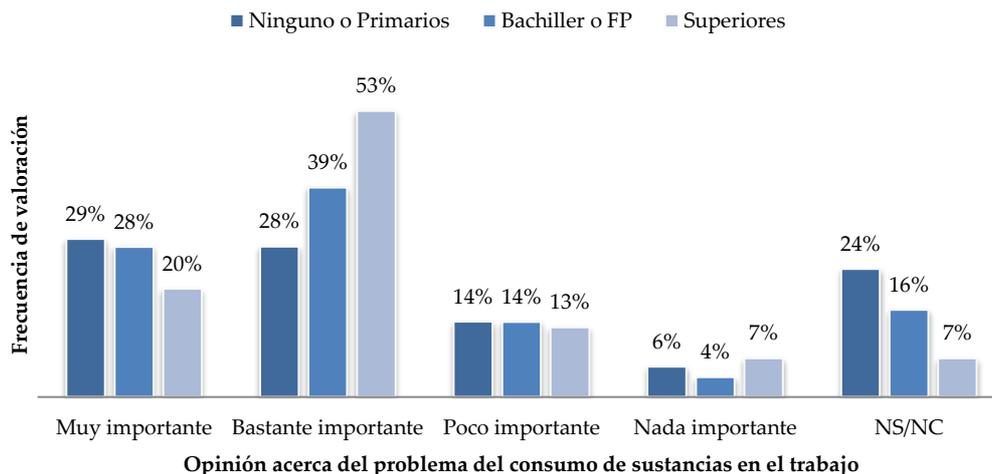
Gráfica 26. Distribución de reconocer que tienen compañeros consumidores (N=284).

■ NS/NC ■ NADA IMPORTANTE ■ POCO IMPORTANTE
 ■ BASTANTE IMPORTANTE ■ MUY IMPORTANTE

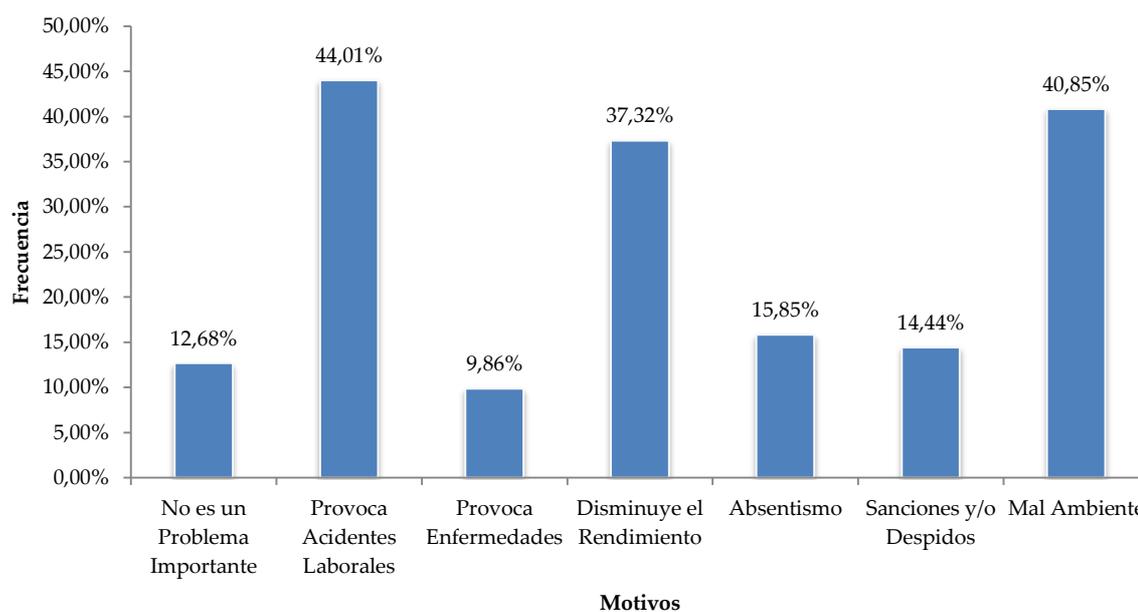


Gráfica 27. Opinión de los trabajadores acerca del problema de consumo de drogas en el trabajo (N=284).

Teniendo en cuenta el nivel de estudios, el 14% de los trabajadores, independientemente del nivel de estudios que presentan, piensan que el problema de las drogas en el trabajo es nada importante (Gráfica 28). La Gráfica 29 muestra las razones por las que estos trabajadores consideran un problema importante el consumo de sustancias en el trabajo.



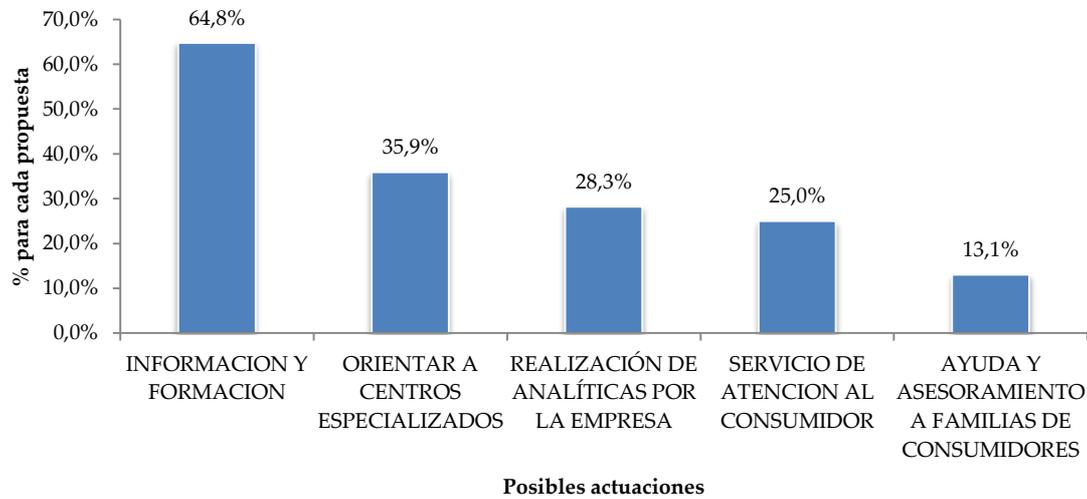
Gráfica 28. Distribución de la opinión sobre la problemática que supone el consumo de drogas en el trabajo frente al nivel de estudios de cada trabajador (N=284)



Gráfica 29. Razones por las cuales los trabajadores encuestados consideran un problema importante el consumo de sustancias en el trabajo (N=284)

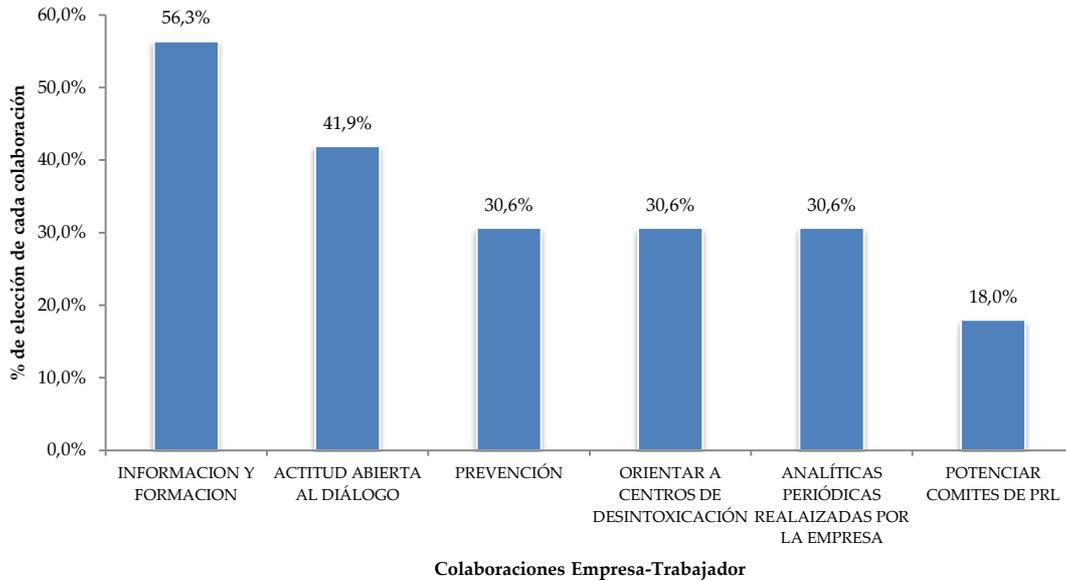
Ante esta problemática, el 65% de los trabajadores piensan, que lo mejor que pueden hacer las empresas para enfrentarse a esta problemática, es dar información y formación a los trabajadores y, orientarles a centros especializados (Gráfica 30).

Además, a un 28% de los encuestados les parecería bien que las empresas realizaran análisis aleatorios a los trabajadores.



Gráfica 30. Distribución del tipo de ayudas que los trabajadores proponen que deberían ofrecer las empresas para combatir el problema del consumo de drogas en el ámbito laboral (N=284)

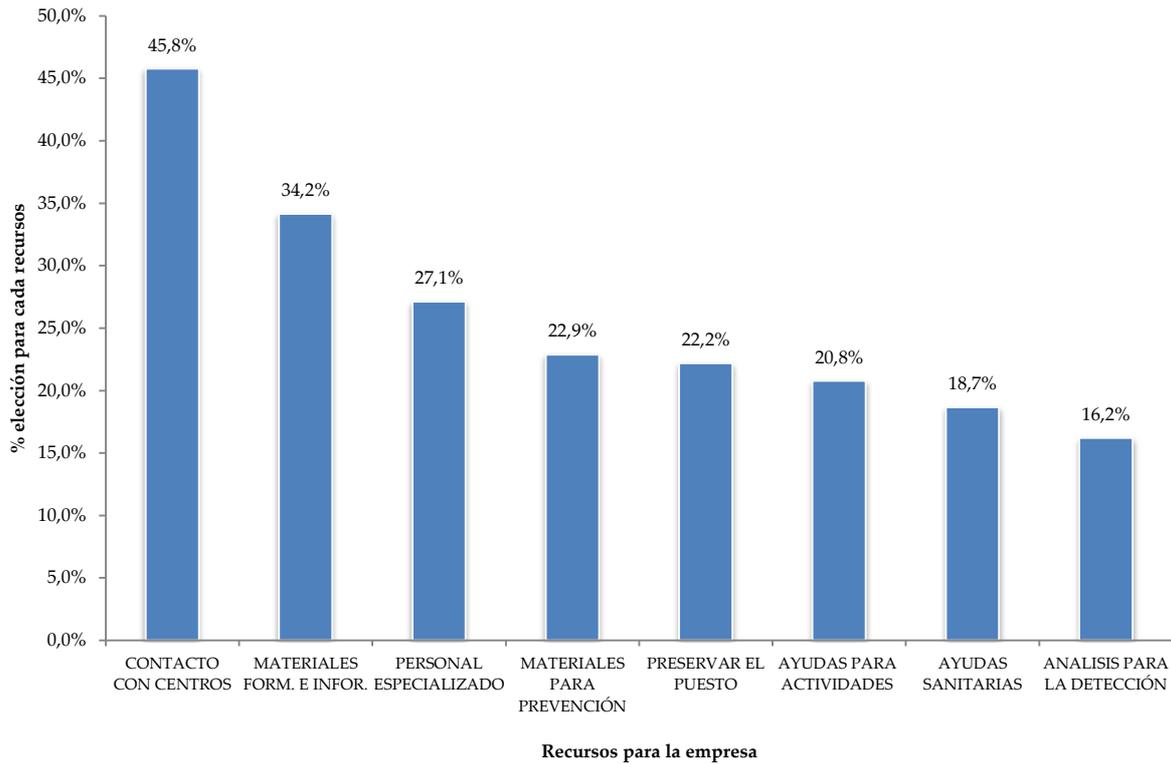
Para que la solución al problema pueda ser más efectiva, los trabajadores opinaron que las empresas y los trabajadores debían llegar a un acuerdo de colaboración de tipo informativa y formativa (56,3%) y mantener una actitud abierta al diálogo (Gráfica 31).



NOTA: PRL= Prevención de Riesgos Laborales

Gráfica 31. Posibles colaboraciones de la empresa con el trabajador para solucionar el problema del consumo de drogas en el entorno laboral, elegidas por los trabajadores (N=284)

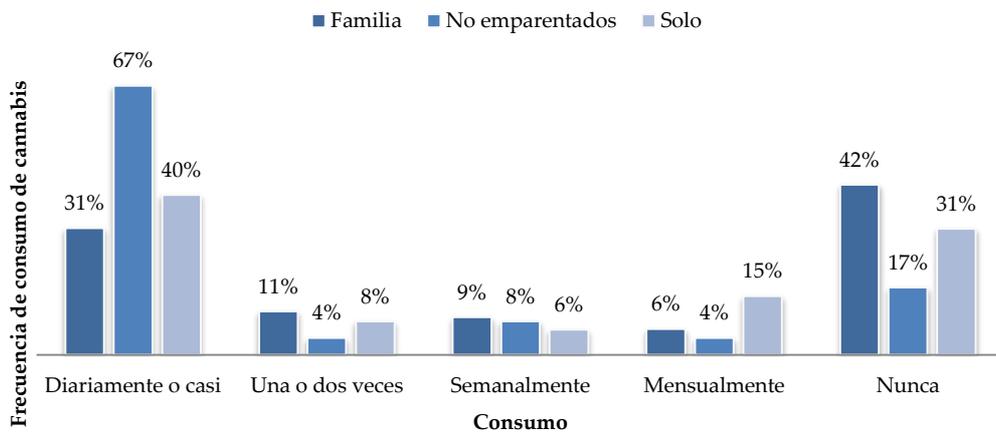
Las empresas deberían solicitar una serie de recursos para combatir y/o evitar el problema del consumo de drogas en el trabajo. Los trabajadores encuestados consideraron que lo más conveniente para las empresas es estar en contacto con centros de desintoxicación (45,77%) y disponer de información para ofrecer a los trabajadores (34,15%) (Gráfica 32):



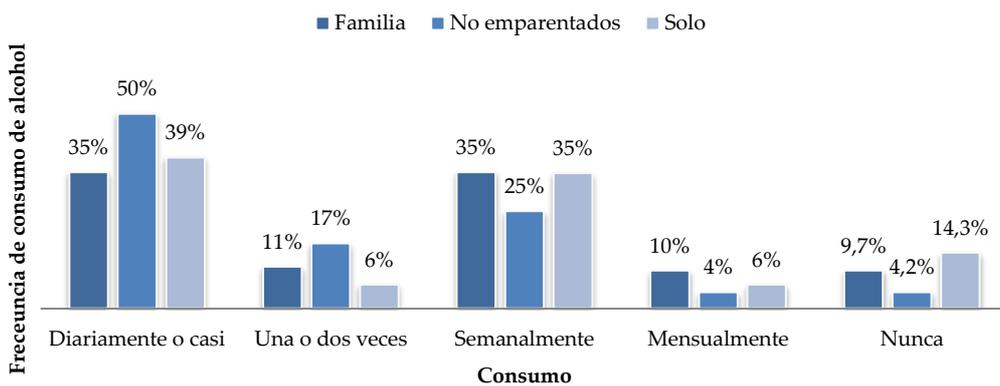
Gráfica 32. Posibles recursos que debería solicitar la empresa para solucionar el problema del consumo de drogas en el entorno laboral, desde el punto de vista de los trabajadores (N=284)

6.6 ANÁLISIS DE RESULTADOS ESPECÍFICOS PARA LOS CONSUMOS DE CANNABIS, COCAÍNA Y ALCOHOL

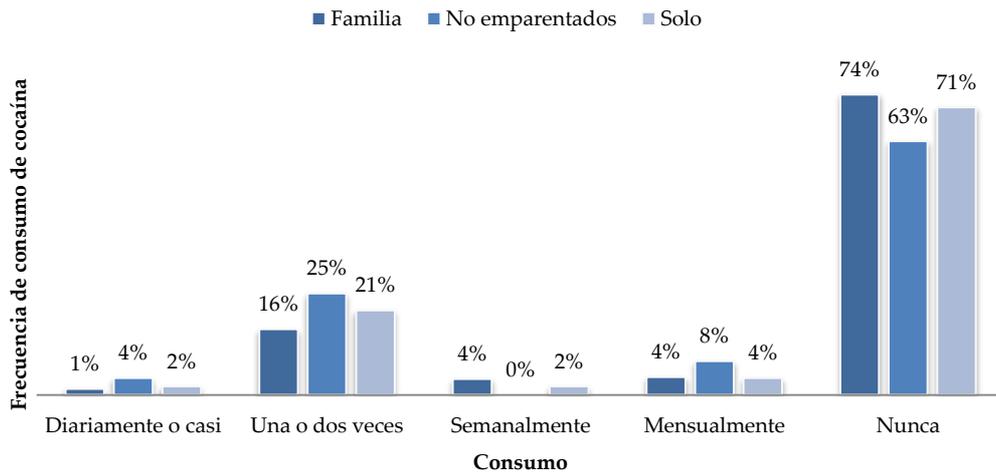
Aquellos trabajadores que viven con personas no emparentadas, son los que presentan un consumo diario más elevado de cannabis (66,67%) y de alcohol (50%). Los mayores consumidores de cocaína también serán los que no vivan con las familias pero no lo harán diariamente, si no que su consumo se reduce a una o dos veces al mes (25%) (Gráficas 33, 34 y 35).



Gráfica 33. Distribución de los consumos de cannabis en los trabajadores en función de la convivencia (N=284)

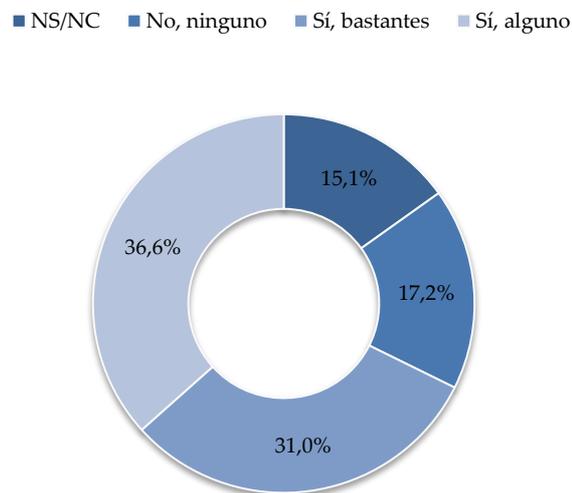


Gráfica 34. Distribución de los consumos de alcohol en los trabajadores en función de la convivencia (N=284)



Gráfica 35. Distribución de los consumos de cocaína en los trabajadores en función de la convivencia (N=284)

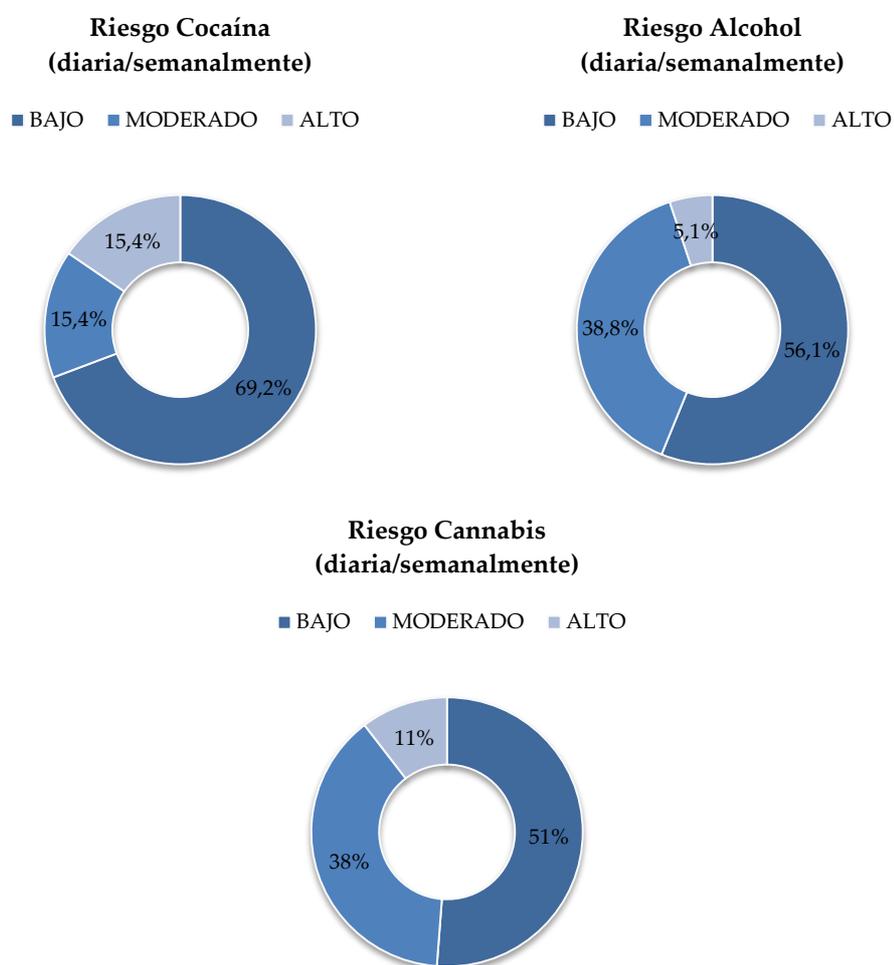
Aquellos trabajadores que dijeron que consumían diariamente o semanalmente cannabis, cocaína y alcohol, admitieron tener entre bastantes y muchos compañeros trabajadores consumidores (67,67%) (Gráfica 36).



Gráfica 36. Distribución del conocimiento de tener compañeros consumidores frente a aquellos que SI admiten ser consumidores habituales de cannabis, alcohol y cocaína (N= 233)

En el cuestionario, se plantearon una serie de riesgos asociados al consumo de cannabis, cocaína y alcohol (Anexo 1). Para aquellos trabajadores que dijeron que si consumían diaria o semanalmente se analizó la percepción de riesgo al que estaban expuestos debido a sus consumos.

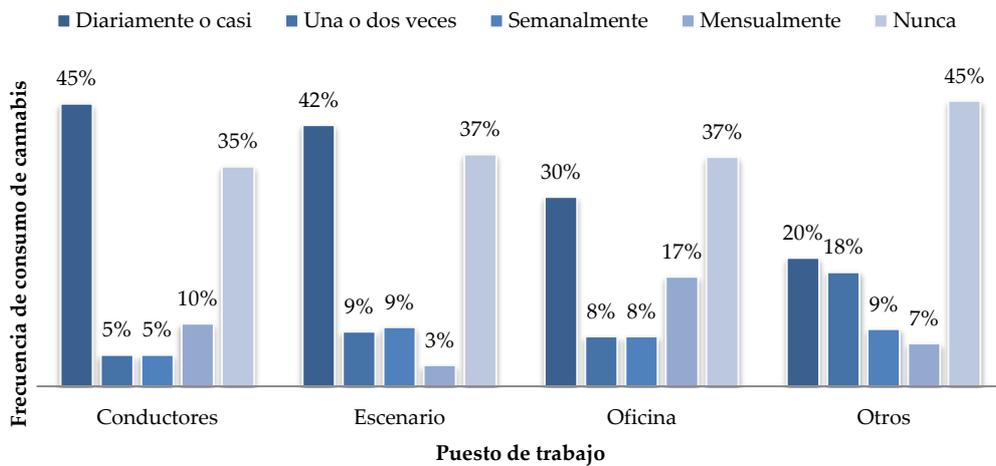
Los trabajadores habiendo dicho que si consumen cannabis diaria o semanalmente, perciben que debido a su consumo tienen un riesgo bajo de sufrir cualquier riesgo planteado en el cuestionario. Con la cocaína será bajo y con el alcohol bajo también (Gráfica 37).



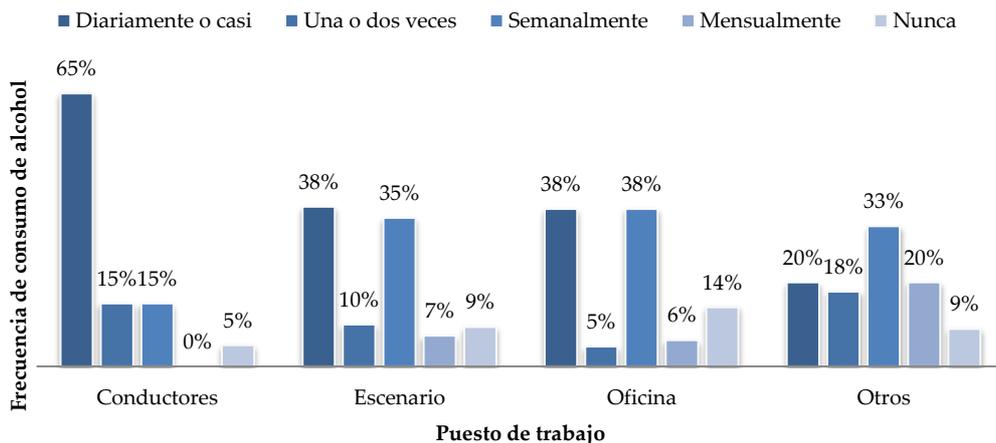
Gráfica 37. Percepción del riesgo asociado al consumo en aquellos trabajadores que han consumido diaria o semanalmente en los últimos tres meses (N=233)

Según el puesto de trabajo, los consumos de cannabis presentan dos extremos muy claros sea cual sea el puesto de trabajo. Prácticamente la mitad de los trabajadores que ocupan cada puesto laboral consumen cannabis diariamente y la otra mitad no lo hace (Gráfica 38).

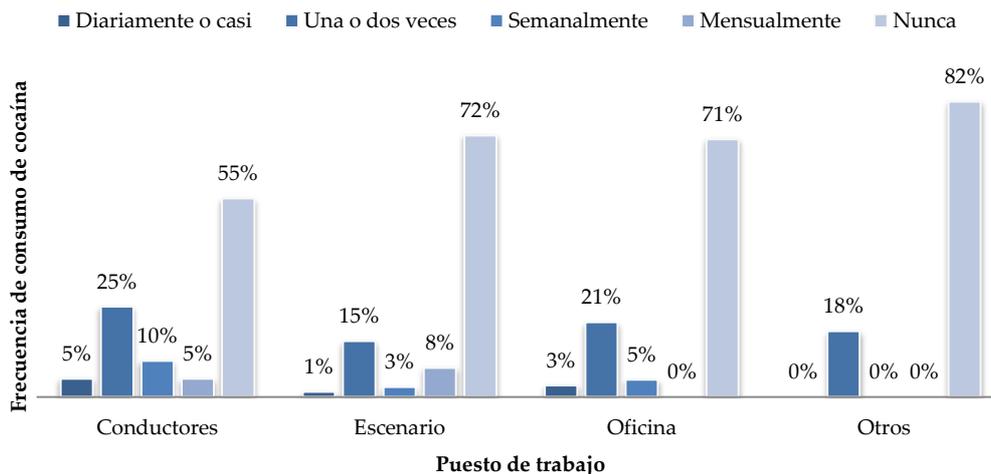
En cambio, el alcohol es consumido casi a diario en la mayoría de los puesto de trabajo, aunque destaca el elevado número de trabajadores conductores que consumen diariamente alcohol (65%) y cocaína uno o dos veces al mes (25%) (Gráficas 39 y 40).



Gráfica 38. Distribución del consumo de cannabis según puesto de trabajo que ocupa cada trabajador (N=284)



Gráfica 39. Distribución del consumo de alcohol según puesto de trabajo que ocupa cada trabajador (N=284)

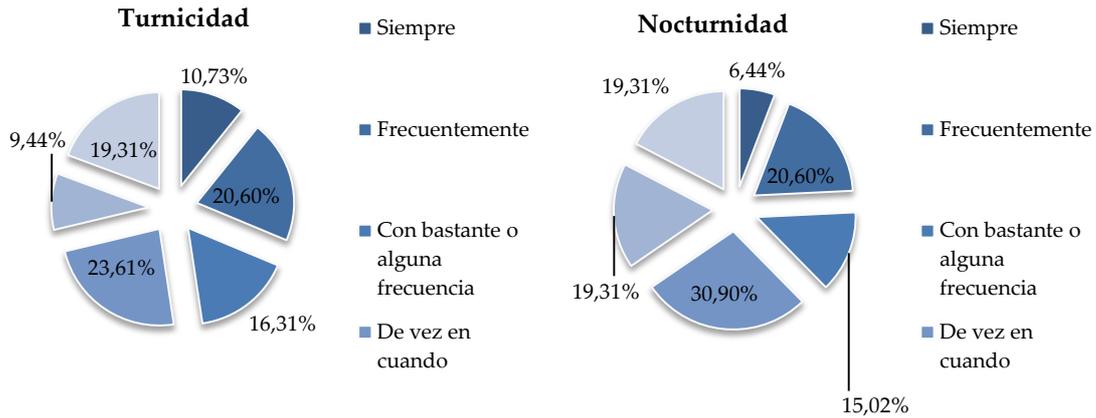


Gráfica 40. Distribución del consumo de cocaína según puesto de trabajo que ocupa cada trabajador (N=284)

El número de trabajadores que admiten haber consumido alguna vez es superior entre aquellos que realizan trabajos a turnos y/o nocturnos (71,25% para trabajos a turnos y 72,98% para trabajos nocturnos) (Tabla 26 y Gráfica 41).

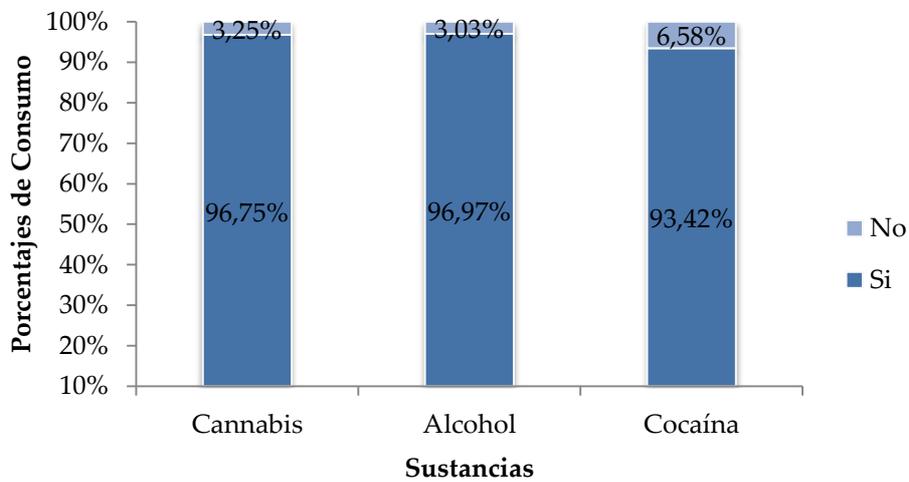
Tabla 26. Cálculos del p valor para aquellos trabajadores que consumen alguna sustancia frente al trabajo a turnos y al trabajo nocturno

	Turnicidad	Nocturnidad
Z	6,025	6,641
p	$8,5 \cdot 10^{-10}$	$1,6 \cdot 10^{-11}$



Gráfica 41. Distribución de la realización de trabajos a turnos y/o nocturnos frente a aquellos trabajadores que admiten haber consumido alguna vez (N=233)

Finalmente se valora el número total de trabajadores que se considera consumidor entre aquellos que admiten consumir diaria y semanalmente alcohol y cannabis y diaria, semanalmente y mensualmente cocaína (Gráfica 42).

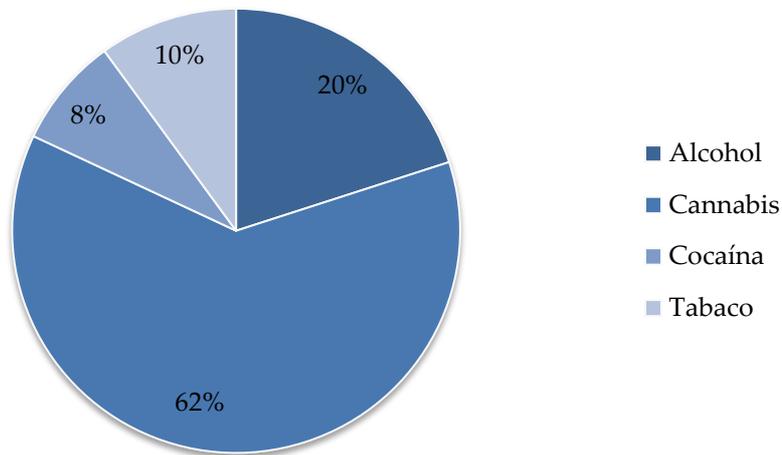


Gráfica 42. Distribución del número de trabajadores que SI se considera consumidor de entre aquellos que admiten consumir (N Cannabis=123; N Alcohol=198; N Cocaína=76)

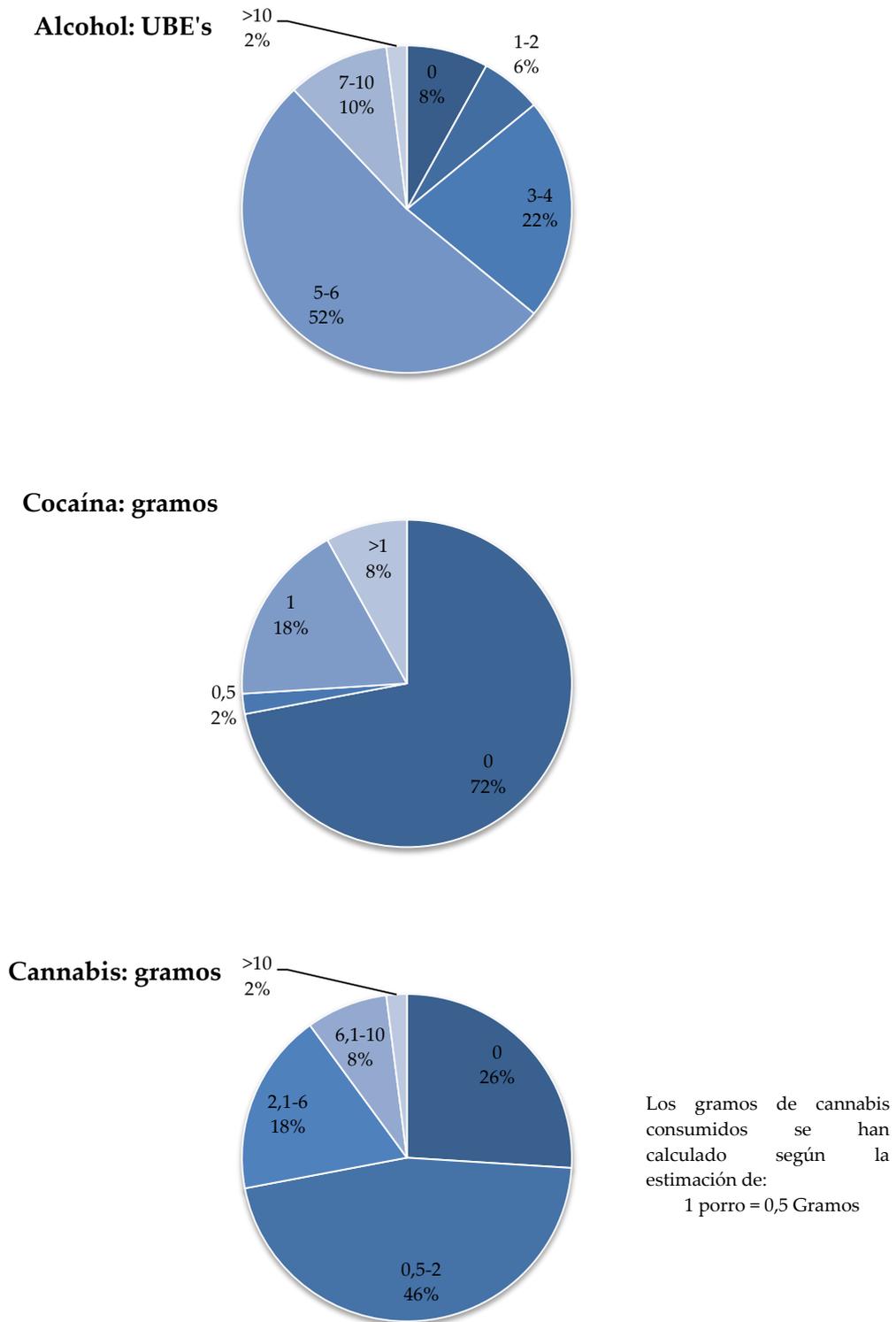
6.7 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS (NOC) DE LA REALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL DE ENFERMERÍA (NIC)

Tras la realización de la primera parte del estudio, se procedió a hacer la intervención motivacional breve de enfermería.

Los trabajadores que participaron en la intervención, eran consumidores mayoritariamente de cannabis (56%) y alcohol (18%) (Gráfica 43). En la Gráfica 44 y Tabla 27, se muestran las cantidades diarias consumidas en el último mes.



Gráfica 43. Distribución de los consumos según la sustancia principal de consumo en el último mes (N=50)



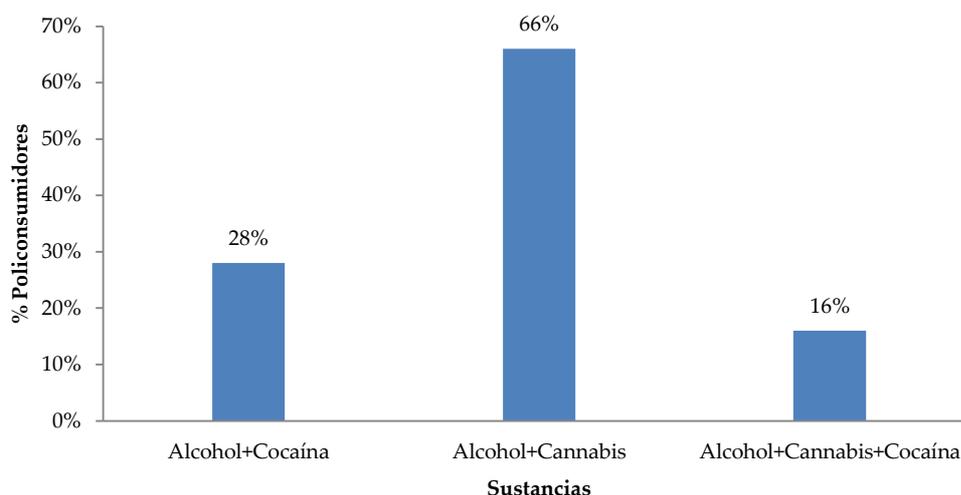
Gráfica 44. Distribución de los consumos medios diarios según las sustancia principales de consumo en el último mes (N=50)

Tabla 27. Prevalencia de consumo en el último mes de las diferentes sustancias mayoritarias en los participantes de la intervención (N=50).

Sustancia	Frecuencia Consumo	% N=50	Días consumo último mes	DT	Cantidad Consumida/día	DT
Alcohol	46	92%	23,04	5,54	5,54 UBE's	1,93
Cannabis	37	74%	26,62	8,64	3,08 g.	1,10
Cocaína	14	28%	3,43	2,29	1,32 g.	0,67
Anfetaminas	5	10%	1,79	1,70	1,70 unidades	1,40
Sedantes	3	6%	23,3	11,56	1,00 unidad	0,00

DT: Desviación Típica

El consumo de cada una sustancia no se da de forma aislada, si no que suelen ir asociadas dos o más sustancias, presentándose el fenómeno del policonsumo. En la Gráfica 45 se muestran estos valores para las sustancias principales estudiadas.



Gráfica 45. Distribución de la prevalencia de policonsumo entre los trabajadores participantes de la intervención (N=50)

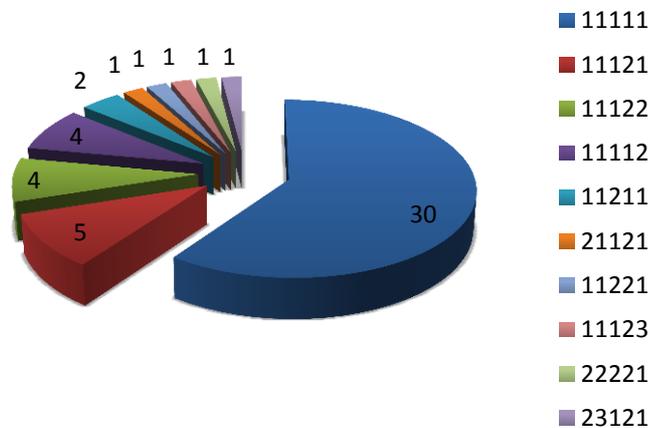
En la intervención motivacional de enfermería, los 50 trabajadores participantes, obtuvieron una puntuación media de percepción de estado de salud de 7,99 frente a los 6,50 puntos que afirmaron tener después de haber participado en la intervención (Tabla 28). Teniendo en cuenta estas dos medias se observa que hay un incremento negativo de este valor entre el antes y el después de la intervención

motivacional de enfermería, es decir la percepción de su estado de salud ha disminuido.

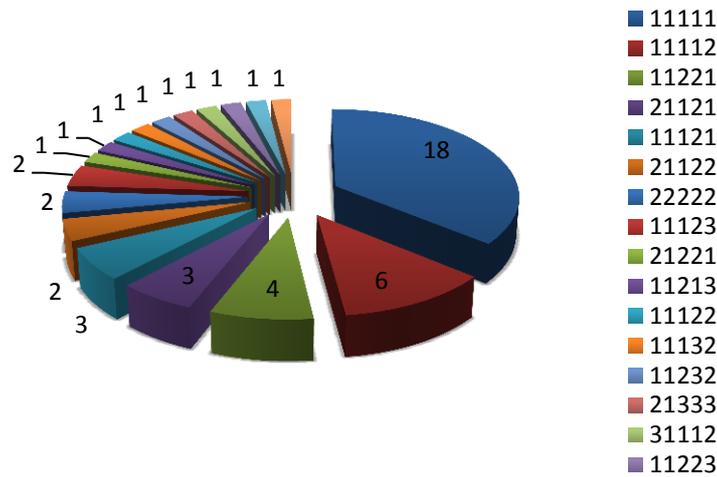
Tabla 28. Cambio en la percepción de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de la población de estudio, pre-post intervención (N=50)

Instrumento de medida de la CVRS	Antes (A)	DT	Después (D)	DT	$\Delta(A-D)$	p valor
EQ-5D	7,99	1,70	6,50	2,31	1,49	0,00009912
TECVASP	89,16	8,29	83,48	13,03	5,68	0,010732394

Por otro lado, antes de la intervención la calidad de vida relacionada con la salud en función del código de cinco dígitos que establece el cuestionario EQ-5D presentaba una distribución mayoritaria en el estado 11111 (30 trabajadores). Después de la intervención, la distribución sigue siendo mayoritaria es este estado pero se ve disminuida (18 trabajadores) y hay una mayor diversidad de estados (Gráficas 46 y 47).

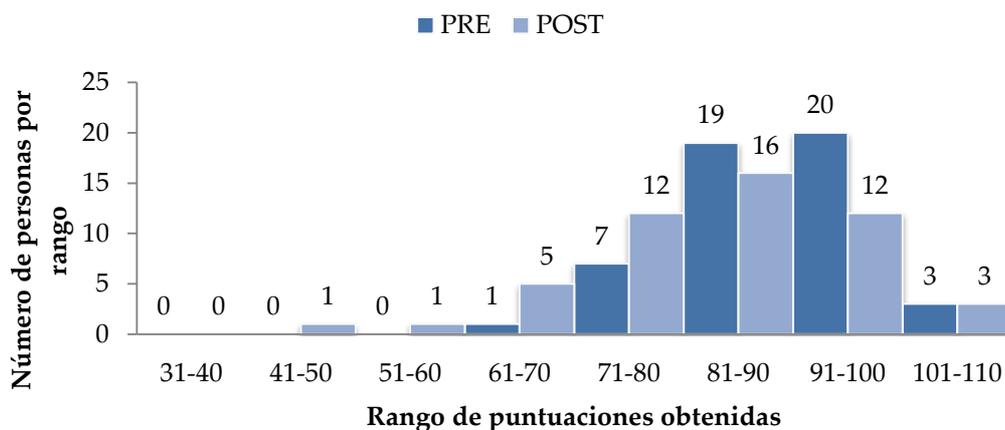


Gráfica 46. Estados de salud reflejados en el cuestionario EQ-5D antes de la intervención según el código de 5 dígitos que establece el cuestionario (N=50).



Gráfica 47. Estados de salud reflejados en el cuestionario EQ-5D después de la intervención según el código de 5 dígitos que establece el cuestionario (N=50).

En el análisis del cuestionarios TECVASP, los 50 trabajadores participantes en la intervención motivacional de enfermería obtuvieron una puntuación media de 89,16 frente a los 83,48 puntos que afirmaron tener después de haber participado en la intervención. La puntuación máxima que se podría obtener era de 110 puntos. Al igual que en el cuestionario EQ-5D, hay un incremento a la baja de este valor antes y después de la intervención motivacional de enfermería, es decir la percepción de su estado de salud ha disminuido (Tabla 28). La distribución por rangos de puntuación se muestra en la Gráfica 48.



Gráfica 48. Distribución por rangos de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario TECVASP (N=50)

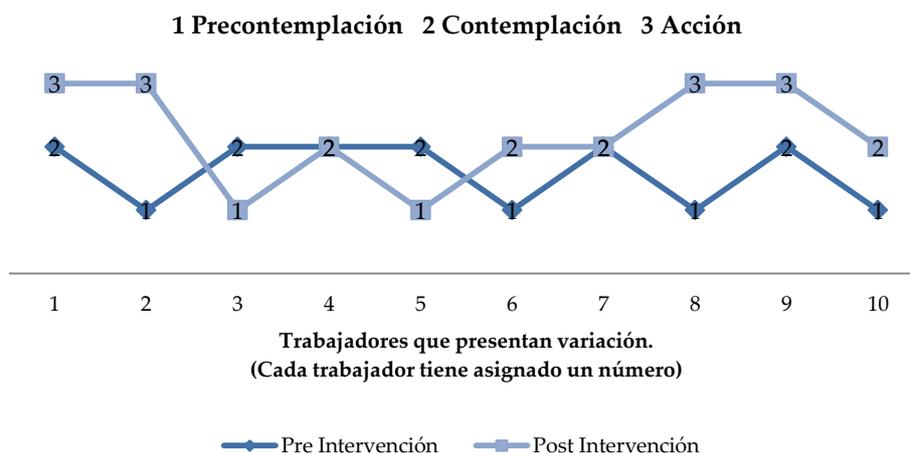
En el cuestionario SOCRATES 8D, antes de la intervención, se observó que casi la totalidad de los trabajadores participantes en la intervención eran precontemplativos (44), es decir, todos ellos obtuvieron una puntuación igual o inferior a 32 en el apartado “reconocimiento del problema” y/o una puntuación igual o inferior a 14 en “ambivalencia”.

Tras la intervención, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 29. Resultados del cuestionario SOCRATES 8D pre-post intervención (N=50)

	Antes (A)	Media antes	DT	Después (D)	Media después	DT	$\Delta(D-A)$
PRECONTEMPLACIÓN	46	13,06	5,51	42	17,14	7,11	4,08
CONTEMPLACIÓN	4	8,48	3,95	4	10,2	4,58	1,72
ACCIÓN	0	16,62	6,93	4	18,88	7,89	2,26

Por lo tanto, tras la intervención fueron 4 los que empezaron con algún programa de ayuda para resolver su problema de adicción y, 4 los que pasaron a ser contemplativos, pero se observa además, un aumento la puntuación del reconocimiento del problema (Gráfica 49).



Gráfica 49. Variación de los estados de los trabajadores en la motivación para el cambio según Prochaska y Diclemente (N=10)

Aparentemente, los resultados no parecen desvelar un cambio de estado en los trabajadores, pero, comparando *p valor* con la prueba t-student, en cada uno de los apartados para verificar si esto que se acaba de enunciar es cierto, se observa que los resultados si son significativos para cada uno de los cuestionarios y supuestos que pueden darse, obteniendo los resultados que se reflejan en la Tabla 30:

Tabla 30. Resultados *p valor* (prueba t-student) para cada uno de estados analizados del cuestionario Sócrates

p valor SOCRATES PRECONTEMPLACIÓN	0,000165216	<0,05
p valor SOCRATES CONTEMPLACIÓN	0,015871843	<0,05
p valor SOCRATES ACCIÓN	0,131267136	>0,05

Por lo tanto, hay una diferencia significativa entre las respuestas de los trabajadores antes y después de hacer la intervención en el cuestionario EQ-5D para la percepción individual de la salud; hay una diferencia significativa en el cuestionario TECVASP y en el cuestionario SOCRATES 8D en el reconocimiento del problema y en la ambivalencia.

Mediante el cálculo de residuos tipificados corregidos observamos de nuevo que efectivamente la diferencia entre el antes y el después de la intervención es significativa (Tabla 31):

Tabla 31. Resultados de significación de la intervención para el cuestionario Sócrates 8D antes y después de la intervención

Sócrates antes * Sócrates después Crosstabulation					
		Sócrates después			
		precontem	contem	acción	
Sócrates antes	pre	Adjusted residual	3,6	-2,4	-2,4
	con	Adjusted residual	-3,6	2,4	2,4

Por último, para evaluar si existe relación entre estas variaciones de percepción de calidad de vida relacionada con la salud en el cuestionario TECVASP y en el EQ-5d con los estadios de cambio obtenidos con el cuestionario SOCRATES 8D se realizaron dos regresiones lineales, una para cada cuestionario de calidad de vida (Tablas 32 y 33).

Tabla 32. Resultados de significación entre las diferencias de puntuación de los estadios de cambio según Prochaska y Diclemente¹⁴⁷ (SÓCRATES) y la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en consumidores (TECVASP)

Model	Coefficients a, b						
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
	1 dif precontemplación	-1,074	0,377	-0,667	-2,851	0,006	-1,831
dif contemplación	1,275	0,641	0,477	1,988	0,053	-0,015	2,565
dif acción	-0,002	0,257	-0,002	-0,009	0,993	-0,519	0,514

a. Dependent Variable: dif TECVASP

b. Linear Regression through the Origin

Regresión lineal realizada con el método *Enter*

Coefficients a, b							
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
	1 dif precontemplación	-0,450	0,221			-0,280	-2,040
2 dif contemplación	-1,074	0,367	-0,667	-2,924	0,005	-1,813	-0,336
dif acción	1,273	0,610	0,476	2,087	0,042	0,047	2,500

a. Dependent Variable: dif TECVASP

b. Linear Regression through the Origin

Regresión lineal realizada con el método *Stepwise*

Como se observa en los resultados, hay una diferencia estadísticamente significativa en los resultados obtenidos en precontemplación, independientemente del método de regresión lineal utilizado.

Tabla 33. Resultados de significación entre los resultados en los estadios de cambio según Prochaska y Diclemente¹⁴⁷ (SÓCRATES) y la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (EQ-5D)

Coefficients a, b							
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
	1 dif precontemplación	-0,154	0,046			-0,434	-3,375

a. Dependent Variable: dif EQ5D

b. Linear Regression through the Origin

Regresión lineal realizada con el método *Enter*

Los resultados para el cuestionario EQ-5D son también estadísticamente significativos para el estadio de precontemplación.

Para finalizar, mediante un análisis de Chi cuadrado, se calculó la relación entre los estadios de la motivación para el cambio antes y después de la intervención

para comprobar la significancia de la intervención. Los resultados se muestran en la Tabla 34.

Tabla 34. Resultados de significación entre los resultados en los estadios de cambio según Prochaska y Diclemente¹⁴⁷ (SÓCRATES) antes y después de la intervención.

	Value	df	Asymi. Sig. (P2 side)
Paerson Chi-Square	13,023	2	0,001
Likelihood Ratio	9,521	2	0,009
Linear-by-linear Association	11,272	1	0,001
N of Valid Cases	50	x	x

Tal y como se muestra en la Tabla 34, p valor es inferior a 0,05, por lo que sí existe una diferencia estadísticamente significativa en los resultados obtenidos antes y después de la intervención.

Por último, si bien este estudio tiene un predominio cuantitativo, se ha querido dar una vertiente cualitativa a la intervención para recoger las percepciones y los significados sobre la motivación del consumo. Estas fueron las siguientes:

- El consumo de cannabis les proporciona concentración y mejora en su rendimiento laboral, así como les ayuda a desarrollar su ingenio.
- El consumo de cocaína les permite alargar los turnos de trabajo sin necesidad de descansar y esto les permite ganar más dinero.
- El consumo de alcohol les ayuda a sociabilizarse.

7. DISCUSIÓN

7.1 LIMITACIONES RELACIONADAS CON LOS CUESTIONARIOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO.

El cuestionario elaborado para medir la prevalencia de consumo y describir el perfil de trabajador del sector del espectáculo, se basó en cuestionarios^{172,173,174} validados utilizados por el plan nacional sobre drogas y por la organización mundial de la salud y de los cuales se extrajeron las preguntas que más información podían aportar al estudio. Por este motivo, las preguntas no se volvieron a formular, si no que se utilizaran tal cual se presentaban en dichos cuestionarios y tal y como estaban escritas, pudieron dificultar la comprensión de las mismas puesto que durante el proceso de recogida de datos fueron muchas la veces que hubo que explicar que quería decir una pregunta para poder continuar.

Este fenómeno se dio sobre todo en las preguntas 7, 8 y 9 (Anexo 1) que se referían a los hábitos de consumo ya que había algunos trabajadores que no consumían y esa opción como respuesta no estaba incluida y puede haber producido sesgos en las respuestas ya que han contestado “no nunca” en preguntas relacionadas con si han intentado dejar de consumir en los últimos tres meses y lo ideal hubiera sido contestar “no consumo”. En la pregunta 10 que hacía referencia a los riesgos asociados al consumo encontraron dificultad de comprender como responder ya que se presentaban una serie de riesgos (Tabla 35) y algunos trabajadores señalaban algunos

de los riesgos como respuesta a la pregunta, en lugar de definir si ellos consideraban tener un riesgo alto, moderado o bajo en función de sus consumos.

Otra importante limitación fue que aunque el cuestionario diseñado ad hoc para evaluar el consumo de sustancias se obtuvo de cuestionarios previamente validados, el cuestionario en sí mismo no fue validado y sólo se evaluó su consistencia interna con el alfa de Cronbach.

Tabla 35. Riesgos asociados al consumo de cannabis, alcohol y cocaína

Riesgos asociados al consumo de Cannabis
Ansiedad, paranoia, pánico, depresión
Disminución de la memoria y de la capacidad para resolver problemas
Presión sanguínea alta
Asma y bronquitis
Psicosis, en particular en personas con historial personal o familiar de esquizofrenia
Enfermedades cardíacas y enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Cáncer de las vías respiratorias superiores y de garganta.
Riesgos asociados al consumo de Cocaína
Dificultad para dormir, aceleramiento del corazón, dolores de cabeza, pérdida de peso.
Aletargamiento, hormigueo, piel húmeda, rascarse o arrancarse la piel
Ansias o deseo intenso, estrés por el estilo de vida
Accidentes y lesiones, problemas económicos
Paranoia, pensamientos irracionales, dificultad para recordar cosas
Conducta agresiva y violenta
Psicosis después del consumo repetido de altas dosis
Muerte repentina por enfermedades cardiovasculares agudas
Riesgos asociados al consumo de Alcohol
Resacas, conducta violenta y agresiva, accidentes y lesiones, náusea y vómito
Disminución en el desempeño sexual, envejecimiento prematuro
Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, alta presión sanguínea
Ansiedad y depresión, dificultades en las relaciones personales, problemas económicos y laborales
Dificultad para recordar cosas y resolver problemas
Deformidades y daño cerebral en los bebés de mujeres embarazadas
Daño cerebral permanente que lleva a la pérdida de memoria, déficits cognitivos y desorientación
Apoplejía, daño muscular y en los nervios
Enfermedad del hígado y el páncreas
Cáncer de boca, garganta y mama
Suicidio

El análisis del cuestionario EQ-5D (Anexo 2) que valora la calidad de vida relacionada con la salud sin hacer referencia al consumo de drogas, pudo verse influenciado por las condiciones laborales de los trabajadores ya que sus dimensiones hacen referencia a la Movilidad, al Cuidado Personal, a las Actividades Cotidianas, al Dolor/Malestar y a la Ansiedad/Depresión. Estas dimensiones se pueden ver alteradas ya que el cuestionario pre intervención se pasó los primeros días de trabajo y el cuestionario post intervención se llevó a cabo cuando ya estaban acabando las jornadas laborales que tenían contratadas e incluso en algunos casos el último día de trabajo.

Tabla 36. Variación pre-post intervención en función de las dimensiones en el cuestionario EQ-5D.

DIMENSIÓN	VARIACIÓN PRE-POST
ANSIEDAD/DEPRESION	21 (42%)
DOLOR/MALESTAR	18 (36%)
ACTIVIDADES COTIDIANAS	16 (32%)
MOVILIDAD	10 (20%)
CUIDADO PERSONAL	2 (4%)

En la Tabla 36 se aprecia que la mayor variación se dio en la variable Ansiedad/Depresión seguida de la de Dolor/Malestar algo que difiere con estudios realizados en la Comunidad del Principado de Asturias², donde el análisis de la dimensión de dolor y malestar, mostró que un 23% de la población tiene problemas en este apartado y, en cuanto a la dimensión de ansiedad y depresión, un 13% de la población tiene problemas de este tipo. Es en las dimensiones de movilidad, cuidados personales y actividades cotidianas donde un 10% de la población tiene problemas.

Los cuestionarios Sócrates 8D y TECVASP (Anexos 3 y 4) podrían presentar los siguientes errores, según explica el catálogo de sesgos en cuestionarios de salud²¹⁹ (Tabla 37) y que quedaron de manifiesto mientras se pasaban los cuestionarios a los trabajadores.

Tabla 37. Catálogo de sesgos clasificados por fuente de los mismos en cuestionarios del área de salud en idioma español

TIPOLOGÍA	DISTRIBUCIÓN	SESGOS
Sesgos derivados de problemas en la redacción de la pregunta	A.1 Redacción no clara de la pregunta	A.1.1 Redacción ambigua A.1.2 Pregunta muy compleja o larga A.1.3 Dos o mas preguntas en un solo enunciado
	A.2 Palabras no bien definidas o de uso poco común	A.2.1 Palabras poco comunes o jerga técnica A.2.2 Palabras cuyo significado no es preciso
	A.3 Disociación entre pregunta y objetivo	A.3.1 Creencias vs Conocimientos A.3.2 Período de tiempo inadecuado para objetivo
	A.4 No se colectar dato necesario	A.4.1 Datos secundarios
	A.5 Problemas con escalas o categorías	A.5.1 Escala con poca capacidad discriminatoria A.5.2 Selección forzada (categorías insuficientes) A.5.3 Incongruencia entre pregunta y respuestas A.5.4 Intervalo faltante A.5.5 Intervalos superpuestos A.5.6 Tendencia central
	A.6 Preguntas guiadoras	A.6.1 Estructural A.6.2 Focalización A.6.3 Cadencia
	A.7 Preguntas invasoras	A.7.1 Auto defensa A.7.2 Tema delicado
	A.8 Preguntas muy cortas	A.8.1 Preguntas muy cortas
	A.9 Preguntas sin consistencia	A.9.1 Definición de caso A.9.2 Cambio de escala A.9.3 Cambio en las palabras usadas en la redacción A.9.4 Diagnóstico vago
	A.10 Negación en enunciado	A.10.1 Negación en enunciado
B Sesgos derivados de problemas con el diseño y diagramación del cuestionario	B.1 Diagramación inadecuada	B.1.1 Diagramación de respuestas B.1.2 Escalas yuxtapuestas B.1.3 Alineación respuestas
	B.2 Cuestionario demasiado largo	B.2.1 Decidir entre No o Si B.2.2 Fatiga
	B.3 Interpretación de respuestas abiertas	B.3.1 Respuesta abierta
	B.4 Estructura del cuestionario	B.4.1 Saltos en el cuestionario
C Sesgo derivados de problemas con el uso del cuestionario	C.1 Falta de objetividad del entrevistador	C.1.1 Entrevistador C.1.2 Expectativa
	C.2 Reacción psicológica del respondedor	C.2.1 Aversión a los extremos C.2.2 Satisfacción positiva
	C.3 Reacciones conscientes psicológicas	C.3.1 Respuestas falsas y premeditadas C.3.2 Aceptabilidad Social C.3.3 Enfermedad estigmática C.3.4 Rechazo social o cultural C.3.5 Sospecha de causa
	C.4 Aprendizaje de respondedores	C.4.1 Aprendizaje C.4.2 Anticipación de la hipótesis
	C.5 Recuerdo defectuoso	C.5.1 Mínimo esfuerzo C.5.2 Fuente secundaria C.5.3 Memoria
	C.6 Barrera socio-cultural	C.5.4 Telescópico C.6.1 Socio cultural

FUENTE: Catálogo de sesgos o errores en cuestionarios sobre salud²¹⁹.

Tal y como se ha explicado el sesgo A.5.1 (escala con poca capacidad discriminatoria), es uno de los que se ha detectado. Otro de los detectados fue el A.7.2 (tema delicado), dado la delicadeza del tema y las dudas que generaba el hecho de que

si eran sinceros podría poner en peligro su puesto de trabajo. Cada uno de los cuestionarios que tuvieron que autocumplimentar los trabajadores, utilizaba una escala diferente de medición y, esto también pudo influenciar el resultado (A.9.2 cambio de escala).

El cuestionario creado para el estudio llevado a cabo pudo resultar muy largo ya que aunque se llegó a la conclusión que el tiempo estimado para la realización del mismo sería de 20 minutos tras la valoración por el grupo de expertos y por el grupo control, los trabajadores necesitaron una media de 35 minutos (B.2 cuestionario demasiado largo). Además pudieron memorizar las preguntas y contestar en función de lo que recordaban al realizar por segunda vez el cuestionario y dar una respuesta acorde con lo que se espera de un trabajador (C.5.3 memoria) (Tabla 37).

7.2 LIMITACIONES RELACIONADAS CON LOS TRABAJADORES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Los trabajadores afectados por esta problemática y que admitieron ser consumidores manifestaron su miedo a perder el puesto de trabajo y que las repercusiones fueran negativas para el propio trabajador y su familia haciendo referencia incluso a que se les pudiera interponer una multa o a que los datos recogidos fueran revelados a la policía.

En el artículo 54.2 f) del estatuto de los Trabajadores se recoge la siguiente definición: *“Se consideran incumplimientos contractuales: (...), la embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo”*¹³⁸. El concepto de toxicomanía que se emplea en la totalidad del Estatuto de los Trabajadores es el de adicción a cualquier tipo de droga: alcohol, tabaco, cocaína, cannabis y cualquier otra sustancia estupefaciente que por su cualidad pueda crear una adicción en la persona.

Para que el artículo 54.2 f) pueda ser aplicado, los tribunales entienden que deben reunirse dos requisitos:

- Que el consumo no sea esporádico, que sea habitual.
- Que, además, repercutan negativamente en el trabajo.

Lo que suele ocurrir realmente es que, si se da el primer requisito, prácticamente será imposible que no se dé el segundo pero si el consumo es habitual y no hay repercusión negativa, algo que por otra parte deberá demostrar el empresario, será difícil que concurra un despido disciplinario puesto que los dos requisitos han de concurrir de forma clara, directa y suficiente para que pueda darse la causa disciplinaria susceptible de ser sancionada con el despido²²⁰.

Con esta información, probablemente los trabajadores perderían el miedo a participar en el estudio ya que algunos rehusaron la participación por el miedo mencionado.

Por otro lado, hay que añadir que otra de las limitaciones del estudio es que, aunque se les ha preguntado por sus hábitos de consumo de tabaco, no se han tenido en cuenta los resultados de la misma ya que muchos trabajadores consumidores de cannabis admiten consumir esta droga pero no tabaco. Esto se ha hecho porque la mayoría de los consumidores de cannabis admiten consumirla fumada mezclada con tabaco y por lo tanto eso los haría consumidores de nicotina también.

7.3 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES ASOCIADOS A LOS HÁBITOS DE CONSUMO

Del total de la muestra (N=284), solamente 15 trabajadores refirieron no haber consumido alguna de las sustancias por las que se les preguntó, por lo que podemos afirmar que la muestra representa al perfil de trabajador-consumidor ya que tal y como afirmó la asociación de Proyecto Hombre en su informe sobre el perfil del drogodependiente, el consumidor suele ser varón de unos 30 años y sin estudios o con estudios básicos y que viven con algún miembro de la familia nuclear o de origen²²¹.

La muestra, formada mayoritariamente por hombres, tiene una media de edad de 31,8 (DT=8,2) años, en la cual prácticamente la mitad no tiene estudios o si los tiene son primarios (EGB o ESO), pero en la que el resto, tiene estudios medios y superiores. En su mayoría viven con personas emparentadas, bien la familia de origen o bien su parejas e hijos/as. El hecho de que el porcentaje de hombres sea mayor que el de mujeres, concuerda con estudios anteriores relacionados con el consumo de drogas en el ámbito laboral a nivel nacional en la Comunidad Valenciana²⁰⁸ y en la Comunidad de Madrid²⁰⁹. Otros estudios sobre drogodependencias avalan también esta distribución mayoritaria de hombres como el Informe Europeo sobre drogas del año 2015⁷⁹ en el que el género masculino representa aproximadamente el 80% de los consumidores.

Las condiciones laborales reflejan que el 40% de los trabajadores encuestados realizan trabajos en horas nocturnas, a turnos rotarios (unos días de mañana y otros de noche), alargando la duración de la jornada establecida y con la percepción de tener que estar trabajando por encima de sus posibilidades con bastante frecuencia. Recordemos que en el sector laboral del espectáculo, las jornadas son de 12 horas diurnas o nocturnas, generalmente repartidas entre las 8:00 y las 20:00 o entre las 20:00 y las 8:00. El artículo 36 del Estatuto de los Trabajadores¹³⁸ considera trabajo nocturno el realizado entre las diez de la noche y las seis de la mañana, por lo tanto, las horas establecidas en la jornada acaparan el total de la jornada nocturna y 4 horas de jornada considerada diurna. Otro criterio establecido en este mismo artículo es que estos trabajadores no podrán realizar horas extras. Dicho esto, esas 4 horas deberían ser

realizadas por otro trabajador. El estudio comparativo de puestos de trabajo con turnicidad elaborado por el Instituto Nacional de seguridad e Higiene en el Trabajo²²⁴ refleja que aproximadamente un 30% de la población laboral general (diferente de la población que se ha llevado a estudio en este trabajo) realiza trabajos a turnos y/o nocturnos recibiendo por ellos un complemento específico reflejado en su nómina a final de cada mes. Los trabajadores del sector laboral del espectáculo no reciben una retribución específica ya que se ha establecido así por su propia naturaleza puesto que la mayoría de eventos tienen lugar en horarios nocturnos. Solo el 11,6% de la estudiada población, tiene un contrato indefinido. Esto significa que los demás, refiriéndonos a aquellos que están con contratos temporales o por obra o servicio e incluso sin contrato, cobran según las horas trabajadas, elevando así, el número de horas que finalmente acaba haciendo un trabajador cada día puesto que será lo que les haga ganar un mejor salario en menos tiempo.

Los trabajadores que trabajan a turnos rotarios y/o realizan trabajos nocturnos, tienen peor salud física que los trabajadores no expuestos a turnicidad o de turnos rotatorios y peor salud física y mental que la media de la población general española²²⁵. El trabajo a turnos altera uno de los ritmos circadianos básicos que es el de sueño-vigilia. El cuerpo está biológicamente preparado para estar activo de día. Cuando se producen alteraciones en este ritmo con el trabajo a turnos, se incrementa un 40% el riesgo de padecer enfermedades coronarias, incluso habiendo eliminado el efecto de otros factores como determinados hábitos de vida²²⁵. Si esta alteración se controla planteando, por ejemplo, descansos entre turnos, este riesgo se reduce. Entre las enfermeras de un hospital de Finlandia, colectivo que se caracteriza entre otras cosas por tener durante su vida laboral un trabajo a turnos, se midió el efecto sobre la salud de un aumento en la autonomía en el horario de trabajo. Los resultados evidenciaban que un 40% señaló mejoras en el clima laboral y en su vida social y familiar²²⁶.

La *European Foundation for the Improvement of Living and Working conditions* recoge en su informe²²⁷ sobre uso de alcohol y drogas en el trabajo, en referencia a lo anteriormente expuesto, que aquellos trabajadores que están bajo estas condiciones laborales son los que consumen más cannabis, cocaína y alcohol, hecho que concuerda

con los resultados del estudio que nos atañe y que ofrece que más del 70% de los trabajadores consumidores realizan trabajos a turnos y/o nocturnos. Este mismo informe²²⁷ admite que los trabajadores expuestos a condiciones climáticas extremas consumen más alcohol que otros que no lo están, bien para entrar en calor si las condiciones son de frío o bien para refrescarse, si hace mucho calor. Más del 50% de la población encuestada admitió tener que enfrentarse a condiciones de trabajo adversas con una frecuencia media. La media de UBE's consumidos por los trabajadores del sector del espectáculo es de 5,28 UBE/día. Se establece que 1 UBE es equivalente a 10 gramos de alcohol puro⁹, por lo tanto podemos afirmar que la media de alcohol puro consumida diariamente por este sector laboral es de 52,8 gramos. Si tenemos en cuenta que la recomendación de la OMS²²⁸ con respecto al consumo de bebidas alcohólicas, la cual advierte que no se deben superar los límites de 20 gramos de alcohol en las mujeres y de 40 gramos diarios en hombres²²⁹, la población laboral del sector del espectáculo es una población con un consumo perjudicial según establece la propia OMS y otros autores^{36,65,229,230}. En la muestra con la que finalmente se llevó a cabo la intervención motivacional de enfermería, el consumo medio diario en el último mes fue de 5,54 UBE's al día (DT=1,93) y consumieron una media de 23,04 días (DT=9,36).

7.4 DISTRIBUCIONES ESPECÍFICAS PARA LOS CONSUMOS DE CANNABIS, ALCOHOL Y COCAÍNA

La última encuesta EDADES (Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España)²³¹ publicada sobre consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España refleja que la población laboral española ha consumido alguna vez en la vida alcohol en un 94,5% frente al 94,7% de la población laboral del sector del espectáculo; cannabis un 33,5% frente a un 83,5%; cocaína un 12,4% frente al 48,6% de la población de estudio y un 4,5% han consumido alguna vez en la vida alucinógenos frente al 31,7% que lo ha hecho de la población laboral del espectáculo. Como se observa tanto en los datos que aporta la encuesta EDADES como el Informe mundial sobre drogas para la población general³⁴, vemos que el consumo de cannabis en la misma situación que se está tratando, es decir, que se haya consumido alguna vez en la vida, es muy superior en el sector laboral del espectáculo. Lo mismo ocurre en el caso de la cocaína y los alucinógenos, mientras que para el alcohol, los valores son muy similares en cualquier sector laboral.

En la Unión Europea²²⁷, España está a la cabeza en el consumo de alcohol en el trabajo, por detrás de Portugal en el 53% de la población laboral refiere consumir más de 3 días en una misma semana, seguida de Italia con un 38% y en tercer lugar España con un 33%.

A la luz de los datos que arrojan estos informes y el propio estudio que se ha llevado a cabo, la normativa publicada por el Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Comunidad de Madrid¹⁷², no tiene en cuenta como riesgo el estado en el que el trabajador pueda estar en su puesto de trabajo bajo los efectos de sustancias estupefacientes como son el cannabis, la cocaína o los alucinógenos, valorando eso sí, las condiciones climáticas, la gran variedad de oficios que confluyen o la excesiva duración de las jornadas de trabajo. Además, los trabajadores del sector laboral del espectáculo refirieron tener una percepción baja sobre el riesgo que conlleva el consumo de dichas sustancias. A pesar de esta baja percepción estos trabajadores consideran que la problemática del consumo de drogas en el trabajo es bastante o muy importante en más del 60% de los encuestados. Estos datos vuelven a coincidir con lo

publicado por la encuesta EDADES²³¹ donde las personas que admiten ser consumidoras admiten percibir un riesgo bajo para con el consumo de ciertas drogas y reflejando que el consumo de tabaco para estas personas es más peligroso que el consumo de cannabis.

Respecto a los consumos en los últimos tres meses, más del 60% consume alcohol diaria o semanalmente, más del 40% lo hace con el cannabis y alrededor del 8% con la cocaína de manera semanal y/o mensual. Casi el 7% de la población consumidora de estimulantes lo hace también semanal o mensualmente. Estos datos contrastan drásticamente con los ofrecidos por el Informe 2015 de alcohol, tabaco y drogas ilegales en España²³² donde la media nacional de consumo de alcohol el último mes es del 25% y de Cannabis es del 6,6%. Para la cocaína el 1% refiere haber consumido en el último mes y el 0,3% lo hace con los estimulantes; o con el Informe Europeo sobre drogas²³³ donde los consumos anuales son del 5,7%, 1% y 0,5% para el cannabis, la cocaína y los estimulantes respectivamente. Ya en el año 1987, un estudio¹⁴⁰ publicó que el 24% de la población trabajadora eran consumidores abusivos de alcohol. La problemática que arrojan estos resultados resulta más que evidente para justificar la intervención de enfermería para con este colectivo como también lo justifican si comparamos estos mismos resultados con el estudio sobre la incidencia de la drogas en el medio laboral de la Comunidad Valenciana²²² donde vuelve a darse una diferencia estadísticamente significativa (alcohol: 8,9%, cannabis: 4,5%, cocaína: 3,7%, estimulantes: 0,4%).

En los últimos años se detecta un interés cada vez mayor sobre la coexistencia del consumo de varias sustancias de abuso⁹⁵ (Tabla 38). En nuestro estudio ha quedado evidenciado el alto policonsumo de estas sustancias que se da en el sector del espectáculo y que deja en evidencia una vez la problemática ante la que nos encontramos. En esta línea, los valores mostrados en el estudio que se ha llevado a cabo respecto a los consumos de cannabis más alcohol, este último de forma abusiva, la incidencia de policonsumo (alcohol consumo abusivo y cannabis, cocaína y/o estimulantes), es similar a los que muestra informes previos de la Comunidad Valenciana²²².

Tabla 38. Comparación de los resultados del estudio llevado a cabo en el sector laboral del espectáculo frente a resultados arrojados por diferentes estudios para el policonsumo de alcohol abusivo (>6 UBE's/día) en asociación con el cannabis, la cocaína y los estimulantes

SUSTANCIA	CANNABIS	COCAÍNA	ESTIMULANTES
Manual de trastornos adictivos ⁶⁹ .		25,1%	7,5%
Incidencia de la drogas en el medio laboral de la Comunidad Valenciana ²²²	38,1%	14,3%	0,2%
La incidencia de las drogas en el medio laboral de la comunidad de Madrid 2006 ²²³ .	52,0%	26,8%	3,4%
Informe 2015. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España ²³² .	58,5%		
SECTOR LABORAL DEL ESPECTÁCULO	66%	28%	10%

FUENTE: Elaboración propia a partir de los estudios mencionados en la tabla.

Con referencia a los motivos que llevan a los trabajadores a consumir, el informe ejecutivo sobre consumo de alcohol, drogas y otras sustancias en el ámbito laboral¹⁰, expone que habría diferentes factores laborales que promoverían dichos consumos, tales como condiciones ambientales físicas como ruido, exposición continua a vibraciones, trabajos con excesivo frío o calor o sociales como los trabajos nocturnos. Valora también que otros motivos serían aquellos asociados a la propia actividad como inestabilidad laboral, ruptura del estándar de tiempo de trabajo, ambigüedad y conflicto en el papel a asumir en el trabajo, aislamiento físico o psicológico, largos periodos de ausencia del hogar, trabajo emocional o, en general, los aspectos que definen normalmente un trabajo precario²³⁴. La población laboral del sector del espectáculo no refirió esto como alguno de los motivos posibles de consumo si no que, el 70,1% admitió consumir por placer y solo el 2,46% dijo hacerlo por problemas o situaciones derivadas del ámbito laboral. Cabe destacar que las características citadas para definir el trabajo precario como tal, serían las que describirían perfectamente la situación de muchos trabajadores de este sector:

- Trabajos en condiciones climáticas extremas de frío o calor.
- Semanas intensas de trabajo.
- Jornadas prolongadas de más de 12 horas diarias.
- Trabajos a turnos o nocturnos sin una planilla prefijada.
- Contratos por obra o servicio remunerados en función de las horas trabajadas en los que el día de descanso o una baja no se cobran.
- Trabajos de alto riesgo ya que así se definen estos trabajos en la Ley de PRL² puesto que son trabajos en altura y donde hay varias empresas confluyendo compartiendo el espacio de trabajo.

No hay que olvidar que la percepción del riesgo que presenta este sector laboral es muy baja o nula en más del 60% de los casos. En estos casos, el riesgo puede percibirse como una característica objetiva de los diversos elementos que conforman el ambiente físico pero, dejar que toda la responsabilidad del riesgo recaiga sobre dicha situación puede enmascarar aquellos comportamientos que sacan a la luz trabajadores no preventivos o peligrosos²³⁵. Cuando además, el riesgo se convierte para el trabajador en algo habitual con lo que convive día a día y enfrentarse a él se convierte en su rutina, la percepción que se tiene del mismo cambia y nada tiene que ver con la realidad y es en esos casos cuando demuestra que en la mayoría de las ocasiones es el ser humano el responsable de los accidentes. Por este motivo, los factores de índole psicosocial se deben considerar prioritarios a la hora de diseñar programas de acciones preventivas²³⁶.

Por otro lado, debemos añadir el riesgo que consideran tener los trabajadores que si consumen cannabis, alcohol y cocaína respecto a esos consumos. Tal y como se viene observando en nuestro estudio, la tendencia de los datos en este punto vuelve a ser muy preocupante. En el último informe sobre drogas ilegales en España que data del año 2015 y en el anterior que fue en el año 2013^{232,237}, se observa que hay una opinión generalizada sobre el elevado riesgo que supone un consumo tanto esporádico como habitual de sustancias tales como la cocaína y los estimulantes: el 72,4% de la población opina que así, porcentaje que cae de un año al otro pero que sigue manteniéndose elevado. Por otro lado, según este mismo informe ha disminuido la

percepción del riesgo asociado a probar la sustancia ilegal más generalizada, el cannabis, y es el 61,2% de la población la que opina que consumir cannabis puede conllevar problemas. La ingesta intensiva de alcohol a diario se encuentra fuertemente relacionada con la percepción de aparición de problemas (90,7%). No hay que olvidar que estas encuestas se han pasado a una población general, no se centran solo en los trabajadores pero no deja de ser preocupante que los datos obtenidos en nuestro estudio difieran tanto de estos ya que solo 7,7% asocia un riesgo alto de tener problemas el consumir cannabis, el 4,4% el consumir alcohol y el 14,2% el consumir cocaína.

Ahora bien, a tenor de cuanto dispone el art. 4.2 de la Ley de PRL², *“se entenderá como riesgo laboral la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo”*, muchas de las personas responsables de estos trabajadores podrían centrar su discurso en este supuesto pues el consumo o abuso del alcohol no es un hecho *“derivado del trabajo”*, sino una conducta fuera de lo laboral propiamente dicho (o al margen de la obligación de buena fe que debería ser asumida por el trabajador de no llegar a estar voluntariamente en un estado que le impida efectuar su trabajo tal y como se espera y con el cuidado pertinente) no relacionada con el quehacer productivo propiamente dicho. Esto contrasta con el enunciado que dio pie a este trabajo, el alcohol y las drogas provocan el 45% de los siniestros laborales graves¹⁰, los bebedores multiplican por 3 la probabilidad de sufrir un accidente en él, perdiendo muchos más días laborables por enfermedad. El uso de cannabis afecta negativamente a la capacidad de realizar tareas que requieren atención y concentración, aumentando, debido a esta distracción, el riesgo de accidentes laborales. Muchos consumidores de cocaína pueden tener problemas, tanto en tareas que requieran atención y concentración como por absentismo laboral y otras consecuencias³⁶.

Cuando se plantea un problema como el que estamos tratando, la respuesta que se suele encontrar por parte del empresario son del tipo *“aquí no hay un problema”*, *“no es una prioridad”* o *“daría mala imagen”*²²⁰. Al analizar los resultados observamos

que el 11,3% de los trabajadores admite tener a su proveedor habitual en el centro de trabajo y además el 3,9% consume en el lugar de trabajo y más del 60% afirmó que conocía a compañeros consumidores en su entorno laboral habitual, dato significativamente superior al que se aporta en un estudio publicado en 2008³⁶ donde era un 2% el que consumía en el centro donde presta servicio y en el cual el 55% de los trabajadores admitían ser conocedores de otros compañeros consumidores. Hay que añadir que en nuestro estudio el 46,8% de los trabajadores encuestados del sector laboral del espectáculo refiere haber tenido problemas laborales asociado al consumo de drogas y que para el 66% de los mismos el problema del consumo de drogas en el trabajo es un problema importante y valoran que lo es porque provoca accidentes laborales (44,01%), genera mal ambiente entre los compañeros (40,85%) y disminuye el rendimiento y la productividad (37,32%).

Por último, hay que añadir que del total de trabajadores que admiten ser consumidores de cannabis, alcohol y cocaína más del 90% en los tres casos se consideran consumidor abusivo. Por un lado, los propios trabajadores deberían intentar disminuir en la medida de lo posible este abuso de sustancias. Pero también, por otro lado, una vez que el consumo del alcohol o de otra sustancia ha derivado en una situación problemática en la empresa debe ser tanto el empresario, como el trabajador junto con el Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo, atendiendo a las singularidades y problemáticas de cada caso concreto, quienes establezcan los procesos y actuaciones que considere más adecuados.

La empresa debería hacerse cargo de¹⁴¹:

- a) Informar y orientar sobre las posibilidades existentes en la Comunidad Autónoma donde esté situada la empresa, para atender problemas relacionados con las drogas. Cuando se le preguntó al trabajador del sector del espectáculo sobre el tipo de ayudas que deberían ofrecer las empresas a los trabajadores para combatir el problema del consumo de drogas en el ámbito laboral, el 64,8% respondió que les gustaría recibir formación e información acerca de cómo tratar el problema y como combatirlo

- b) Transmitir motivación a todo el personal trabajador, independientemente de si es drogodependiente o no. El 41,9% de los trabajadores admitieron que les gustaría que sus empresas tuvieran con ellos una actitud abierta al diálogo.
- c) Derivar al trabajador enfermo a los recursos comunitarios, para evitar que influya negativamente en la vida privada y lograr aumentar la eficacia de la intervención. El 35,9% de los trabajadores refieren que les gustaría ser orientados a centros especializados.
- d) Pedir permiso al trabajador para realizar el seguimiento de la persona enferma mediante contactos con el centro terapéutico y con el trabajador. Al 45,8% de los trabajadores del sector del espectáculo le gustaría efectivamente que las empresas tuvieran contacto con los centros rehabilitadores.
- e) Otro conjunto de actuaciones sencillas como consejos médicos del servicio de prevención, guías de autoayuda, reconocimiento de los logros, etc.

Una manera de controlar este consumo sería realizando controles analíticos y de alcoholemia de manera aleatoria. La determinación de alcohol y drogas es legalmente posible siempre y cuando el consumo de estas sustancias constituya un riesgo para el propio trabajador; para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa. Debería firmarse un consentimiento informado sobre los que se va a hacer y garantizando la legalidad en la recogida, transporte y análisis de la muestra así como la intimidad y la dignidad del trabajador^{238,239}. Dicho esto, el 30,6% de los trabajadores de la muestra estudiada, refirieron que el realizar analíticas sería una buena opción de contrarrestar el problema. Los gastos de las analíticas deberán correr a cargo de la empresa³⁵. Existen kits de detección de metabolitos de marihuana y cocaína en las primeras veinticuatro horas de consulta²⁴⁰. Las tiras reactivas que conforman el kit detectan la presencia de cocaína independientemente de la vía de administración o la presentación. En Estados Unidos, las pruebas de detección de consumo de drogas en el lugar de trabajo han crecido a un ritmo constante en los últimos 20 años. Es probable que casi la mitad de la mano de obra estadounidense sea examinada para saber si están bajo los efectos de las drogas o el alcohol drogas ilegales cada año²⁴¹. Estos test son rápidos, sencillos, baratos y de elevada fiabilidad (98%)^{242,243}. Otra manera sería la NIC que proponemos a continuación.

7.5 ASPECTOS RELACIONADOS CON LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE DE ENFERMERÍA

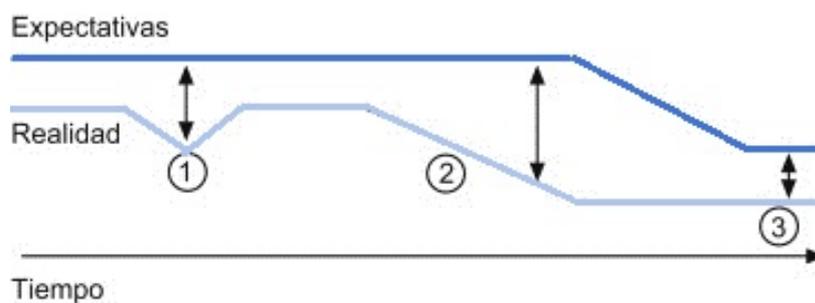
Dado que no existen estudios previos en una población similar a la estudiada en el plano laboral, pero si los hay en cuanto al consumo de drogas y a las adicciones se refiere, se tomó como referencia un estudio reciente sobre la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve (TPMB)^{143,144}. Con la adaptación realizada para enfermería y para el tipo de muestra seleccionada, y puesto que no disponemos de un estándar con el que comparar, discutiremos los resultados comparados con otras terapias que se han mostrado eficaces para con la problemática de las drogas en otros ambientes y/o pacientes. Tampoco disponemos de un grupo control con el que demostrar la eficacia de la misma pero si disponemos de resultados pre y post intervención que pondrán de manifiesto la efectividad de la intervención llevada a cabo.

Es importante señalar que con la realización de la intervención motivacional breve de enfermería se persigue que disminuya la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de cada trabajador, para, que de esta forma, aumente la motivación por el cambio.

El patrón de consumo de los 50 sujetos seleccionados para participar en la intervención sigue la línea del total de la muestra: la sustancia más consumida en el último mes previo a la intervención fue el cannabis (56% de la muestra), seguida por el alcohol (18%) y por la cocaína (7%). También podemos considerar la muestra de la intervención similar a la muestra global del estudio, con un predominio de varones con una edad media de los participantes en la intervención de 31,6 años (DT = 6,9).

Su percepción sobre su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) medida mediante el cuestionario EQ-5D²¹¹, sufrió un incremento a la baja de 1,49 puntos entre el antes y el después de la intervención. Una encuesta publicada en 2010 sobre calidad de vida en el trabajo obtuvo un valor medio de 7,4²⁴⁴. Los trabajadores del sector laboral del espectáculo tras la intervención se auto valoraron con una media de 6,5 puntos. La evaluación de la calidad de vida en atención primaria tiene un papel muy importante y resulta imprescindible puesto que se centra realmente en la persona

incorporando la percepción del paciente como una necesidad en la evaluación de resultados en salud²⁴⁵ por lo que este resultado en el que la variación, además siendo analizada estadísticamente mediante la t-student presenta una diferencia significativa antes y después de la intervención (Tabla 28), muestra un primer indicio de que la intervención resultó ser efectiva puesto que no pretendemos hacer sentir peor al trabajador pero si queríamos que se planteara que tiene un problema y que debe hacer algo para solventarlo, aunque como puede observarse en las diferentes dimensiones del cuestionario (Figura 30), además de la puntuación que cada uno otorgó a su estado de salud, se descifraba un estado de salud en el que no se hace referencia alguna al consumo de drogas pero que si presentó un cambio evidente en la dimensión que valora las realización de las actividades cotidianas donde 8 trabajadores presentaron algunos problemas para realizar estas actividades tras la intervención. En la dimensión que valora el dolor y el malestar fueron 9 los trabajadores que presentaron un cambio. Finalmente en la dimensión que mide el estado de depresión y/o ansiedad, 11 trabajadores admitieron estar pasando por este proceso. Esto puede explicarse en la Gráfica 50, en la que se aprecia que el trabajador antes de la intervención tenía unas expectativas y tras la misma se le enfrentó a la realidad.



En el tiempo 1, el paciente que sufre un episodio agudo y se recupera completamente. Su CVRS es la misma que al inicio. En el tiempo 2, el sujeto sufre un episodio crónico, la diferencia entre las expectativas y la realidad se agranda y, por lo tanto, sufre un deterioro de su CVRS. En el tiempo 3, el sujeto reajusta sus expectativas y la diferencia entre éstas y la realidad es la misma que al inicio y su CVRS no se modifica.

Fuente: La Calidad de Vida relacionada con la Salud²⁴⁶.

Gráfica 50. Modificación de la CVRS en un sujeto con el paso del tiempo.

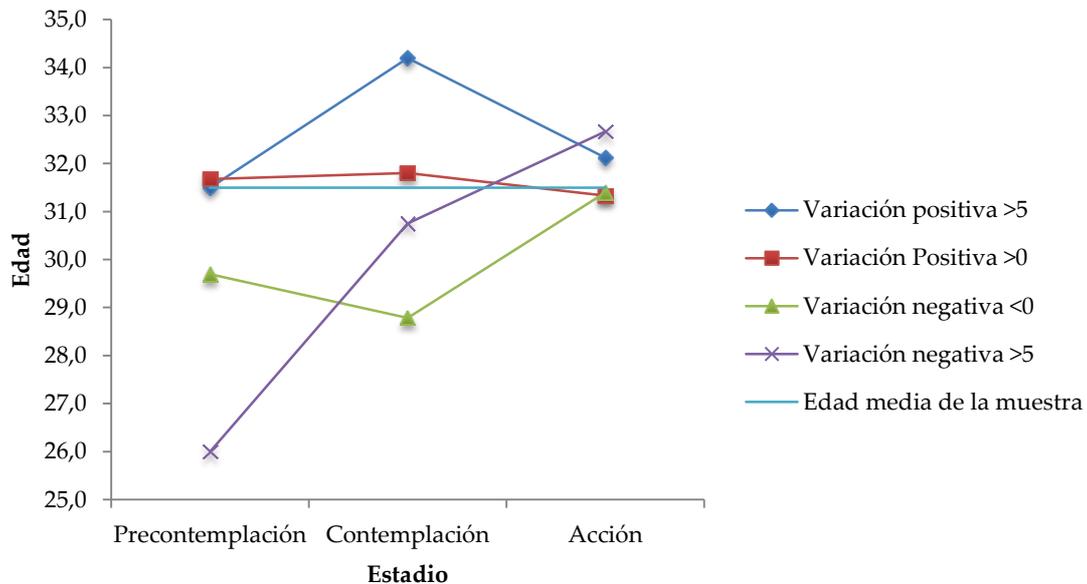
Varios estudios^{113,247} estimaron que los adultos que cumplieron con los criterios de ser consumidores usuales también experimentaron un episodio depresivo lo que viene a justificar ese aumento en la dimensión de la depresión/ansiedad del cuestionario EQ-5D.

En la motivación por el cambio, medido con el cuestionario Socrates²¹³, antes de la intervención, 44 sujetos se encontraban en la fase precontemplativa y 6 en la contemplativa, mientras que tras la intervención 4 de los 6 trabajadores contemplativos pasaron a la fase de acción y 2 de los precontemplativos pasaron a contemplativos. Por último, 2 de ellos se mantuvieron en estado de contemplación aunque aumentaron su puntuación y se acercaron más a la idea de pasar a la fase de acción. El análisis estadístico muestra una diferencia estadísticamente significativa entre el antes y después de la intervención (Tabla 30) en los estadios de precontemplación y contemplación. Hubo 2 trabajadores que después de la intervención pasaron a un estado de negación y estando previamente en un estado de contemplación retrocedieron al estado de precontemplación¹⁴⁷. El aumento de puntuación en todas las fases post intervención puede ser debido a la buena relación que se creó entre el grupo al que se le realizó la intervención y la profesional que la llevaba a cabo ya que se involucraron de manera positiva¹⁴³.

El hecho de que la intervención haya hecho que los trabajadores aumenten su motivación por el cambio en cada estado se presenta como un buen resultado para afirmar que la intervención motivacional breve de enfermería ha sido efectiva. La eficacia de las terapias motivacionales como puede ser catalogada la intervención realizada en el estudio, mejoran la motivación para el cambio¹¹³, disminuye el consumo de sustancias y mejora la probabilidad de hacer la transición al tratamiento ambulatorio²⁴⁸. Según la Sociedad Panamericana de la Salud²²⁹, las intervenciones catalogadas como breves son efectivas para reducir el consumo perjudicial y de riesgo y es necesario asesorar a ocho participantes para que se beneficie uno de ellos. Este dato es coincidente con los resultados obtenidos en el cuestionario SOCRATES ya que de los 50 trabajadores que formaron parte de la intervención, 6 fueron los que mostraron un cambio.

$$\frac{50 \text{ Trabajadores}}{8 \text{ Participantes}} = 6,25 \text{ deberían presentar un cambio} \approx 6 \text{ Personas Beneficiarias}$$

Dicho esto, los cambios que se aprecian en los trabajadores siguen un patrón generalizado puesto que en aquellos casos que ha habido un aumento en la puntuación en cualquiera de las fases están por encima de la edad media de la población participante de la intervención (por encima de 31,5 años), la sustancia con la que iniciaron el consumo fue el cannabis y la edad con la que comenzaron a consumir fue antes de los 17 años. Este dato contrasta con la última encuesta EDADES⁵⁰ donde, la edad de inicio de consumo del cannabis es 18,6 años, mientras que aquellos que presentaron una variación negativa, es decir, retrocedieron del estadio que se encontraban antes de la intervención, tienen una edad por debajo de la media excepto en el caso de aquellos trabajadores que presentan una variación negativa mayor de 5 puntos, los cuales, curiosamente, son los que presentan una edad más alta (32,7 años) (Gráfica 51). Cabe destacar además que la sustancia de inicio en aquellos trabajadores en los que su variación es menor de 5 puntos en cualquiera de las fases es el cannabis, mientras que los que presentan una diferencia de puntuación de más de 5 puntos tienen como sustancias de inicio el alcohol y el cannabis, ambas en igual proporción y la edad de inicio de consumo fueron los 18 años.



Gráfica 51. Edad de los sujetos en la que se han producido las variaciones de estadio frente a la edad media de la muestra participante de la intervención.

Tal y como se ha publicado en algunos estudios^{39,50,249} la edad en la que las personas son más vulnerables al consumo oscila entre el rango entre 20 y 29 años lo que concuerda con aquellos trabajadores que han experimentado un cambio en retroceso tras la intervención probablemente debido a los factores ambientales y psicosociales^{250,251} o tal vez por la reactancia activada²⁵² tras la participación de la intervención por el miedo a perder sus puestos de trabajo.

Otro de los instrumentos de medida que se utilizó para comprobar la eficacia de la intervención motivacional breve de enfermería, fue el cuestionario TECVASP²⁰⁰. Los resultados obtenidos en este estudio muestran una puntuación media de la muestra previamente a la intervención de 89,16 puntos (DT = 8,29). Teniendo presente que el rango de puntuaciones es de 22 a 110 puntos, el mayor porcentaje de puntuaciones se observa en el rango comprendido entre los 91 y 100 puntos (40%) (Gráfica 48), y a continuación entre los valores 81 y 90 puntos (38%). Tras la intervención, la puntuación media descendió a 83,48 (DT = 13,03) dándose el mayor porcentaje de puntuaciones en el rango 81-90 (32%) seguido por dos rangos empatados entre si: 71-80 y 81-90 (24%). Estos datos difieren drásticamente con los ofrecidos por un estudio que valoraba la fiabilidad y la validez de dicho cuestionario¹⁹⁹ en el que se muestra una puntuación media de la muestra de 73,4 puntos (DT = 13,7) y un rango de mayor porcentaje de 71 y 80 puntos (28%), y a continuación entre los valores 61 y 70 puntos (24,9%). La población que se utilizó para este estudio fueron pacientes ingresados en comunidades terapéuticas y el 56,5% se encontraba en fase de desintoxicación y el 30,9% estaba en la fase de deshabitación. Esto explicaría la diferencia de puntuaciones ya que nuestra población antes de la intervención no se han planteado los problemas y los riesgos que conlleva el consumo de las sustancias estudiadas por lo tanto su realidad de la calidad de vida relacionada con la salud está distorsionada (Gráfica 50).

De esta intervención se obtuvieron los días consumidos en el último mes y las cantidades consumidas el día anterior a la participación en la intervención. De aquí se extrajo que el consumo medio de alcohol y cannabis fue de más de 20 días en el último mes para ambas sustancias siendo superior el dato del cannabis que resultó de 26,62 días (DT=8,84) (Tabla 20). El consumo medio diario de alcohol fue de

5,54 UBE's (DT=1,93), de cannabis 3,08 gramos (DT=1,10), teniendo en cuenta que las respuestas de los trabajadores estaban dadas en número de cigarrillos de cannabis consumidos y se calculó el equivalente en gramos valorando que cada cigarrillo tiene una concentración equivalente a 0,5 gramos de cannabis^{253,254}. Publicaciones realizadas sobre el consumo problemático del cannabis^{69,255,256}, vienen a corroborar que el consumo de cannabis que se da en el sector laboral del espectáculo es de riesgo pero por otro lado, la encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España³⁹, donde catalogan los consumos por la actividad laboral desempeñada, encontramos un apartado de actividades artísticas, recreativas y deportivas que afirman que dentro de este sector laboral solo el 10,4% ha consumido cannabis en los últimos 30 días mientras que en el presente estudio se obtuvo un valor del 74% (N=50) y del 35,59% (N=284). Estos datos difieren entre sí puesto que para la primera parte del estudio la elección de la muestra fue aleatoria, es decir, el único requisito para responder el cuestionario *ad hoc* era ser trabajador del espectáculo, sin tener en cuenta si era o no consumidor, mientras que para la intervención era condición *sine qua non* que los seleccionados fueran consumidores de una o varias sustancias. Con referencia a la encuesta³⁹ es probable que, puesto que los trabajadores del sector con el que se ha realizado la presente tesis doctoral no tienen un convenio colectivo, muchas veces a los montadores de los escenarios se les cataloga como obra de construcción. Si esto fuera así, el consumo asciende al 11,4%, dato que sigue estando muy alejado de la realidad ante la que nos encontramos.

Con respecto al alcohol, los consumos en los últimos 30 días suponía el 79,23% del total de la muestra participante en la primera parte del estudio (N=284) y del 92% si los datos los extraemos de los participantes en la intervención.

Los consumos en el último mes de cocaína fueron de 3,43 días en el último mes (DT=2,29) y 1,32 gramos diarios (DT=0,67). Volviendo al análisis realizado para el cannabis, los datos de la encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España³⁹ confirmaron un porcentaje de consumo para el sector de las actividades artísticas, recreativas y deportivas del 5,6% y en la construcción del 3,9% frente al 28% que obtuvimos en la muestra para la intervención y el 9,61% de la población inicial. Las anfetaminas se consumieron 1,79 días en el último mes (DT=1,70)

y las cantidades diarias consumidas fueron de 1,70 unidades (DT=1,40). Finalmente los sedantes presentaron una frecuencia de consumo de 23,30 días en el último mes (DT=11,55) y las cantidades consumidas fueron 1 unidad al día (DT=0). Un estudio²⁵⁷ más reciente que engloba a la sociedad española en general, vuelve a poner de manifiesto la problemática ante la que nos encontramos, dando unos consumos para los últimos 30 días antes de la realización de dicho estudio del 64,4% para el alcohol, 6,6% para el cannabis, 1% para la cocaína, 4% para los hipnóticos y 0,3% para las amfetaminas, datos que también viene reflejados en el Informe Mundial sobre las Drogas³⁴.

Dicho esto, no cabe duda pensar que la realidad laboral a la que se enfrenta este sector tiene un problema con el consumo de drogas. No olvidemos que los datos obtenidos en la intervención fueron fruto de las encuestas cumplimentadas por los trabajadores participantes al salir de trabajar y al día siguiente tenían que enfrentarse a otra jornada de trabajo. Cabe destacar que durante la intervención algunos de los trabajadores estuvieron consumiendo y admitiendo la necesidad de consumir dichas sustancias para poder concentrarse o para poder realizar actividades de la vida diaria.

7.6 RELACIONES ENTRE LOS RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS UTILIZADOS PARA LA INTERVENCIÓN

Con los datos obtenidos para cada uno de los cuestionarios, realizamos una regresión lineal para ver si había una relación lineal entre los diferentes instrumentos de medida utilizados.

Los resultados, que por separado ya muestran que la intervención si ha sido efectiva y se aprecian cambios evidentes en la actitud de los trabajadores participantes, en las regresiones lineales presentan una relación de linealidad inversa, es decir, los trabajadores precontemplativos antes de la intervención presentan una puntuación más baja en este estadio y una puntuación más alta en percepción de calidad de vida relacionada con a salud. Cuanto menos precontemplativo está el trabajador, mejor percepción sobre su calidad de vida tiene. A medida que se produce el cambio de estadio, la puntuación en la motivación por el cambio va en aumento y la de la calidad de vida relacionada con la salud disminuye puesto que el trabajador empieza a ser consciente del problema la que se está enfrentando.

Con la relación entre los cuestionarios TECVASP y Sócrates nos encontramos ante un episodio similar. El cuestionario Sócrates, basado en el modelo transteórico¹⁴⁷ valora la motivación para el cambio y en que punto se encuentra el participante respecto a sus intenciones por cambiar de hábitos de consumo, en este caso, el participante de la intervención antes y después de la misma y que da por sentado que la persona que lo responde tiene un problema de adicción, mientras que el cuestionario TECVASP mide la calidad de vida relacionada con la salud de estos consumidores.

Los resultados corroboran el impacto de las intervenciones de enfermería en la salud de los participantes, quienes, en su mayoría, mostraron un cambio motivacional.

Esto, concuerda con los resultados obtenidos en diversas investigaciones con otros colectivos donde la motivación por el cambio aumentaba en todos los casos^{254,255,256} gracias a que las muestras participantes tuvieron a su disposición información sobre el proceso que les acontecía en ese momento y, se les planteaban posibles soluciones para que los sujetos lograsen cambios conductuales.

7.7 POSIBLES SOLUCIONES, ACTUACIONES Y RECURSOS PARA ABORDAR EL PROBLEMA DEL CONSUMO DE ALCOHOL, CANNABIS Y COCAÍNA EN EL ENTORNO LABORAL

El artículo 29 de la Ley de PRL² que sobre las obligaciones de los trabajadores en materia de prevención de riesgos, en el punto 2 del mismo y apartado 6 dice que los trabajadores deben *“Cooperar con el empresario para que éste pueda garantizar unas condiciones de trabajo que sean seguras y no entrañen riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores”*, así como el artículo 33 que hace referencia a las consultas que deben realizarse a los trabajadores, en el punto 1 dice que el empresario *“deberá consultar a los trabajadores, con la debida antelación, la adopción de las decisiones relativas a [...] la organización y desarrollo de las actividades de protección de la salud y prevención de los riesgos profesionales en la empresa”*. En vista de tales artículos es lógico tener en cuenta dichas opiniones y valorar los resultados obtenidos en este sentido en el sector laboral del espectáculo para implementar las medidas de seguridad y tratar de solventar el problema del consumo de alcohol y otras sustancias entre los trabajadores del citado sector.

En este sentido los trabajadores encuestados refirieron que una de las actuaciones que debía llevar a cabo la empresa era la de informar y formar a los trabajadores en materia de drogas, consumos de riesgo y complicaciones tal y como se presenta en otros estudios²²³. En este último, un 18,2% de los trabajadores encuestados vieron la necesidad de realizar análisis para la detección de alcohol u otras drogas mientras que en nuestro estudio el 28,3% reclamó dicha medida.

Las colaboraciones propuestas que deberían tener los trabajadores y la empresa, fueron en la misma línea, ya que las actividades de información y formación a los trabajadores, y la actitud abierta al diálogo son las más solicitadas. A estas les siguen las campañas de prevención, la orientación a los trabajadores con problemas de drogas a centros especializados y la realización de analíticas control en un porcentaje parecido por encima del 30%. En contraposición a las ayudas y recursos que deberían pedirse al Órgano competente en Programas de Prevención de Drogodependencias, donde el último recurso demandado es la petición de dichos análisis, es de primera elección el

que se les facilite el contacto con centros especializados de tratamiento y rehabilitación ante las drogas y los materiales para poder informarse y formarse en esta materia.

La última encuesta en la población laboral española³⁹, también confirmó que la mejor actuación que podía realizar una empresa para con los trabajadores en la de informar y formar a los trabajadores sobre las drogas. Solo un 17,1% de los encuestados refirieron en que lo mejor sería realizar análisis para detectar drogas en aire espirado o en orina. Países como Italia y Finlandia tienen una legislación parecida sobre seguridad y salud en el trabajo²²⁷. En el momento en el que el empleador lanza la oferta de empleo, este tiene derecho a solicitar al solicitante de la misma un certificado de "aptitud para el trabajo", que incluya pruebas de drogas, que sólo puede emitir una institución de salud pública. Después de la contratación, el médico responsable de la vigilancia de la salud de los trabajadores tiene derecho a realizar pruebas de drogas en los empleados. La necesidad de una prueba es decidida por el profesional de la salud, no por el empleador, y al empleador solo le llegará un informe de aptitud general. Aquellos trabajadores que hayan dado positivo en las pruebas de drogas serán remitidos a una institución para ser tratados²³⁰.

La eficacia de la vigilancia de la salud que incluya la detección de drogas en el lugar de trabajo, se basa en una política general, que incorpore tanto la información escrita como la verbal sobre el uso de alcohol y drogas en el trabajo^{220,230}.

España no dispone de legislación que regule dichos análisis (Tabla 98), ni respalda al empresario o al técnico de prevención de riesgos laborales para realizar dichos controles en el lugar de trabajo si fuera necesario. Algo tan sencillo como una prueba de alcoholemia o una detección en orina de cannabis y cocaína, sustancias con mayor prevalencia de consumo, podría regular esta situación. El artículo 22 de la Ley de PRL² regula la vigilancia de la salud individual que debe estar orientada a los riesgos específicos del puesto de trabajo pero generalmente es voluntaria y siempre se necesita el consentimiento informado del trabajador firmado por él mismo y en caso de obligatoriedad lo será previo informe de los representantes de los trabajadores.

En el sector laboral del espectáculo donde la mayor parte de los contratos, tal y como se ha visto, son temporales o por obra o servicio, no da lugar a que se lleve a cabo esta vigilancia de la salud ya que, cuando no depende de la empresa y este servicio depende del Servicio de Prevención, la cita para pasar el reconocimiento, que debería ser siempre después de realizarse la contratación pero antes del comienzo del trabajo con la empresa, suele ser posterior a la fecha de finalización del contrato por lo que por norma general los trabajadores de este sector firman la declinación de este chequeo. Ni la Ley de PRL ni el Reglamento de los Servicios de Prevención^{6,18} contemplan la posibilidad de la realización de exámenes de salud de forma previa a la contratación. Únicamente, a los trabajadores de alturas o aquellos que manejen maquinaria, se les requerirá el certificado de aptitud médica.

De hecho, sentencias del Tribunal Constitucional²⁶¹ advierten que la obligatoriedad de los reconocimientos no puede imponerse si únicamente está en juego la salud del propio trabajador sin poder determinar y añadir que realmente exista un riesgo o peligro objetivable.

Por tanto, se considerará improcedente hacer pasar controles de detección de consumo de drogas a los trabajadores sin antes haberse consensuado con los sindicatos y la patronal donde se llevarán a cabo, los parámetros que medirá y el efecto que tendrán los mismos en caso de obtener resultados positivos.

Tabla 39. Reglamentos relacionados con los controles de alcohol y drogas en el trabajo en Europa.

PAIS	LEYES REGULADORAS SOBRE LA APLICACIÓN DE TEST DETECTORES DE DROGAS
Alemania	Reglamento del 2008 sobre Prevención de Riesgos del Trabajo (ArbMedVV). Este reglamento no cubre explícitamente los riesgos para la salud relacionados con el lugar de trabajo derivados de condiciones previas (como el consumo de drogas), por lo tanto sigue vigente la normativa de 1993 que estipula las pruebas de detección de drogas en caso de tareas peligrosas.
Austria	Sin información sobre esta cuestión.
Bélgica	Convenio Colectivo N°100 que establece normas específicas sobre el uso de las pruebas de alcohol y drogas. Ley de 28 de enero de 2003 relativa a los exámenes médicos y RD sobre el control sanitario.
España	Sin regulación nacional específica para esta cuestión.
Finlandia	Legislación elaborada en negociaciones tripartitas con representación de gobiernos, organizaciones centrales de trabajadores y empleados: <ul style="list-style-type: none"> • Ley de Protección de la Privacidad en la Vida Laboral 759/2004. • Ley de atención medica ocupacional 1383/2001. • Decisión del consejo de Estado que enumera las sustancias definidas como drogas. • Decisión del consejo de Estado que describe as condiciones para el análisis de drogas. • Ministerio de Asuntos Sociales y Salud: proporciona orientación que cubre todo el procedimiento de pruebas de drogas en el lugar de trabajo.
Francia	Con algunas excepciones, el código de Trabajo no permite realizar pruebas sistemáticas a los empleados para el uso de alcohol/drogas. Las excepciones incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Trabajos que involucren tareas peligrosas para el empleado o para una tercera persona, aunque no hay una lista detallada. • Exámenes médicos previos a la contratación de un empleado con el objetivo de verificar que son aptos para el trabajo.
Gran Bretaña	Sin legislación directa sobre las pruebas de drogas. Las cuestiones jurídicas importantes dependen de la interpretación en los tribunales de toda una serie de disposiciones legales.
Irlanda	La Ley de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo de 2005 no introduce reglamentos jurídicamente vinculantes que obliguen a los empleadores a proporcionar pruebas de detección de drogas y alcohol en el trabajo.
Italia	El estatuto de los trabajadores, en el art. 5, defiende a los empleadores para llevar a cabo inspecciones médicas sobre la capacidad de los empleados para trabajar.
Países Bajos	Sin regulación nacional específica para esta cuestión.
Portugal	La falta de legislación en este ámbito lleva a muchas empresas a utilizar reglamentos internos para adoptar normas relacionadas con el uso de alcohol y drogas en el lugar de trabajo.

FUENTE: Elaboración propia a partir de Use of alcohol and drugs at the workplace²²⁷.

7.8 ASPECTOS RELACIONADOS CON LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE DE ENFERMERÍA

Los aspectos que en esta tesis han mostrado su importancia por influir de forma significativa en la eficacia de la terapia motivacional breve de enfermería son aquellos que proponemos deben tenerse en cuenta a la hora de implementar dicha terapia. En este sentido debemos destacar que:

- Nos enfrentamos a una población en la que el patrón de policonsumo está muy patente y en el que las drogas de elección son el cannabis, el alcohol y la cocaína por lo que en la intervención se debe, mayoritariamente trabajar dichas sustancias.
- La población entrevistada (N=284) no refirió consumir algún tipo de “nuevas drogas”, lo cual hizo que el trabajo preparado para la intervención fuera encaminado a las drogas anteriormente citadas.
- La motivación para el cambio aumenta más en aquellos trabajadores más mayores. Excepcionalmente algún trabajador menor de 25 años mostró algún cambio también.
- La puntuación en precontemplación aumenta más en aquellos sujetos con contrato por obra o servicio, que viven con sus familias, que inicialmente decían no necesitar tratamiento para su adicción, que trabajan de vez en cuando por la noche y con una peligrosidad media en su puesto de trabajo.
- La puntuación en contemplación varía más en aquellos trabajadores que también pensaban no necesitar tratamiento, que viven con sus familias, con contrato por obra o servicio, que trabajan bastante de noche y con una peligrosidad en su puesto de trabajo media-baja.
- La puntuación en acción varía más en aquellos trabajadores a los que inicialmente no les interesaba el tratamiento, que conviven con sus familias, trabajan de vez en cuando por la noche y con una peligrosidad baja en su puesto de trabajo.
- En el cuestionario EQ-5D, aquellos trabajadores que presentaron mayor diferencia del antes al después de la intervención fueron aquellos trabajadores

que aun admitiendo que consumen alcohol, cannabis o cocaína, se consideran no consumidores.

- Para el cuestionario TECVASP no hay un patrón tan definido como en los otros apartados salvo que todos los que mostraron mayores diferencias de puntuación, si se consideran de antemano consumidores.

8. CONCLUSIONES.

Tras los resultados obtenidos, se pueden confirmar todas las hipótesis planteadas:

- Se ha podido comprobar que la prevalencia del consumo del cannabis, cocaína y alcohol en el sector laboral del espectáculo es muy superior al otros sectores laborales y a la media de consumo que presenta la población general y que estos consumos son significativamente superiores en los hombres que en las mujeres para el alcohol y la cocaína.
- Se demuestra la efectividad de la intervención breve de enfermería ya que ha conseguido mejorar la motivación por el cambio en cada una de las etapas estudiadas y además ha conseguido que 4 trabajadores empezaran un tratamiento para reducir o eliminar su deseo de consumo. La mejoría para el cambio se vio reflejada en todas las etapas. Otros 4 trabajadores pasaron de un estado de precontemplación a contemplación pudiendo afirmar que los mejores resultados se obtuvieron en la fase del reconocimiento del problema que equivale al estadio preconemplativo.
- Se demuestra que la calidad de vida relacionada con la salud, medida con el cuestionario EQ-5D, de los trabajadores del sector del espectáculo está por debajo de la puntuación media que han obtenido en otros sectores y, esta, disminuye aun más tras la intervención de enfermería.

8.1 OBJETIVOS PRIMARIOS.

- La intervención breve de enfermería sobre la motivación para el cambio en trabajadores del sector del espectáculo ha resultado ser efectiva y mejora en todas las etapas. Aquellos trabajadores de más edad son los que han presentado mejores resultados.
- Queda demostrado que la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de los trabajadores del espectáculo disminuye tras una intervención breve de enfermería tanto si la medimos con el cuestionario EQ-5D como si es medida con el TECVASP y además hay una relación entre los estadios de la motivación por el cambio según Prochaska y DiClemente y los resultados obtenidos que corroboran el éxito de la intervención.

8.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS.

- La prevalencia del consumo de alcohol, cannabis y cocaína está muy por encima de la media de otros sectores laborales. Además los consumos de alucinógenos y estimulantes también están por encima.
- Podemos afirmar tras el estudio realizado, que los trabajadores del sector del espectáculo consumen mayoritariamente por placer y en segundo lugar pero con mucha diferencia respecto al primero, por problemas personales.
- Como ya hemos comentado, la intervención de enfermería ha conseguido disminuir la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud y aquella que está medida con el cuestionario TECVASP, está inversamente relacionada con la puntuación de motivación para el cambio de la etapa de precontemplación puesto que aquellos trabajadores que han sacado menor puntuación en este sentido, son los que mayor puntuación han sacado en el cuestionario mencionado.

9. PERSPECTIVAS DE EVOLUCIÓN.

Esta tesis demuestra la importancia del papel de la enfermera en el diagnóstico del problema del consumo de alcohol, cannabis y cocaína en el ámbito laboral del espectáculo (NANDA). Es lícito que se plantee como NOC de enfermería aumentar la motivación para el cambio, aunque esto implique una reducción de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud, necesaria por otro parte para que el cambio se produzca, demostrando, que la intervención breve de enfermería (NIC) se ha mostrado eficaz para conseguir este objetivo.

Por todo ello, se propone recomendar dicha intervención para que sea implementada en todas las empresas que se dedican al sector del espectáculo.

10 BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
2. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, Nº269, (10-11-1995).
3. Harris, D. C. Quantitative Chemical Analysis. 6a ed. California: W. H. Freeman and Company; 2003.
4. Foundation for a Drug-Free World. Truth about cocaine. Los Ángeles: Foundation for a Drug-Free World; 2009.
5. García Hernández, A. M. NANDA: North American Nursing Diagnosis Association: Desde su nacimiento hasta nuestros días. Revista de Enfermería. Ene 2007; (0):17-36.
6. Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. Boletín Oficial del Estado, Nº27, (31-01-1997).
7. Molina, M. El Cannabis en la historia: pasado y presente. Cult.drog. 2008; 13(15):95-110.
8. Australian Safety and Compensation Council. National standard for licensing

- persons performing high risk work. Barton: Commonwealth of Australia; 2006.
9. Llopis Llácer, J. J., Gual Solé, A., Rodríguez-Martos Dauer, A. Registro del consumo de bebidas alcohólicas mediante la unidad de bebida estándar. Diferencias geográficas. *Adicciones*. 2000; 12(1):11-19.
 10. Fernández Domínguez, J. J. Informe ejecutivo sobre consumo de alcohol, drogas y otras sustancias en el ámbito laboral. Madrid: Confederación Española de Organizaciones Empresariales CEOE; 2015.
 11. Eurostat Statistics Explained [homepage on the Internet]. Luxembourg: European Commission; c1995-2016 [updated 2016 Nov 11; cited 2016 Nov 28]. Accidents at work statistics; [about 3 screens]. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Accidents_at_work_statistics>
 12. Estadística de accidentes de trabajo 2016 [Página Principal en Internet]. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social; c2016 [actualizado Sep 2016; citado 9 Oct 2016]. Accidentes de trabajo; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <<http://publicacionesoficiales.boe.es/detail.php?id=004627014-0001>>
 13. García Redondo, E. F. Estudio Monográfico: Diseño de un programa de integración de contenidos relacionados con la PRL en la Enseñanza Secundaria, Bachillerato o Formación Profesional. León: Conserjería de Seguridad y Empleo de la Junta de Castilla y León; 2008.
 14. García González, G. Orígenes y Fundamentos de la Prevención de Riesgos Laborales en España (1873-1907) [tesis doctoral]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Facultad de Derecho; 2007.
 15. Cerón Torreblanca, C. Historia de la Prevención de Riesgos Laborales en España desde el tardofranquismo a la transición. *Baetica. Estudios de Arte, Geografía e Historia*. 2011; (33):399-411.
 16. Constitución Española de 6 de Diciembre de 1978. Boletín Oficial del Estado, N^o 311, (29-12-1978).

17. Solé Gómez, M. D., Solorzano Fàbrega, M., Ardanuy Piqué, T. La vigilancia de la salud en la normativa de prevención de riesgos laborales. NTP 959. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2012.
18. Real decreto 899/2015 de 9 de Octubre por el que se modifica el real decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el reglamento de los servicios de prevención. Boletín Oficial del Estado, N°243, (10-10-2015).
19. Real Decreto Legislativo 8/2015 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, N°261, (31-10-2015).
20. Green, L. W., Kreuter, M. W. Health promotion planning: an educational and environmental approach. 2a ed. California: Mayfield Publishing; 1991.
21. Real Decreto 1435/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación especial de los artistas en espectáculos públicos. Boletín Oficial del Estado, N°194, (14-08-1985).
22. Convenio colectivo estatal del personal de salas de fiesta, baile y discotecas. Boletín Oficial del Estado, N°120, (12-05-2016).
23. Real Decreto 1627/1997, de 24 de Octubre, por el que se establecen disposiciones mínimas de seguridad y salud en las obras de construcción. Boletín Oficial del Estado, N°256, (25-10-1997).
24. Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a las obras de construcción. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1997.
25. Cavas Martínez, F. Las enfermedades profesionales desde la perspectiva de la seguridad social. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2007.
26. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. Boletín Oficial del Estado, N°302 (19-12-2006).

27. Real Decreto 1150/2015, de 18 de diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación. Boletín Oficial del Estado, N°303 (19-12-2015).
28. Ahn, Y. S., Bena, J. F., Bailer, A. J. Comparison of unintentional fatal occupational injuries in the Republic of Korea and the United States. *Inj. Prev.* 2004; (10):199–205.
29. García, C. A. et al. Muertes traumáticas por accidentes laborales en Sevilla: Estudio epidemiológico y toxicológico. *Cuad. Med. Forense.* 2008; (52):137–146.
30. Benavides, F. G., Delclos, G. L., Cooper, S. P., et al. Comparison of fatal occupational injury surveillance systems between the European Union and the United States. *Am. J. Ind. Med.* 2003; (44):385–91.
31. Feyer, A. M., Williamson, A. M., Stout, N., et al. Comparison of work related fatal injuries in the United States, Australia, and New Zealand: method and overall findings. *Inj. Prev.* 2001; (7):22–28.
32. European Agency for Safety and Health at Work [homepage on the Internet]. Santiago de Compostela: European Agency for Safety and Health at Work; c2016 [updated 2016 Dic 9; cited 2016 Feb 20]. . European directives on safety and health at work-Safety and health at work-EU-OSHA; [about 3 screens]. Available from: <<https://osha.europa.eu/en/safety-and-health-legislation/european->
33. Fouce Fernández, J. G. Música y drogodependencias: análisis de algunos tópicos sobre drogas encontrados en la música. *Adicciones.* 2003; 15(3):229–242.
34. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC. Informe Mundial sobre las Drogas. Mexico: UNODC; 2015.
35. Otero Dorrego, C. Drogodependencias en el lugar de trabajo: Pautas generales de intervención desde la medicina del trabajo. *Med. Secur. Trab.* 2011; (57):145–172.

36. Ochoa, E., Madoz, A. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Med Segur Trab.* 2008; (54):25–32.
37. Organización Internacional del Trabajo. Estar limpio: controles de consumo de drogas y alcohol en el lugar de Trabajo. *Revista Trabajo.* Sep 2006; (57):33-36.
38. Savva, S., Edwards, G. Drugs of abuse: body fluid testing. *Addiction.* 2006; (101):30–41.
39. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España [Base de datos en Internet]. Madrid: c2015, [citado 26 Ene 2016]. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/ca/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogo_PNSD/publicaciones/pdf/EncuestaLaboral2013.pdf
40. Moreno-Jimenez, B., Garrosa, E. Riesgos psicosociales en el trabajo. *Cienc. Trab.* 2009; (11):37–43.
41. Smith, D. J., Simpson, K. G. L. *Safety Critical Systems Handbook: A straightfoward guide to functional safety, iec 61508 and related standards, including process iec 61511 and machinery iec 62061 and iso 13849.* 3ª ed. United Kingdom: Elsevier/Butterwoeth-Heinemann; 2010.
42. Stranks, J. *Health and Safety Law.* 5ª ed. Edinburgh: Prentice Hall; 2005.
43. Tamborero del Pino, J. M. Carretillas elevadoras. NTP 214: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1988.
44. Rodríguez Planas, D. Carretillas elevadoras automotoras (I): conocimientos básicos para la prevención de riesgos. NTP 713: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; (1997).
45. UNAD Universidad Nacional Abierta y a Distancia. [Página Principal en Internet]. Bogotá: UNAD; c2016 [actualizado 11 Dic 2016; citado 25 Mar 2016]. Lección 25: Back Line, [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: http://datateca.unad.edu.co/contenidos/222719/contLinea/leccin_25_back_line.h

tml>

46. American Association of Community Theatre [homepage on the Internet]. Fort Worth: AACT; c2016 [updated 2016; cited 2016 Nov 24]. Stage Manager [about 2 screens]. Available from: <<https://www.aact.org/stage-manager>>
47. Anderson, P., Baumberg, B. El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Informe para la Comisión Europea. Reino Unido: Comisión Europea; 2006.
48. Foundation for a Drug-Free World. Truth about alcohol. Los Ángeles: Foundation for a Drug-Free World; 2009.
49. Herrera-Vázquez, M., Wagner, F. A., Velasco-Mondragón, E. et al. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Publica Mex.* Abr 2004; 46(2):132-140.
50. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Sobre Alcohol y Drogas en España. [Base de datos en Internet]. Madrid: c2015, [citado 3 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES2015.pdf>
51. Lorenzo Fernandez, P., Ladero Quesada, J. M., Leza Cerro, J. C. et al. *Drogo dependencias*. 3ª ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2009.
52. García Gutierrez, M. E., Lima Mompó, G., Aldana Vilas, L. et al. Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Rev. Cuba. Med. Mil.* Jul 2004; 33(3):1-7.
53. BBC. [Página Principal en Internet]. BBC Mundo c2016 [actualizado 2 Dic 2014; citado 26 Mar 2016]. El consumo de alcohol se inició hace 10 millones de años - BBC Mundo. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/12/141202_consumo_alcohol_ancestros_encima_lp
54. Martínez Y., G., Lara R., E., Romero P. et al. Alcoholismo: antecedentes, diagnóstico y tratamiento. Monografías. Col. del Valle: Universidad de

Chapultepec.

55. Freixa i Sanfeliu, F. De la embriaguez al alcoholismo. (Magnus Huss, 1807-1890): Conceptos vigentes en el 2002. *Rev. española Drog.* 2002; 27(2):133–136.
56. Morrison, R. T. *Química orgánica*. Madrid: Pearson Educación; 1998.
57. Allinger, N. L. *Química orgánica*. 2ª ed. Barcelona: Ed. Reverté; 1974.
58. Fernández, G. [Página Principal en Internet]. *Química Orgánica* [actualizado 7 Ene 2017; citado 10 Abr 2016]. Alcoholes, características generales [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.quimicaorganica.org/alcoholes.html>
59. Grupo Síntesis Orgánica UJI [Página Principal en Internet]. GSO [actualizado 2011; citado 10 Abr 2016]. Alcoholes [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.sinorg.uji.es/Docencia/QO/tema3QO.pdf>
60. Álvarez Gómez, J. E. et al. [Página Principal en Internet]. Alcohol Etilico (Etanol) (Proceso Artesanal). [actualizado 16 Ene 2017; citado 10 Abr 2016]. Monografías: Alcohol etílico (etanol): Proceso artesanal [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos94/alcohol-etilico/alcohol-etilico.shtml>
61. Alconoa. *Elaboración Alcohol Etilico*. Ciudad de Buenos Aires.
62. Katzen, R., Diebold, V. B, inventors. Alcohol distillation process. US 3990952. 1976.
63. Pérez, O., Zumalacárregui, L., Gozá, O. Simplificaciones en el Cálculo de Columnas de Destilación Alcohólica. *Inf. tecnológica*. 2010; (21):103–112.
64. Ramirez, E. [Página Principal en Internet]. Alambiques [citado 10 Abr 2016]. Destilación. Teoría y tipos de destilación. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.alambiques.com/destilaciones.htm>
65. Rodríguez Santos, O., Baldo Soria, R., Cardoso Cristiá, S. Consumo de alcohol: Alcoholismo y rasgos psicológicos de la personalidad. *Rev. Cuba. Med. Gen. Integr.* 2000; 16(3): 255–259.

66. Westman, J. et al. Mortality and life expectancy of people with alcohol use disorder in Denmark, Finland and Sweden. *Acta Psychiatr. Scand.* 2015; 131(4): 297–306.
67. Michalak, A., Biała, G. Alcohol dependence. *Neurobiology and treatment. Acta Pol. Pharm.* 2015; 73(1):3–12.
68. Pastor, F. P. *Monografía Sobre El Alcoholismo.* Barcelona: Socidrogalcohol; 2012.
69. Bobes, J., Casas, M. & Gutiérrez, M. *Manual de trastornos adictivos.* 2ª Ed. Madrid: Enfoque Editorial; 2015.
70. Gilpin, N. W., Koob, G. F. *Neurobiology of Alcohol Dependence: Focus on Motivational Mechanisms.* *Alcohol Res. Heal.* 2008; 31(3): 185–195.
71. Ramirez Capilla. [Página Principal en Internet] Slideshare [actualizado 4 Nov 2012; citado 12 Abr 2016]. *Drogas y neurotransmisores.* [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/chapel/drogas-y-neurotransmisores>
72. Ayesta, F. J. *Bases bioquímicas y neurobiológicas de la adicción al alcohol.* *Adicciones.* 2002; (14) SUPL 1:63-78.
73. Fernandez-Artamendi, S. *Evaluación y detección temprana de los problemas asociados al consumo de cannabis en adolescentes.* [tesis doctoral]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2013.
74. Kober, H., DeVito, E. E., DeLeone, C. et al. Cannabis abstinence during treatment and one-year follow-up: relationship to neural activity in men. *Neuropsychopharmacology.* 2014; 39(10):2288–98.
75. Iversen, L. L. *The Science of Marijuana.* New York: Ed. Oxford University Press; 2000.
76. Newmeyer, M. N. et al. Cannabinoid disposition in oral fluid after controlled cannabis smoking in frequent and occasional smokers. *Drug Test. Anal.* 2014; 6: 1002–10.

77. Plan Municipal de Drogodependencias. XIII Jornadas sobre drogodependencias 'Cannabis'. Valencia: ed. Conselleria de Sanitat; 2004.
78. Rodríguez Carranza, R. Los productos de Cannabis sativa: situación actual y perspectivas en medicina. *Salud Ment.* 2012; 35(3): 247–256.
79. European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction. [homepage on the Internet]. Publications [updated 2016; cited 2016 Mar 18]. *European Drug Report 2015: Trends and Developments.* [about 3 screens]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2015>
80. García, E. & Sánchez, J. Una revisión histórica sobre los usos del cannabis y su regulación. *Salud Drogas.* 2006; 6(1):47–70.
81. Ángeles López, G. E., Brindis, F., Cristians Niizawa, S. et al. Cannabis sativa L., una planta singular. *Rev. Mex. ciencias Farm.* 2014; 45(4):1–6.
82. Kalant, H. Medicinal use of cannabis - History and current status. *Pain Res Manag.* 2001; (6)80–91.
83. Leung, L. Cannabis and its derivatives: review of medical use. *J. Am. Board Fam. Med.* 2011; (24):452–462.
84. Mikuriya, T. H. Marijuana in medicine: past, present and future. *Calif. Med.* 1969; (110):34–40.
85. Ramos Atance, J. A. & Fernández Ruiz, J. Cannabinoides: propiedades químicas y aspectos metabólicos. *Adicciones.* 2000; (12):41–58.
86. Ashton, C. H. Pharmacology and effects of cannabis: A brief review. *British Journal of Psychiatry.* 2001; (178):101–106.
87. Grotenhermen, F. Los cannabinoides y el sistema endocannabinoide. *Cannabinoids.* 2006; (1):10–14.
88. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. UNODC. Métodos recomendados para la identificación y el análisis del cannabis y los productos

- del cannabis. (2010).
89. Blog Cannabico. [Página Principal en Internet]. Royal Queen Seeds. [actualizado 16 Ene 2017; citado 15 Abr 2016]. Las 10 mejores variedades de cannabis Sativa. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <https://www.royalqueenseeds.es/blog-las-10-mejores-variedades-de-cannabis-sativa--n68>
 90. Elkashef, A. et al. Marijuana neurobiology and treatment. *Subst. Abus.* 2008; (29):17–29.
 91. Blog Hachis y Marihuana. [Página Principal en Internet]. Galeon [citado 16 Abr 2016]. El cannabis [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://k2k.galeon.com/marihuana.html>
 92. Cannabis Magazine. [Página Principal en Internet] [citado 21 Abr 2016]. La Extracción Casera de Hachís. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.cannabismagazine.es/digital/la-extraccion-casera-de-hachis>
 93. Rodríguez, U., Carrillo, E., Soto, E. Cannabinoides: Neurobiología y sus médicos. *Elementos.* 2005; 3–9.
 94. Verstraete, A. G. Detection times of drugs of abuse in blood, urine, and oral fluid. *Ther. Drug Monit.* 26, 200–205 (2004).
 95. Araos Gómez, P., Calado Romero, M., Vegara Moragues, E., Pedraz, M., Pavón Morón, F. J. Adicción a cannabis: bases neurobiológicas y consecuencias médicas. *Rev. española Drog.* 2014; (39):9–30.
 96. Bobes, J., Calafat, A. De la neurobiología a la psicología del uso-abuso del cannabis. *Adicciones.* 2000; (12):7–17.
 97. Sperlág, B., Windisch, K., Andó, R. D. & Sylvester Vizi, E. Neurochemical evidence that stimulation of CB1 cannabinoid receptors on GABAergic nerve terminals activates the dopaminergic reward system by increasing dopamine release in the rat nucleus accumbens. *Neurochem. Int.* 2009; (54):452–7.
 98. Maldonado, R., Valverde, O., Berrendero, F. Involvement of the

- endocannabinoid system in drug addiction. *Trends Neurosci.* 2006; (29):225–32.
99. Maldonado, R., Rodriguez de Fonseca, F. Cannabinoid Addiction: Behavioral Models and Neural Correlates. *J. Neurosci.* 2002; (22): 3326–3331.
100. Plan Municipal de Drogodependencias. XIV Jornada sobre Drogodependencias: 'La Cocaína a debate'. Valencia: ed. Conselleria de Sanitat; 2005.
101. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. 2008.
102. Fuente de la, L. et al. More than thirty years of illicit drugs in Spain: a bitter story with some messages for the future. *Rev. Esp. Salud Publica.* 2006; (80): 505–520 .
103. Mclaughlin, G. T. Cocaine : The History and Regulation of a Dangerous Drug. *Cornell Law Rev.* 1973; (58): 537–573.
104. Karch, S. B. Cocaine: history, use, abuse. *J. R. Soc. Med.* 1999; (92): 393–7.
105. Gootenberg, P. Entre la Coca y la Cocaína: Un Siglo o mas de las Paradojas de la Droga entre Estados Unidos y el Peru 1860-1980. Instituto de Estudios Peruanos. 2003.
106. Murra, J. V. El mundo andino: población, medio ambiente y economía. Perú: Fondo Editorial; 2002.
107. Narconon. [Página Principal en Internet]. Información Drogas. [actualizado Ene 2017; citado 25 Abr 2016]. La Historia del uso y abuso de la Cocaína. [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <<http://www.narconon.org/es/informacion-drogas/cocaina/lineatemporal-cocaina.html>>
108. Calvani, S. La coca. Pasado y presente. Mitos y realidades. Bolivia: Aurora; 2007.
109. Minto, C. F., Schnider, T. W., Gregg, K. M., Henthorn, T. K., Shafer, S. L. Coca Leaf and Local Anesthesia. *Am. Soc. os Anesthesiol.* 2004; (100): 1324–1333.
110. Gawin, F. Cocaine addiction: psychology and neurophysiology. *Science* 251,

(American Association for the Advancement of Science, 1991).

111. Luis, F. Neurobiología de la drogadicción II. Cocaína y drogas de diseño. 2001; 197–210.
112. Lizasoain, I., Moro, M. A., Lorenzo, P. Cocaína: aspectos farmacológicos. Adicciones. 2002; 14(1): 57–64.
113. Caballero Martínez, L. Adicción a cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2005.
114. Iannello Davide, G. et al. La bolsa de las drogas. Gac. Sanit. 2012; 26 (3): 288.
115. Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaría General de la Policía Judicial. Precio y Pureza de las drogas decomisadas, 2000-2012. Ministerio del Interior; 2012.
116. Prieto, J. P., Scorza, C. Pasta Base De Cocaína. Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable, 2010.
117. La. Cocaína: ¿Qué es? [Página Principal en Internet] Gobierno de la Rioja [actualizado 2014; citado 27 Abr 2016]. ¿Qué es? [aprox. 6 pantallas]. Disponible en <<http://drojnet2.eu/inf-drogas/la-cocaina>>
118. Estupinya, P. Prácticas de química: De la hoja de coca a la cocaína. EL PAÍS. 14 de agosto de 2010.
119. Platt, J. J. Cocaine Addiction: Theory, Research, and Treatment. Cambridge Mass: Harvard University Press, 1997.
120. Sanjurjo, E. et al. Urgencias por consumo de drogas de abuso: confrontación entre los datos clínicos y los analíticos. Emergencias Rev. 2005; 17: 26–31.
121. Moratalla, R. Neurobiología de la cocaína. Trastor. Adict. 2008; 10: 143–150.
122. Sinha, R. The clinical neurobiology of drug craving. Curr. Opin. Neurobiol. 2013; 23: 649–54.

123. Nestler, E. J. The neurobiology of cocaine addiction. *Sci. Pract. Perspect.* 2005; 3:4–10.
124. Jonkman, S., Kenny, P. J. Molecular, cellular, and structural mechanisms of cocaine addiction: a key role for microRNAs. *Neuropsychopharmacology.* 2013; 38: 198–211.
125. Elster, J. *Addiction: Entries and Exits.* New York, Russell Sage Foundation, 1999.
126. Fernández-Espejo, E. Neurobiología de la adicción a psicoestimulantes. *Rev. Neurol.* 2006; 43: 147–154 .
127. Gil Verona, J. A. et al. Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso. *Adicciones.* 2005; 17: 41–56.
128. Barzallo Carrión, K. M. La reacción química de las sustancias psicoactivas y su impacto en el proceso de aprendizaje en los estudiantes de 1º, 2º y 3º de bachillerato de los Colegios Militar 'Lauro Guerrero' y 'Eugenio Espejo' de la ciudad de Loja. Periodo octubre 2008 a abril 2009. [tesis doctoral]. Loja: Universidad Nacional de Loja. 2009.
129. Estruch, R. Efectos del alcohol en la fisiología humana. *Adicciones.* 2002; 14: 43–61.
130. Fernández-Solà, J. Diferentes efectos del alcohol según el sexo. *Jano Med. y humanidades.* 2007; 1363: 27–32 .
131. Foundation for a Drug-Free World. *Truth about marijuana.* Los Ángeles: Foundation for a Drug-Free World; 2009.
132. Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. *Neurocienc. del Consum. y Depend. Sust. psicoactivas.* 2005; resumen 34.
133. Volkow, N. D. Cocaina: Abuso y Adicción. *NIDA Ser. Reportes Investig.* 2002; 1–8.

134. Hourmilogué, M. C. Clasificación de las sustancias por sus efectos y posibles consecuencias. *Temática del Uso Indevido de Drogas*. 1997; 1-5.
135. Baquero, A., Pastor, R., Llopis Llácer, J. J. Interacciones y consecuencias del consumo combinado de alcohol y cocaína: una actualización sobre el cocaetileno. *Adicciones: Revista de socidrogalcohol*. 2003; 15(2): 159-164.
136. Vicente-Herrero, M. T., López-González, Á. A. Consumo de Alcohol en Trabajadores Españoles del Sector Servicios: Variables Sociodemográficas y Laborales Implicadas. *Cienc. Trab.* 2014; 16(51): 158-163.
137. Aircardi Carrillo, G., Asmat Inostrosa, M., Barboza Rangel, Y. Medicina y Seguridad del Trabajo. *Med. Secur. Trab.* 2011; 61(238): 99-111.
138. Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. *Boletín Oficial del Estado*, N° 255, (24-10-2015).
139. Vogel, L. De la indemnización a la prevención de enfermedades profesionales: el mayor desafío para las estrategias de salud en el trabajo en Europa. *La Mutua*. 2008; 19: 181-204.
140. Fernandez-Montalvo, J., Echeburúa, E. El consumo excesivo de alcohol: un reto para la salud laboral. *Salud Drogas*. 2001; 1(1): 17-39.
141. Confederación Empresarial Vasca. *ConfeBask*. Cómo prevenir los riesgos derivados del consumo indebido del alcohol y otras sustancias en el ámbito laboral. 2004.
142. Ziedonis, D. M. et al. Improving the Care of Individuals with Schizophrenia and Substance Use Disorders: Consensus Recommendations. *Journal of Psychiatr. Pract.* 2005; 11(5): 315-339.
143. Rubio, B. et al. Eficacia de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (TPMB-D) en pacientes hospitalizados con trastorno por uso de sustancias y patología dual. *Rev. española Drog.* 2015; 40(3): 61-62.

144. Haro, G., Barea, J., Ramírez, N., López, N., Cervera, G. Manual de la terapia psicoeducativa motivacional breve: TPMB. Madrid: Ergon; 2006.
145. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. In Search of How People Change Applications to Addictive Behaviours. *Am. Psychol.* 1992; 47(9): 1102–1114.
146. Rounsaville, B. J. Untreated Opiate Addicts. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1985; 42(11), 1072.
147. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother. Theory, Res. Pract.* 1982; 19(3): 276–288.
148. Miller, W., Rollnick, S. Entrevista Motivacional de William Miller y Stephen Rollnick. *Public Health.* 2009; (1999): 1–43.
149. Rollnick, S., Miller, W. R. ¿Qué es la Entrevista Motivacional? *RET, Rev. Toxicom.* 1996; (6): 3–7.
150. Álvarez Suarez, J. L., Castillo del Arévalo, F., Fernández Fidalgo, D., Muñoz Meléndez, M. Manual de valoración de patrones funcionales. Gijón: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2010.
151. Alfaro, R. Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Florida: Masson; 2003.
152. Aguilar, R. D., Morán, R. A., Uría, R. M. A., González, A. C., Saavedra, M. Evaluación del conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería. Estudiantes de licenciatura de Enfermería. *Enfermería Univ.* 2015; 12(1): 36–40.
153. Urbina Laza, O., Pérez Sánchez, A., Delgado Moreno, J. E., Martín Linares, X. El modelo de actuación de Enfermería y su valor humanista. *Educ. Médica Super.* 2003; 17(3).
154. Amaro Cano, M. del C. El método científico de enfermería, el Proceso de Atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas. *Rev. Cubana Enferm.* 2004;

- 20(1).
155. Duany Neyra, N., Llorente, Y. B. Proceso de atención de enfermería en el nivel primario de salud. *Rev. Cubana Enferm.* 2000; 16(3): 180–184.
 156. International, N. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
 157. Morán, A. V., Mendoza, R. A. L. Uso de los lenguajes NANDA, NOC y NIC. En: *Proceso de Enfermería*. 3ª ed. Mexico D.F.: Trillas; 2010. p.152-161.
 158. Tirado Pedregosa, G. et al. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. *Index de Enfermería*. 2011; 20(1-2): 111–115.
 159. Campus Docent Sant Joan de Déu. [Página principal en internet]. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu. 2010c [citado 25 Jun 2016] NIC y NOC, dos pilares del conocimiento enfermero; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <<http://santjoandedeu.edu.es/es/noticias/nic-noc-dos-pilares-conocimiento-enfermero>>
 160. Resyes Luna, J., Jara Concha, P., Merino Escobar, J.M. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Cienc. y enfermería*. 2007; 13(1): 45–57.
 161. Bellido Vallejo, J. C., Lendínez Cobo, J. F. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Jaen: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaen; 2010.
 162. María Rumbo Prieto, J. et al. Proceso de atención de enfermería y cuidados de enfermería basados en la evidencia científica. *Enfermería Científica*. 1999; 208-209: 23-27.
 163. Orihuela, M. M. D., Gonzáles, N. C. Salgado, R. M. Nivel de conocimiento sobre el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el cuidado de la salud espiritual de los profesionales de Enfermería que laboran en las unidades críticas del

- Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima 2010. *Rev. Científica Ciencias la Salud*. 2015; 7(2): 64-70.
164. Fawcett, J., DeSanto-Madeya, S. *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models*. 3^a ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2013.
165. Martínez, M. R., Cabrero García, J., Vizcaya Moreno, M. . F. El uso de los modelos de enfermería en la investigación enfermera española: 1992-1996. *Cult. los Cuid.* 1999; (5): 75–82.
166. Caminero Luna, P., Castelo Sardina, C. *Manual de procedimientos de enfermería salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid. Planificación estratégica*. Madrid: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental; 2012.
167. Arco Tirado, J. L., Ortega, S. L., Heilborn Díaz, V. A., Martín, F. D. F. Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo 'La Cartuja'. *Int. J. Clin. Heal. Psychol.* 2005; 5(3): 589–608.
168. Vonk, M. E., Thyer, B. A. Evaluating the effectiveness of short-term treatment at a university counseling center. *J. Clin. Psychol.* 1999; 55: 1095–1106.
169. Estopiñán, P. C., Poza, A. P., Martín, P. S. & García, C. P. Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual. *Adicciones*. 2009; 21(1): 15–20.
170. Monras, M. et al. Eficacia de la terapia de grupo para alcohólicos. Resultados de un ensayo clínico controlado. *Med. Clin.* 2000; 115: 126–131.
171. Banderas Rodríguez, C. R., Martínez Chacón, A. J., González, T. R. Integral prevention of alcohol and drug consumption on college students: a group intervention proposal. *Acta Colombiana de Psicología*. 2010; 13(2): 19-33.
172. Instituto Regional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. *Prevención de riesgos laborales en espectáculos públicos y actividades recreativas*. Madrid:

Comunidad de Madrid.

173. Agencia EFE. Fallece el operario herido en el concierto de los 40 Principales. La Voz de Galicia. 23-06-2006.
174. Bécares, R. Mueren dos trabajadores al desmontar el escenario de los Rolling Stones en Madrid. El mundo. 29-06-2007.
175. Press, E. Cancelado el concierto de Madonna en Marsella tras un accidente mortal durante el montaje del escenario. Chance. 16-07-2007.
176. Agencia EFE. Accidente en preparativos de concierto de Jovanotti deja un muerto y varios heridos. La Segunda. 12-12-2011.
177. Press, E. Radiohead cancela un concierto en Canadá tras el derrumbe de su escenario. El Periódico. 17-06-2012.
178. Press, E. Muere un técnico de Laura Pausini montando su escenario. ABC. 6-03-2012.
179. Agencia EFE. Dos trabajadores sufren un accidente en el montaje del escenario de Manuel Carrasco. Diario de Jererz. 10-04-2016.
180. Troquel, L. A pesar de la lluvia y del accidente que mermó la escenografía , Eros Ramazzotti actuó en el Sant Jordi. El Periódico. 18-02-2010.
181. Gallego, P. Una barra del Campoamor cargada con 500 kilos se desploma sobre el escenario. Ine.es Oviedo. 01-04-2011.
182. Rodríguez Prada, A. Investigación de accidentes por el método del árbol de causas. 2ª ed. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2012.
183. Forrest, A. R. Ethical aspects of workplace urine screening for drug abuse. J. Med. Ethics. 1997; 23(1): 12-7.
184. Salinero, J. G. Estudios descriptivos. Nure Investig. 2004; 7.

185. Salamanca, A. El A,E,I,O,U de la investigación enfermera. Madrid: Fuden; 2013.
186. Real Decreto 171/2004, por el que se desarrolla el artículo 24 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en materia de coordinación de actividades empresariales. Boletín Oficial del Estado, Nº 4160, (31-01-2004).
187. Notas Técnicas de Prevención 918: Coordinación de actividades empresariales. Notas Técnicas de Prevención. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2011.
188. Bolaños Rodríguez, E. Muestra Y Muestreo. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo. Escuela superior de Tizayuca; 2012.
189. Alaminos Chica, A., Castejón, J. L., Serie, C. Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión. Alcoy: Marfil SA; 2006.
190. Herrera Castellanos, M. Formula para cálculo de la muestra poblaciones finitas. Hosp. Roosevelt; 2009.
191. Bioestadístico. [Página principal en internet]. México: Análisis de datos clínicos y epidemiológicos. 2016c [citado 20 Nov 2016] Cálculo de Poblaciones; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: http://www.bioestadistico.com/index.php?option=com_content&view=article&id=153:calculo-del-tamano-de-la-muestra-para-estimar-parametros-categoricos-en-poblaciones-finitas&catid=46:calculo-del-tamano-de-la-muestra&Itemid=213
192. Instituto Nacional de Estadística. [Página principal en internet]. España: Activos por sexo y rama de actividad. 2016c [citado 17 Nov 2016] [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4073>
193. Alfonzo, L. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). 2013.

194. Organización Mundial de la Salud. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). 2010.
195. Mayfield, D., McLeod, G., Hall, G. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry*. 1974; 131, 1121–1123.
196. Babor, T. F., Higgins-biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G. Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. Organización Mundial de la Salud. 2001; 6.
197. Guía del usuario de la versión española del EQ-5D. Barcelona: Health Outcomes Research Europe; 1999.
198. Lois Ibañez, E., Álvarez García, J. A. Motivación y Retención en un tratamiento de adicción a la cocaína. in 11º Congreso Virtual de psiquiatría. Interpsiquis; 2010.
199. Lozano Rojas, O. M. et al. Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez. *Trastor. Adict.* 2007; 9: 97–107.
200. Lozano Rojas, O. M., Rojas Tejada, A. J., Pérez Meléndez, C. Construcción de un test para medir la calidad de vida relacionada con la salud específico para drogodependientes. Almeria: Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones; 2015.
201. Miller, W. R., Tonigan, J. S. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychol. Addict. Behav.* 1996; 10: 81–89.
202. Jiménez Castro, A. B., Salinas Duran, M. T., Sánchez Estrada, T. Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. *Rev. Enferm IMSS.* 2004; 12: 61–63.
203. Gordon, M. Nursing Diagnoses and the Diagnostic Process. *Am. J. Nurs.* 1976; 76: 1298 .

204. Raile Alligood, M. *Nursing Theory: Utilization and Application*. 5ª ed. Missouri: Elsevier Mosby; 1997.
205. Salcedo, P. G., Reyes, A. M. C. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2011; 11: 47-76.
206. Urzúa, A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile*. 2010; 138: 358-365.
207. Lizán Tudela, L. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. *Real Acad. Med. Comunidad Valencia*. 2011; 1-34.
208. Ortiz, Z. E., Pueyrredón, C. E. Calidad de vida relacionada con la salud. *Bol. A. N. Med*. 2000; 78: 119-129.
209. Herdman, M., Badia, X., Berra, S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria*. 2011; 28(6): 425-430.
210. Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M., Segura, A. La versión española del EUROQOL: Descripción y aplicaciones. *Med. Clin.* . 1999; 112 (Supl 1): 79-86.
211. Van Reenen, M., Oppe, M. EQ-5D-3L User Guide Basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument. 2015.
212. Pradas Velasco, R., Antoñanzas Villar, F. & Martínez-Zárate, M. P. Use of European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D) questionnaire to value the health related quality of life variation because of influenza. *Gac. Sanit*. 2009; 23: 104-108.
213. Miller, W. R., Tonigan, J. S. SOCRATES.readiness to change. *Psychol. Addict. Behav*. 1996.
214. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Brasil: 2008.

215. Ley Orgánica de Protección de datos. Boletín Oficial del Estado, Nº 298 (14-12-1999).
216. Quero Virla, M. Confiabilidad y coeficiente de Alpha de Cronbach. *Telos Rev. Estud. Interdiscip. Ciencias Soc.* 2010; (12): 248–252 .
217. Nunnally, J. C. *Psychometric theory*. Psychometric theory. 3ª ed. New York: McGraw-Hill; 1967.
218. Dirección General de Salud Pública. III Encuesta de Salud para Asturias. Oviedo: Consejería de Sanidad; 2012.
219. Choi, B., Granero, R. & Pak, A. Catálogo de sesgos o errores en cuestionarios sobre salud. *Rev Costarr Salud Pública*. 2010; 19: 106–118.
220. Proceso de Gestión del Absentismo Mutua Navarra. El alcohol y otras drogas en el ámbito laboral. Una realidad que afrontar. Navarra: Mutua Navarra; 2011.
221. Flórez García, L. M. & Recio, F. Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil del drogodependiente. 2012.
222. Navarro, J., Eusebio, B., Valenzuela, M. La incidencia de la drogas en el medio laboral de la Comunidad Valenciana. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2005.
223. Navarro Botella, J. La incidencia de las drogas en el medio laboral de la comunidad de Madrid 2006. Madrid: Ayuntamiento de Madrid; 2006.
224. INSHT. Estudio Comparativo de puestos de trabajo con turnicidad: condiciones de trabajo y efectos. 2011.
225. Chulvi, B. El trabajo a turnos incrementa un 40% el riesgo de padecer enfermedades coronarias. *Revista de Salud Laboral para delegadas y delegados de prevención de CCOO*. 2009: 10–11.
226. Hakola, T., Koivumaki, M., Sinivaara, M. & Kasanen, R. Working time autonomy and age in health care. *Ergonomia*. 2007: 3–4.
227. Eurofound. Use of alcohol and drugs at the workplace. 2012.

228. Organización Mundial de la Salud. Guía Internacional para Vigilar el consumo del alcohol y sus consecuencias sanitarias. 2000.
229. Anderson, P., Gual, L., Colon, J. Alcohol y atención primaria de la salud. Organizacion Panamericana De La Salud. 2008; 274.
230. Magnavita, N. et al. Workers with alcohol and drug addiction problems. Consensus Document of the Study Group on Hazardous Workers. Med. Lav. 2008; 99 (Suppl 2): 3–58.
231. OEDT. Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
232. Ministerio de Sanidad, S. S. e I. Informe 2015. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
233. Informe Europeo sobre drogas 2015. España: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías: 2015.
234. Benavides, F. G., Benach, J. & Román, C. Tipos de empleo y salud: análisis de la segunda Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo. Gac. Sanit. 1999; 13: 425–430.
235. Morillejo, E. A., Pozo Muñoz, C. La percepción del riesgo en la prevención de accidentes laborales.
236. Velázquez Narváez, Y., Medellín Moreno, J. La percepción de riesgos como factor causal de accidentes laborales. Segur. y Salud en el Trab. 2013; 20: 20–25.
237. Redacción, A. Y. et al. Informe 2013 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Minist. Sanidad, Serv. Soc. e Igual, 2014.
238. Cabrero, E., Luna, A. Determinación de alcohol y drogas en la empresa. Rev. española Drog. 1999; 24: 3–16.
239. Cabrero, E., Luna, A. Alcohol y drogas en las empresas de la Unión Europea.

- Adicciones. 2001; 13: 247–252.
240. Fielitz G, P. et al. Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastornos psicóticos ingresados en Sala de Emergencia psiquiátrica: Hospital Vilardebó. Montevideo. Uruguay. Rev. Chil. Neuropsiquiatr. 2010; 48: 106–113.
241. Caplan, Ya. H., Huestis, M. A. Workplace Drug Testing. Berkeley: CRC Press; 2008.
242. Test de Drogas. [Página principal en internet]. Cómo funciona el test de detección de drogas. 2016c [citado 10 Nov 2016] [aprox. 2 pantallas]. Disponible <http://www.testdrogas.com/uso_test_drogas.html>
243. Expósito de G, C., Borges de F, M. & Trejo, E. Evaluación del Test Rápido Ontrak Teststik para detectar Cocaína y Marihuana en muestras de Orina. Rev. la Fac. Med. 2001; 24(2): 157–162.
244. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo. Madrid: Subdirección General de estadística; 2010.
245. Madrigal de Torres, M., Velandrino Nicolás, A., Ruzafa Martínez, M. Evaluacion de Estudios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud. En: Evaluacion de Estudios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Murcia: Murcia Salud; MS. 467–578
246. Lizán Tudela, L. La calidad de vida relacionada con la salud. Atención Primaria. 2009; 41: 411–416.
247. Center for Behavioral Health Statistics & Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. 2013.
248. DeVido, J. J., Weiss, R. D. Treatment of the depressed alcoholic patient. Curr. Psychiatry Rep. 2012; 14(6): 610–618.
249. Alonso Verdugo, B. et al. Protocolo de intervención psicológica. Madrid: Servicio de Asistencia; 2012.

250. Flores, E. A. Vulnerabilidad a la drogadicción. *Adicciones*. 2003; 15(3): 187–190.
251. Martínez González, J. M. Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas y representaciones sociales sobre el uso de estas en adolescentes y adultos jóvenes. [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada. Facultad de Psicología; 2006.
252. Bermudez Moreno, J., Pérez García, A. M., Ruiz Caballero, J. A., Sanjuan Suárez, P., Rueda Laffond, B. *Psicología de la personalidad*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2013.
253. Leggett, T. Examen de la situación mundial del cannabis. *Boletín estupefacientes*, (Ejemplar Dedic. a Exam. la situación Mund. del cannabis). 2006; 58(1-2): 1-169.
254. Lopez-Pelayo, H., Balcells-Oliverá, M. M. & Gual-Solé, A. Falta de registro de consumo de cannabis. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013; 41(3): 208.
255. Dirección General del Plan Nacional sobre Drogas. *Cannabis II*. Madrid: Secretaría General de Política Social para el Plan Nacional Sobre Drogas; 2008.
256. Klempova, D. et al. Consumo problemático de cannabis en estudiantes españoles de 14-18 años: validación de escalas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas; 2009.
257. Observatorio español de la droga y las Toxicomanías. *Estadísticas 2015*. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
258. Alonso-Castillo, M.M.; Esparza-Almanza, S. E.; Frederickson, K.; Guzmán-Facundo, F. R.; López-Gracia, K. S.; Martínez-Maldonado, R. Efecto de una intervención para prevenir el consumo de Alcohol y tabaco en adolescentes de escuelas secundarias de Monterrey, México. *Investig. en Enfermería Imagen y Desarro*. 2008; 10: 79–92.
259. Bóveda Fontán, J. et al. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Atención Primaria*.

- 2013; 45.
260. Flores, R. G., Sosa, J. J. S. Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicol. y Salud*. 2013; 23: 183–193.
261. En el recurso de amparo núm. 1322–2000, contra la Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Baleares de 14 de enero de 2000, dictada en el recurso de suplicación núm. 719/99 formalizado por la representación de Iberia, LAE, S.A. contra la Sentencia recaída en el Juzgado de lo Social núm. 1 de Ibiza, en autos núm. 304/99, de fecha 6 de agosto de 1999. *Boletín Oficial del Estado*, N° 306, (21 diciembre 2004).
262. Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Barcelona: Elsevier España SL; 2009.

11 ANEXOS.

ANEXO I – Cuestionario utilizado para la caracterización de la muestra



ENCUESTA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**EVALUACIÓN DEL CONSUMO
DE CANNABIS, COCAÍNA Y
ALCOHOL EN
TRABAJADORES/AS DEL
SECTOR DEL ESPECTÁCULO**

Número Cuestionario: _____

Fecha: _____



Nos dirigimos a usted para solicitarle que rellene, de forma voluntaria y anónima, el siguiente cuestionario. Contestar todas las preguntas le llevará no más de 30 minutos y, para nosotros, su opinión es importante.

El cuestionario le es suministrado por Isabel Almodóvar Fernández, responsable de la investigación en la que le pedimos que participe.

De forma anónima, todos los resultados serán almacenados durante el tiempo necesario hasta finalizar el estudio, para que ningún dato se pueda revelar y no conlleve a la identificación de algún participante. De esta manera se asegura el anonimato de los participantes.

Estos datos pueden ser conservados, para futuros estudios que puedan llevar a otras líneas de investigación

El cuestionario consta de 30 preguntas sobre su situación personal, laboral y su relación con las sustancias estupefacientes y/o alcohol.

¿CÓMO RELLENAR EL CUESTIONARIO?

En la mayor parte de las preguntas tendrá que **marcar** con una '**X**' en el cuadrado que corresponda a **su respuesta**.

Algunas de ellas, en las que está especificado se puede marcar más de una respuesta.

Es **MUY IMPORTANTE** que responda a **todas las preguntas** del cuestionario.

**PREGUNTA 1: Sexo**

Hombre	
Mujer	

PREGUNTA 2: Año de nacimiento: _____**PREGUNTA 3: Nivel de estudios. (Marca el más alto que hayas finalizado).**

Ninguno	
EGB/ESO	
Bachiller/COU	
FP1/Módulo Grado Medio	
FP2/Módulo de Grado Superior	
Universitarios	

PREGUNTA 4: ¿Qué puesto de trabajo desempeñas habitualmente?

Recursos Humanos	
Producción	
Rigger	
Scaffolder	
Climber	
Carga y Descarga (Además Montador y mantenimiento)	
Conductor de Carretilla Elevadora (Torito)	
Electricidad	
Otro (Por favor especifique)	



PREGUNTA 5: ¿Por qué has elegido este tipo de empleo?

Soy estudiante y así me saco un dinero	
Es mi medio de trabajo habitual	
Estaba en paro y no hay otra cosa	
Porque disfruto haciendo este tipo de trabajo	
Otro (Por favor especifique)	

PREGUNTA 6: ¿Cuál de las siguientes personas vive en el mismo hogar que usted?

Vivo solo	
Padre	
Padrastra	
Madre	
Madrastra	
Hermano y/o Hermana	
Abuelos	
Mujer (Pareja e hijos)	
Mujer (Pareja sin hijos)	
Otros Parientes	
Personas no emparentadas (Amigos, compañeros de piso sin relación de amistad...)	



PREGUNTA 7: Durante su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)

a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Sí
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Sí
c Cannabis(marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	No	Sí
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Sí
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Sí
f Inhalantes(óxido nítrico, pegamento, gasolina, disolvente para pintura, etc.)	No	Sí
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Sí
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Sí
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Sí
j Otras, especifique:	No	Sí

PREGUNTA 8: En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?

	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)					
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)					
d Cocaína (coca, crack, etc.)					
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)					
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, disolvente para pintura, etc.)					
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)					



i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)					
j Otras , especifique:					

PREGUNTA 9: ¿Ha intentado *alguna vez* reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?

	No nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos tres meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)			
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)			
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)			
d Cocaína (coca, crack, etc.)			
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)			
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, disolvente para pintura, etc.)			
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)			
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)			
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)			
j Otras , especifique:			



PREGUNTA 10: ¿Le preocupan sus hábitos de consumo de sustancias?

A) Tabaco		
Su riesgo de sufrir estos daños es (marque uno):		
Bajo	Moderado	Alto
Fumar tabaco con regularidad está asociado con:		
RIESGOS	Envejecimiento prematuro y arrugas en la piel	
	Condición física inferior y tiempos de recuperación más largos después de un resfriado o gripe	
	Infecciones respiratorias y asma	
	Alta presión sanguínea, diabetes mellitus	
	Aborto espontáneo, parto prematuro y bebés de bajo peso al nacer	
	Enfermedades renales	
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias, entre ellas enfisema	
	Enfermedades cardíacas, apoplejías, enfermedades cardiovasculares	
	Cáncer de pulmón, vejiga, mama, boca, garganta y esófago	

B) Alcohol		
Su riesgo de sufrir estos daños es (marque uno):		
Bajo	Moderado	Alto
El consumo excesivo de alcohol con regularidad está asociado con:		
RIESGOS	Resacas, conducta violenta y agresiva, accidentes y lesiones, náusea y vómito	
	Disminución en el desempeño sexual, envejecimiento prematuro	
	Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, alta presión sanguínea	
	Ansiedad y depresión, dificultades en las relaciones personales, problemas económicos y laborales	
	Dificultad para recordar cosas y resolver problemas	
	Deformidades y daño cerebral en los bebés de mujeres embarazadas	
	Daño cerebral permanente que lleva a la pérdida de memoria, déficits cognitivos y desorientación	



CEU
Universidad
Cardenal Herrera

	Apoplejía, daño muscular y en los nervios
	Enfermedad del hígado y el páncreas
	Cáncer de boca, garganta y mama
	Suicidio

C) Cannabis (Marihuana)		
Su riesgo de sufrir estos daños es (marque uno):		
Bajo	Moderado	Alto
El consumo regular de cannabis está asociado con:		
RIESGOS	Problemas de atención y motivación	
	Ansiedad, paranoia, pánico, depresión	
	Disminución de la memoria y de la capacidad para resolver problemas	
	Presión sanguínea alta	
	Asma y bronquitis	
	Psicosis, en particular en personas con historial personal o familiar de esquizofrenia	
	Enfermedades cardíacas y enfermedad pulmonar obstructiva crónica	
	Cáncer de las vías respiratorias superiores y de garganta.	

D) Cocaína		
Su riesgo de sufrir estos daños es (marque uno):		
Bajo	Moderado	Alto
El consumo regular de cocaína está asociado con:		
RIESGOS	Dificultad para dormir, aceleramiento del corazón, dolores de cabeza, pérdida de peso.	
	Aletargamiento, hormigueo, piel húmeda, rascarse o arrancarse la piel	
	Ansias o deseo intenso, estrés por el estilo de vida	
	Accidentes y lesiones, problemas económicos	
	Paranoia, pensamientos irracionales, dificultad para recordar cosas	



	Conducta agresiva y violenta
	Psicosis después del consumo repetido de altas dosis
	Muerte repentina por enfermedades cardiovasculares agudas

PREGUNTA 11: Señale si ALGUNA VEZ EN LA VIDA el consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas le han producido a Ud. alguno de los siguientes PROBLEMAS. Marque todos los que considere.

ACCIDENTES LABORALES	
ACCIDENTES DE TRÁFICO	
OTROS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA	
PROBLEMAS PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS (DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ESQUIZOFRENIA, PARANOIA...)	
CONFLICTOS FAMILIARES DISPUTAS O CONFLICTOS CON AMIGOS, COMPAÑEROS O VECINOS	
OTROS PROBLEMAS DE RELACIÓN CON LOS DEMÁS	
FALTAR ALGÚN DÍA AL TRABAJO	
DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO LABORAL	
DESPIDOS	
OTRAS SANCIONES EN LA EMPRESA	
DIFICULTADES ECONÓMICAS	
CONFLICTOS CON LA POLICÍA O LA LEY	
RELACIONES SEXUALES QUE EN OTRAS CIRCUNSTANCIAS NO HUBIERA MANTENIDO RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN	
OTROS PROBLEMAS	
NUNCA HE TENIDO PROBLEMAS DE ESTE TIPO	
NUNCA HE CONSUMIDO ALCOHOL U OTRAS DROGAS	



PREGUNTA 12: Podría indicarnos si bebió Vd. en el día de ayer, alguna de las siguientes bebidas. En caso afirmativo, dígame qué cantidad tomó de cada una de ellas.

Cerveza (Nº de cañas o botellines)	
Cerveza (Nº tercios o equivalentes)	
Vino (Nº de vasos pequeños)	
Vino (Nº de vasos grandes)	
Licores (coñac, anís, ginebra y otros) (Nº de copas)	
Whisky-Vodka (Nº copas)	
Combinados (Nº combinados)	
Orujos o similares (Nº vasitos)	
Carajillos (Nº carajillos)	
Champaña o Cava (Nº copas)	

PREGUNTA 13: ¿Cuáles son los lugares en los que consume bebidas alcohólicas con más frecuencia? (Puede elegir DOS)

No Sabe/No Contesta	
En mi casa	
En casas de amigos	
En bares, pubs y cafeterías	
En discotecas	
En restaurantes	
En el trabajo	

PREGUNTA 14: Indique, por favor, ¿quién le facilita o facilitaba la/las sustancias?

No Sabe/No Contesta	
Compañeros de trabajo	
Amigos de barrio	
Otros amigos	



Familiares	
Médico o sanitario	
En bares, discotecas, u otros establecimientos	
En la calle por un proveedor	
Otros. Indicar cuál	

PREGUNTA 15: ¿Cuál de las siguientes razones es la más parecida a la razón o motivo por la que Vd. está tomando alcohol o alguna otra droga actualmente, o lo ha hecho anteriormente? (Señalar con una X las DOS principales)

No Sabe/No Contesta	
Por escapar a problemas personales	
Por el gusto de hacer algo prohibido	
Por placer, por animarme	
Por aburrimiento	
Por estudiar o trabajar mejor	
Por facilitar la conversación o el contacto social	
Por problemas familiares	
Por sentirme marginado o discriminado en el trabajo	
Por las condiciones de trabajo	
Por deseo de ser miembro de un grupo y ser aceptado por él	
Por enfermedad, dolor, nervios, dormir	
Otros motivos. Cuáles	

PREGUNTA 16: Dígame si el consumo de alcohol o de alguna otra droga le ha producido, , algunos de los siguientes problemas (Respuesta Múltiple) (Marque con una X).

No Sabe/No Contesta	
Problemas de salud física o psíquica	
Problemas de relación con los demás	
Conflictos en la familia	



Dificultades económicas familiares	
Accidentes laborales	
Faltar algún día al trabajo	
Disminución en el rendimiento laboral	
Sanciones en la empresa	
Despidos	
Accidentes de tráfico	
Conflictos con la policía o la ley	
Disputas o conflictos con amigos, compañeros o vecinos	
Otros problemas. Indicar cuáles	

PREGUNTA 17: ¿Está haciendo o ha hecho un tratamiento para dejar el alcohol u otras drogas; o le gustaría hacerlo?

No Sabe/No Contesta	
Ya lo estoy haciendo o lo he hecho	
No lo he hecho, pero quisiera hacerlo	
No creo que sea necesario	
No me interesa hacerlo	

PREGUNTA 18: En su medio o lugar de trabajo, ¿conoce Vd. algún o algunos casos de compañeros que beban en exceso o tomen alguna otra droga?

No Sabe/No Contesta	
No, ninguno	
Sí, alguno	
Sí, bastantes	

PREGUNTA 19: En general, cree Vd. que el problema del alcohol y de las drogas en el mundo del trabajo es un problema importante?

No Sabe/No Contesta	
Nada importante	



Poco importante	
Bastante importante	
Muy importante	

PREGUNTA 20: ¿Por qué razón cree Ud. que el consumo de alcohol o de otras drogas es un problema importante en el trabajo? (Señalar los DOS más importantes)

No es un problema importante	
Provoca accidentes laborales	
Enfermedades	
Disminución de la productividad o rendimiento	
Absentismo	
Sanciones y/o despidos	
Mal ambiente o malas relaciones entre compañeros/as de trabajo	
Acaban pagándolo todos los/las trabajadores/as	
Otras razones	

PREGUNTA 21: En lo que se refiere a las posibles actuaciones de las empresas ante el abuso del alcohol y las drogas, indique de las siguientes, ¿cuáles cree que sería más necesario realizar? (Indicar las DOS principales)

Información y formación de los trabajadores/as sobre las consecuencias del consumo de drogas	
Servicios de atención a consumidores/as de drogas	
Ayudas y asesoramiento a familias de los consumidores	
Realización de análisis para la detección y prevención del consumo de drogas	
Realización de un chequeo médico a los trabajadores/as con problemas de alcohol o drogas	
Orientar a los trabajadores/as con problemas de alcohol o drogas hacia tratamientos en centros especializados	
Otras acciones. Cuáles	



--	--

PREGUNTA 22: ¿Qué tipo de colaboración se podría establecer entre las empresas y los trabajadores y sus representantes para una acción conjunta ante el abuso del alcohol y las otras drogas? (Marcar todas las respuestas posibles)

Actividades de información y formación de los trabajadores/as	
Realización periódica de campañas de prevención	
Orientación a los trabajadores con problemas de drogas a centros especializados	
Potenciación de los comités de prevención, higiene y salud laboral	
Realización de un chequeo médico a los trabajadores/as con problemas de alcohol o drogas	
Acuerdo para la realización de análisis para la detección del uso de drogas y el alcohol	
Actitud abierta de diálogo y negociación empresa-sindicatos ante el problema de las drogas y del alcohol	
Otras actuaciones. Especificar cuáles	

PREGUNTA 23: ¿Qué tipos de ayudas y recursos y qué tipo de colaboración cree Vd. se debería solicitar la empresa a la Dirección General de Drogodependencias para actuar en el ámbito laboral ante toda esta problemática? (Respuesta Múltiple. Anotar todas las respuestas que den)

No Sabe/No Contesta	
Facilitar el conocimiento y contacto con centros especializados de tratamiento y rehabilitación ante las drogas	
Facilitar materiales para actividades de información y formación de los trabajadores/as	
Asistencia técnica de personal especializado en formación sobre drogas	
Ayudas económicas y fondos gestionados por empresa y trabajadores para actividades ante las drogas	
Orientación y materiales para campaña de prevención	
Ayudas sanitarias específicas ante problemas de drogas	



Facilitar la realización de análisis para la detección del uso de drogas	
Promover acuerdos entre empresarios y sindicatos encaminados a la reserva del puesto de trabajo de drogodependientes en proceso de tratamiento	
Otras ayudas. Especificar cuáles	

PREGUNTA 24: ¿Cuál es su situación contractual en su trabajo actual?

No Sabe/No Contesta	
Sin contrato	
Contrato temporal de menos de 6 meses	
Contrato temporal de 6 a 12 meses	
Contrato temporal de 12 meses o más	
Contrato por obra o servicio	
Contrato indefinido	

PREGUNTA 25: ¿Con qué frecuencia realiza o realizaba Vd. en su empresa trabajos nocturnos?

No Sabe/No Contesta	
Siempre	
Frecuentemente	
Con bastante o alguna frecuencia	
De vez en cuando	
Nunca	

PREGUNTA 26: En su trabajo, ¿con qué frecuencia realiza o realizaba Vd. turnos rotatorios y cambiantes?

No Sabe/No Contesta	
Siempre	



Frecuentemente	
Con bastante o alguna frecuencia	
De vez en cuando	
Nunca	

PREGUNTA 27: ¿La ejecución de su trabajo tiene o tenía alguna peligrosidad?

No Sabe/No Contesta	
Extrema	
Alta	
Media	
Baja	.
Nula	.

PREGUNTA 28: ¿Realiza o realizaba Vd. trabajos a destajo o que le exigieran un rendimiento por encima de sus posibilidades?

No Sabe/No Contesta	
Muchas veces	
Bastantes veces	
Algunas veces	
Muy pocas veces	
Nunca	

PREGUNTA 29: ¿Realiza o realizaba Vd. jornadas de trabajo prolongadas con escaso tiempo o pocos días de descanso?

No Sabe/No Contesta	
Muchas veces	
Bastantes veces	
Algunas veces	
Muy pocas veces	



Nunca	
-------	--

PREGUNTA 30: ¿Con qué frecuencia en su trabajo soporta o soportaba condiciones de frío o de calor intensos?

No Sabe/No Contesta	
Siempre	
Frecuentemente	
Con bastante o alguna frecuencia	
De vez en cuando	
Nunca	

PREGUNTA 31: Actualmente, ¿se considera usted consumidor?

ANEXO II – Cuestionario de salud EQ-5D



Cuestionario de Salud EQ-5D

Versión en español para España

(Spanish version for Spain)

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud el día de HOY.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades Cotidianas *(ej, trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)*

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor / Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad / Depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido



Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Su estado de salud hoy

El mejor estado de salud imaginable



El peor estado de salud imaginable

ANEXO III – Cuestionario Sócrates Versión 8D



SOCRATES (Versión 8)

Estadios de motivación para el cambio y escala de deseo de ir a tratamiento

CUESTIONARIO DE USO PERSONAL DE DROGAS (SOCRATES 8D)

Instrucciones: Por favor lee las siguientes afirmaciones atentamente. Cada una de ellas describe una manera de cómo te podrías (o no podrías) sentir con *tu consumo de drogas*. Para cada afirmación, redondea un número del 1 al 5 para indicar si estás o no de acuerdo en el momento actual con los siguientes enunciados. Por favor redondea sólo un número por cada afirmación.

1: Totalmente en desacuerdo (NO!)

2: En desacuerdo (No)

3: Indeciso o inseguro (¿?)

4: De acuerdo (Sí)

5: Totalmente de acuerdo (SI!)

	NO!	No	¿?	Sí	SI!
1.- Realmente quiero hacer cambios en mi consumo de drogas	1	2	3	4	5
2.- A veces me pregunto si soy un adicto	1	2	3	4	5
3.- Si no cambio pronto mi consumo de drogas, mis problemas serían mayores	1	2	3	4	5
4.- Ya he empezado a hacer algunos cambios en mi consumo de drogas	1	2	3	4	5
5.- Estuve consumiendo demasiado durante un tiempo, pero he conseguido cambiar eso	1	2	3	4	5
6.- A veces me pregunto si mi consumo de drogas está hiriendo a otras personas	1	2	3	4	5
7.- Tengo un problema con las drogas	1	2	3	4	5
8.- No sólo estoy pensando en cambiar mi consumo de drogas sino que ya estoy haciendo algo para cambiarlo	1	2	3	4	5
9.- Ya he cambiado mi consumo de drogas ya hora estoy buscando formas de no volver a consumir como lo hacía antes	1	2	3	4	5
10.- Tengo un serio problema con las drogas	1	2	3	4	5
11.- A veces me pregunto si tengo el control sobre mi consumo de drogas	1	2	3	4	5
12.- Mi consumo de drogas está causando mucho daño	1	2	3	4	5
13.- Estoy haciendo cosas para dejar mi consumo de drogas	1	2	3	4	5
14.- Quiero ayuda APRA mantenerme alejado de los problemas con las drogas que he tenido	1	2	3	4	5
15.- Se que tengo un problema con las drogas	1	2	3	4	5
16.- En ocasiones me pregunto si consumo demasiado	1	2	3	4	5
17.- Soy adicto a las drogas	1	2	3	4	5
18.- Estoy trabajando duro para cambiar mi consumo de drogas	1	2	3	4	5
19.- He hecho algunos cambios en mi consumo de drogas, y necesito ayuda para no volver a consumir como antes.	1	2	3	4	5

**ANEXO IV – Test para la evaluación de la Calidad de Vida en
Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP)**



CEU
Universidad
Cardenal Herrera

TECVASP

(Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas)

Encuestador: _____ Centro _____ N.º de test _____

A continuación se le va a preguntar sobre su salud **durante el último mes**. Su tarea consistirá en responder a cada una de las preguntas con **total sinceridad**. Para ello, contará con 5 alternativas de respuesta (debiendo señalar solamente una). Éstas expresan el grado con el que ha tenido o sentido los síntomas y situaciones que aparecen en las preguntas. Las respuestas que usted puede dar son las siguientes:

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

Su tarea consistirá en señalar la opción de respuesta (solamente una) que **mejor** indica el grado en el que ha sentido o ha tenido lo que se describe en cada pregunta **durante el último mes**. Veamos un ejemplo:

Ejemplo 1: Durante el último mes, en qué medida he padecido dolores de cabeza:

NADA **POCO** A VECES BASTANTE MUCHO

Al marcar la respuesta **poco** estoy indicando que durante el último mes he sentido pocos dolores de cabeza. Antes de empezar recuerde que es importante que responda **sinceramente**. Además, teniendo en cuenta el enunciado, trate de elegir adecuadamente la respuesta que **mejor** le representa **durante el último mes**. Es importante que haya entendido correctamente su tarea. Si tiene alguna duda, pregúntela antes de comenzar.

Durante **el último mes**, en qué medida:

1. Has tenido dolor (físico)
2. Has tenido problemas de sueño
3. Has tenido vómitos (ganas de devolver)
4. Te has sentido fatigado (cansado)
5. Has estado ansioso (nervioso)
6. Has estado deprimido (decaído, bajo de moral, has tenido «ganas de abandonar»)
7. Te has sentido agresivo
8. Has tenido problemas para recordar cosas (no te has acordado de nombres, de dónde pones las cosas, etc.)
9. Has tenido alucinaciones
10. Has tenido problemas para concentrarte («estar metido en lo que haces», no despistarte al hacer tareas, etc.)
11. Has tenido problemas para orientarte (no has sabido llegar a casa o a lugares conocidos)
12. Has consumido drogas para estar bien **físicamente**
13. Has consumido drogas para estar bien **psicológicamente** (mentalmente)
14. Has estado mal físicamente para hacer actividades cotidianas (vestirte, asearte, etc.)
15. Has tenido personas que se han preocupado por ti
16. Crees que tu salud **psicológica** (mental) está deteriorada (mal)
17. Has tenido problemas familiares
18. Crees que el consumo de drogas ha empeorado tus actividades sociales (ir con amigos, trabajar, etc.)
19. Crees que hay personas que pueden quitarse de las drogas
20. Crees que tú puedes quitarte de las drogas
21. Harías cualquier cosa para dejar las drogas (ir a tratamiento, pedir ayuda a familiares, etc.)
22. Crees que tu salud **física** ha estado deteriorada

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



CEU
Universidad
Cardenal Herrera

Finalmente, se le va a hacer preguntas sociodemográficas, relacionadas con el tratamiento su consumo durante el último mes. Por favor, responda **sinceramente**.

1ª letra del primer apellido _____ 2ª letra del primer apellido _____
 1ª letra del segundo apellido _____ 2ª letra del segundo apellido _____
 Sexo (1. Varón; 2. Mujer): _____
 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____

Fecha de administración del cuestionario (dd/mm/aaaa): _____
 Droga que más ha consumido durante el último mes: _____
 Año de inicio de consumo de la sustancias principal: _____

Tipo de tratamiento en el que se encuentra (marcar con una X).

1. Ninguno
 2. Desintoxicación
 3. Deshabitación
 4. Tratamiento con metadona
 5. Otro tipo de tratamiento. Especificar _____

Droga consumida en los últimos 30 días (las drogas que no hayan sido consumidas, poner NO en la casilla correspondiente):

	¿Usada en el último mes?	Días que la ha usado	Cantidad consumida en un día
Alcohol	_____	_____	_____
Benzodiac.	_____	_____	_____
Cocaína, clorh.	_____	_____	_____
Cocaína, crack/base	_____	_____	_____
Anfetaminas	_____	_____	_____
Cannabis	_____	_____	_____
LSD, Alucin.	_____	_____	_____
Drog. Diseño	_____	_____	_____
Heroína	_____	_____	_____
Otros. Opiáceos	_____	_____	_____

En el último mes, ¿ha padecido usted alguna sobredosis? No Sí
 En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO V – Consentimiento informado



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO SOBRE LA
EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE CANNABIS, COCAÍNA Y ALCOHOL EN TRABAJADORES DEL
SECTOR DEL ESPECTÁCULO Y EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE DE
ENFERMERÍA.**

Nombre del participante: _____

- A. PROPÓSITO DE LA ACTIVIDAD:** realizar una encuesta en el marco del proyecto de tesis doctoral de Doña Isabel Almodóvar Fernández, insertado en el Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad CEU Cardenal Herrera. Esta encuesta recogerá información sobre el consumo de cannabis, cocaína y alcohol, y datos sociodemográficos, en los/las trabajadores/as que participan en las labores de montaje y desmontaje de eventos de toda índole.
- B. ¿QUÉ SE HARÁ?:** se administrará vía mail tres cuestionarios para su autocumplimentación a 50 trabajadores/as, durante el periodo comprendido entre Mayo 2016 y Agosto 2016. Además, se les realizará, mediante aceptación voluntaria expresa por medio de este consentimiento, un análisis de orina y un test de alcoholemia para detectar la presencia de las sustancias en estudio. Estas dos analíticas se realizarán después de comer. Tras estos análisis, se procederá a realizar la intervención de enfermería cuya duración será de 90 minutos. Pasado el tiempo oportuno, los trabajadores deberán realizar nuevamente los cuestionarios y además realizarán el cuestionario Sócrates para medir la eficacia de la intervención.
- C. RIESGOS Y BENEFICIOS POTENCIALES:** La terapia motivacional breve de enfermería se basa en la Terapia psicoeducativa motivacional breve: TPMB y esta ha demostrado ser segura y no suponer ningún riesgo. Los beneficios potenciales del estudio se relacionan a la creación de un protocolo de actuación para asegurar la seguridad laboral, evitando accidentes de cualquier gravedad, en este colectivo de trabajadores/as.
- D. CONFIDENCIALIDAD:** los datos e información recogidos en el estudio serán protegidos y s será tratados de forma segura, anónima y confidencial. Los resultados obtenidos se analizaran y presentaran de manera disociada de la identidad de cada participante. Tal y como contempla la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal, podrá ejercer su derecho a acceder, rectificar o cancelar sus datos contactando con el investigador principal de este estudio.

Por medio del presente documento hago constar que he sido informado sobre los propósitos, actividades, riesgos y beneficios del estudio en el cual participaré y entiendo que:

1. Mi participación en el estudio es voluntaria.
2. Puedo renunciar a participar y retirarme en cualquier momento del estudio, sin que ello implique perjuicio para mi persona.
3. He preguntado cualquier duda sobre esta investigación a la Enfermera y Técnico en Prevención de Riesgos Laborales Isabel Almodóvar Fernández.
La información que se obtenga a partir de este estudio será tratada de forma segura, anónima y confidencial. Mi identidad será protegida y no se revelará en ninguna instancia del desarrollo del mismo ni en las publicaciones que de él surjan.
4. La doctoranda Dña. Isabel Almodóvar Fernández se compromete a comunicar los resultados generales y conclusiones de la investigación, a este colectivo de trabajadores/as

Y para que así conste y en prueba de conformidad, firmo el presente documento por duplicado y a un solo efecto, en Castellón, a ____ de _____ de 2016.

FIRMA DEL PARTICIPANTE _____

FIRMA DEL INVESTIGADOR: _____

