

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RIESGO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS  
LICITAS E ILICITAS EN ENTORNOS LABORALES: MODELO PSICOSOCIAL Y  
ENFOQUE HUMANISTA**

CATALINA BECERRA DÍAZ

JOSÉ FERNANDO CARDONA

ALICIA LASSO

Propuesta de programa para obtener el título de Especialista en Gerencia de la SST

Asesora:

Psic. Gloria Stella Arango Giraldo



UNIVERSIDAD DE  
MANIZALES

Universidad de Manizales

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Especialización En Gerencia De La Seguridad Y Salud En El Trabajo

Manizales – Colombia

2018

## Contenido

1. Planteamiento del problema	
2. Objetivos	
2.1. Objetivo General	
2.2. Objetivos específicos	
3. Justificación	
4. Marco legal	
4.1. Normas internacionales	
4.2. Normas nacionales	
5. Definición marco conceptual	
5.1. Definición de programa	
5.2. Definición de prevención	
5.3. Definición de consumo	
5.4. Definición de sustancias licitas e ilícitas	39
5.5. Definición de ámbito laboral	39
5.6. Definición de los impactos del consumo de sustancias licitas e ilícitas	39
5.7. Definición de ciclo PHVA	39
5.8. Enfoque humanista alineado a programas de prevención	39
5.9. Modelo psicosocial	
6. Antecedentes	
7. Diseño metodológico	
8. Referencias bibliográficas	
9. Programa de prevención de riesgo por consumo de sustancias licitas e ilícitas en entornos laborales: Modelo psicosocial y enfoque humanista	

## **Índice de tablas**

Tabla No. 1: Normas internacionales

Tabla No. 2: Normas nacionales

Tabla No. 3: Sustancias lícitas e ilícitas estimulantes

Tabla No. 4: Sustancias lícitas e ilícitas depresoras

Tabla No. 5: Sustancias lícitas e ilícitas alucinógenas

Tabla No. 6: Perspectivas desde el modelo psicosocial

Tabla No. 7: Ejes operativos de la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto

Tabla No. 8: Alineación del ciclo PHVA con el reporte de tres generaciones

## **Índice de figuras**

Figura No. 1: Ciclo PHVA para un programa

## 1. Planteamiento del problema

Resulta importante para iniciar, traer planteamientos aportados por Boletín sectorial ARP SURA (2011), quienes determinan que el consumo de sustancias licitas e ilícitas que generan alteraciones en el sistema nervioso central, se ha configurado como “uno de los principales problemas psicosociales en la actualidad y uno de los que más alta incidencia tiene en las condiciones de vida individual, familiar, social y laboral” (párr. 1), desde cuya óptica se evidencia la necesidad de utilizar un modelo psicosocial; ante derivaciones de condiciones que van en detrimento de las esferas mencionadas y muy a propósito de la presente propuesta de programa, de un óptimo desempeño en entornos laborales y por ende merma en la productividad, en la estabilidad laboral, en un adecuado clima laboral, entre otras condiciones que vienen siendo tenidas en cuenta por sus nefastas consecuencias.

Con referencia a lo anterior, cabe destacar que en el orden internacional se han realizado gran cantidad de estudios tendientes a establecer no sólo las causas y efectos, sino además buscando conjurar un fenómeno evidentemente dañino, en cuyo ámbito investigativo cabe referenciar los aportes de Valencia y Pérez (2004), quienes llaman la atención con respecto a las consecuencias del consumo de estas sustancias, al mencionar que esta conducta “afecta notablemente al trabajador, a sus compañeros, su empleador, su familia y a la sociedad en general” (p. 6), denotándose desde esta afirmación las negativas incidencias no solamente en el ámbito de trabajo, contexto social, sino además en las diferentes esferas del individuo consumidor, tal como lo indican los autores:

Para el trabajador puede representar la pérdida de su puesto o de sus ingresos, para sus compañeros preocupaciones y perjuicios, para el empleador accidentes y pérdida de la productividad, para la familia inestabilidad, alteración de las relaciones y conflictos internos, para la sociedad en general representa un alto costo en términos de atención de la seguridad social, pérdida de calidad de vida y aumento de la inseguridad. (Valencia y Pérez, 2004, p. 6)

Ampliando la idea anterior y precisando de paso, lo que genera la inquietud desde la cual se planteará la estructuración de un Programa de prevención de riesgo por consumo de sustancias lícitas e ilícitas en entornos laborales: Modelo psicosocial y enfoque humanista, es la preocupación derivada de la repercusión que esta conducta genera en el expresado medio, resulta oportuno referenciar lo que al respecto plantea la International Labour Organization (ILO Home) citada por Ochoa y Madoz (2008):

(...) los trabajadores que consumen alcohol y otras drogas presentan un absentismo laboral de 2 a 3 veces mayor que el resto de los trabajadores. Las bajas por enfermedad de estos trabajadores dependientes del alcohol u otras drogas tiene un coste 3 veces mayor a las del resto de los empleados, a la vez que esas mismas personas perciben también indemnizaciones por un importe 5 veces mayor que el resto de sus compañeros. (p. 27)

Determinándose además desde las cifras traídas a comento por los autores referenciados anteriormente, que los accidentes de trabajo, la merma en la productividad, relaciones laborales desajustadas, regular calidad de los servicios y/o productos ofrecidos, entre otros factores, en altos porcentajes se encuentran transversalizados por conductas de consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generan alteraciones en el sistema nervioso central.

La problemática que se viene conceptualizando no es ajena a América Latina, donde las cifras encontradas no son nada alentadoras, tal como lo indica por ejemplo la Organización Panamericana de la Salud (OPS) citada por Martínez (2002), al establecer que en este territorio el consumo problemático de alcohol “afecta a unos 38 millones de personas, lo que representa casi el 10% de la población adulta, en una proporción de 10.4% hombres por cada mujer” (p. 79), cuyo dato no puede menos que continuar alertando en el reconocimiento del problema que se viene desarrollando en el presente apartado.

En este mismo orden y dirección, arribando al territorio colombiano, se encuentran datos igualmente alarmantes, al encontrarse por ejemplo lo indicado por el Ministerio de la Protección Social de Colombia (2007), que establece que “Colombia pertenece al grupo de países cuya población entre 15 a 64 años (donde se encuentra la población trabajadora) incrementa grandemente el riesgo de consumo” (p. 13), denotando que las cifras halladas son en muchos casos superiores a las de otros países de Latino América. Reiterando éstos datos, resulta importante mencionar las cifras relacionadas por el Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia (2014), quien expone que estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas realizado en el año 2013, determinó que “cerca de 2.6 millones de personas en Colombia con edades entre 12 y 65 años presentan un uso de alcohol que se puede considerar riesgoso o perjudicial” (p. 55) y lo referente a sustancias ilícitas, resulta igualmente desalentador:

El consumo reciente o prevalencia en el último año estima que en este periodo de tiempo en el país, unas 839 mil personas usaron al menos una vez, una o más de las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína, sustancias inhalables o dick. De este total, 667 mil son varones y 172 mil

mujeres, en otras palabras, de cada cuatro personas que consumen sustancias ilícitas, tres son hombres y una es mujer. (Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia, 2014, p. 66)

En ese mismo sentido cabe citar un estudio más reciente que permita evidenciar el comportamiento con respecto al consumo de sustancias lícitas e ilícitas, como es el estructurado por el Ministerio de Salud de Colombia (2017), en donde con respecto a la afectación en el campo laboral, expone que:

(...) entre las personas que no han consumido sustancias psicoactivas, un 3,5% reporta incidentes que han afectado su actividad laboral, mientras este porcentaje asciende al 67% entre quienes han consumido psicoactivos en el trabajo y a 7,5% entre quienes han consumido psicoactivos en el último año. (p. 7)

Por su parte, en el ámbito local, el Observatorio de Drogas Eje Cafetero (2013) menciona que de acuerdo a los estudios adelantados a nivel nacional, el departamento de Caldas figura con la deshonrosa posición de encontrarse con altos niveles porcentuales de sustancias psicoactivas, superando inclusive muchos departamentos “tanto para las sustancias legales de alcohol 88,2% y tabaco 45,4%, así como de las sustancias ilegales, con excepción de la cocaína y la heroína” (p. 2), resultando, en el recorrido que se viene realizando, la situación del departamento en los aspectos analizados, igual o inclusive de mayor preocupación que los antes mencionados.

## 2. Objetivos

## **2.1. Objetivo General.**

Diseñar un Programa de prevención de riesgo por consumo de sustancias lícitas e ilícitas en entornos laborales: Modelo psicosocial y enfoque humanista.

## **2.2. Objetivos Específicos.**

Describir el modelo psicosocial paso a paso.

Describir el enfoque humanista.

Desarrollar un Programa de prevención de riesgo por consumo de sustancias lícitas e ilícitas en entornos laborales.



### 3. Justificación

Se debe partir de la necesidad de diseñar programas tendientes a la prevención del consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generan alteraciones en el sistema nervioso central, en entornos laborales, teniendo en cuenta los aportes que indican que el consumo de estas sustancias se han configurado como una problemática del orden psicosocial, que viene incidiendo directamente en aspectos como “las condiciones de vida individual, familiar, social y laboral” (Boletín sectorial ARP SURA, 2011, párr. 1) y que por ende desemboca en aspectos como merma en la productividad, en la estabilidad laboral, en un adecuado clima, entre otras condiciones que vienen generando nefastas consecuencias en las esferas referidas.

En el orden de las ideas anteriores, debe ser prioridad de todas las empresas y Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), debido especialmente a que la ley en Colombia ha venido rigurizando, ante los devastadores efectos observados, las normativas que obligan a los empleadores a incluir dentro de las actividades, campañas para fomentar la prevención del consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, e implementar programas para controlar y prevenir adicciones en los trabajadores, debiéndose mencionar en este específico, la Ley 1751 (2015), que en su artículo 9 establece que:

Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.

Desde cuya premisa el Estado determina las acciones que deben realizar las instituciones y estamentos, públicos y privados, para caminar juntos en el mismo sentido, en el cumplimiento de ésta normativa, pudiéndose encontrar en el ámbito laboral directrices como la emanada por el Ministerio de la Salud de Colombia (2017), que en su *Plan Nacional Para la Promoción de la Salud, la Prevención y la atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021* establece como una responsabilidad de las Administradoras de Riesgos Laborales, la implementación del proyecto institucional preventivo del consumo, abuso y adicción a las sustancias psicoactivas, en el ámbito laboral, dando cumplimiento a la Ley 1566 de 2012; y desarrollar estrategias para brindar información y educación a sus afiliados, como acción preventiva para evitar el consumo abusivo de alcohol, en cumplimiento del Decreto 780 de 2016.

Cabe referenciar además en el establecimiento de la necesidad de implementar programas de prevención de consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, en los ámbitos laborales, los postulados aportados por la Circular 0038 (2010) en la que se determina y da instrucciones de obligatorio cumplimiento, para el mantenimiento de espacios libres de humo y de sustancias psicoactivas en las empresas, argumentando que el consumo de estas sustancias tanto lícitas como ilícitas, es un problema de salud ocupacional que las empresas deben prevenir, determina de manera clara y perentoria, que los empleadores dando cumplimiento a la Resolución 1016, deben incluir dentro de las actividades del Subprograma de Medicina Preventiva: “campanas específicas, tendientes a fomentar la prevención y el control de la fármaco dependencia, el alcoholismo y el tabaquismo, dirigidas a sus trabajadores” (p.1), lo cual se ha configurado como uno de los mayores desafíos para las empresas del país.

Sobre la base de las consideraciones anteriores resulta evidente que los postulados normativos propenden por el establecimiento de unos entornos laborales sanos, que a su vez orientan a la realización de las acciones necesarias para que los espacios mencionados brinden bienestar a quienes allí se desempeñen, resultando además preponderante en éste marco, el compromiso que debe derivarse no sólo por parte de los empleadores, sino además de los colaboradores, para que en una simbiosis óptima el ambiente de trabajo sea armónico, resultando beneficiadas ambas partes; desde cuyo planteamiento cabe citar lo expuesto por el Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2016), establece que:

El entorno laboral saludable son aquellos centros de trabajo en los que las condiciones van dirigidas a lograr el bienestar de los trabajadores pero no sólo en el sentido de un buen ambiente físico, se trata además de que existan buenas relaciones personales, buena organización, salud emocional, y que se promueva el bienestar familiar y social de los trabajadores a través de la protección de riesgos, estimulando su autoestima y el control de su propia salud y del ambiente laboral. (p. 10)

Desde cuyas premisas resulta importante plantear programas para la prevención del consumo de sustancias lícitas e ilícitas, en entornos laborales, con orientación a conjurar una problemática creciente, encauzando las soluciones preferentemente desde un enfoque humanista y con un modelo de intervención psicosocial. Por eso el diseñar este programa, es permitir la adaptación de otro tipo de estrategias administrativas y gerenciales al área de seguridad y salud en el trabajo con el fin de preservar, conservar y mejorar la salud de los trabajadores; teniendo en cuenta además que ninguna empresa, sea pública o privada, puede permitirse el no gestionar esta prevención, ya que el coste (por falta de productividad como gastos en seguridad y salud en el trabajo) o por una

falta de planteamientos de control, puede superar ampliamente lo que hubiera costado implantar los programas.

De esta manera, este trabajo aporta información que puede ser útil a las empresas y las ARL como instrumento de trabajo, para que procuren el mejoramiento de las condiciones de vida y de seguridad y salud de la población trabajadora, como las condiciones organizacionales, basada en una estrategia de ciclo planear, hacer, verificar y actuar, procedimiento lógico por fases que permitirá el mejoramiento continuo del programa para el control de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, en cualquiera de sus etapas y que denota novedad basada en estrategia de mutua ayuda en acompañamiento de pares dentro del desarrollo del programa.

En los marcos de las observaciones anteriores, se puede evidenciar la necesidad de diseñar un programa de prevención de riesgo por consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, en entornos laborales, enmarcado en un modelo psicosocial y bajo un enfoque humanista, que represente especial importancia para los empleadores y ARL, en donde además de ser un cumplimiento legal, la seguridad y salud en el trabajo constituye un punto primordial para mejorar el clima laboral, disminuir la accidentalidad, las enfermedades y el ausentismo; se debe tener en cuenta que un accidente grave, especialmente si está relacionado con el consumo de las sustancias psicoactivas, puede hacer que un negocio cierre sus puertas.

#### **4. Marco legal**

El conjunto de referentes normativos que guían la construcción de éste programa, son descritos a continuación:

#### 4.1. Normas internacionales.

Tabla No. 1  
Normas internacionales

<b>Normativa</b>	<b>Descripción</b>
Decisión 584 (2004) de la Comunidad Andina	Ratificado por Colombia y que se configura como el Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo, del cual aporta conceptualizaciones de interés para el desarrollo del presente programa en su artículo 1.
Resolución 957 (2005) de la Comunidad Andina	mediante la cual la Comunidad Andina establece el Reglamento del Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo, desde el cual cabe destacar especialmente lo concerniente al servicio de salud en el trabajo, contemplado en el artículo 4

#### 4.2. Normas nacionales.

Tabla No. 2  
Marco legal nacional

<b>Normativa</b>	<b>Descripción</b>
Constitución política de Colombia [Const.] (1991)	observándose los artículos 1 y 2 (de los principios fundamentales); 13, 15, 16, 25 (de los derechos fundamentales); 53 (estatuto del trabajo); y 366 (de la finalidad social del Estado)
Código Sustantivo del Trabajo, establecido mediante el Decreto Ley 3743 de 1950	El cual tiene como objeto en su artículo 1: “La finalidad primordial de este Código es la de lograr la justicia en las relaciones que surgen entre (empleadores) y trabajadores, dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social”
Código Sanitario Nacional, emanado mediante Ley 9 (1979)	Del cual cabe destacar los artículos 84 (obligaciones de los empleadores), 85 (obligaciones de los trabajadores), 125 (programas de medicina preventiva en los lugares de trabajo), 470 (suministro de estupefacientes), 477 (medidas de seguridad de sustancias restringidas), 594 (La salud es un bien de interés público), 595 (derecho a las prestaciones de salud), 597 (disposiciones relativas a la salud son de orden público) y 599 (derecho a la promoción y conservación de la salud personal).

Continuación Tabla No. 2  
Marco legal nacional

<b>Normativa</b>	<b>Descripción</b>
Resolución 1016 (1989) de los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Salud	Mediante la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país, debiéndose destacar especialmente dentro de ésta normatividad, lo postulado en el artículo 10 (Finalidad de los subprogramas de medicina preventiva)
Decreto 1108 de 1994	Por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.
Ley 599 (2000)	Por medio de la cual se dicta el Código Penal Colombiano, que debe ser tenido en cuenta ante la posible comisión de delitos ante el consumo de sustancias psicoactivas en el contexto laboral.
Ley 769 (2002)	Por la cual se expide el Código Nacional de Tránsito terrestre y se dictan otras disposiciones.
Resolución 414 de 2002 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses	Por la cual se fijan los parámetros científicos y técnicos relacionados con el examen de embriaguez y alcoholemia.
Ley 734 (2002)	Por la cual se expide el Código Disciplinario Único, que se refiere a la acción disciplinaria a adelantarse con los servidores públicos ante los desafueros cometidos, resultando importante mencionar su artículo 34.
Ministerio de la Protección Social de Colombia (2007)	Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto
Resolución 2646 (2008) del Ministerio de la Protección Social	Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional.
Resolución 1956 (2008) del Ministerio de la Protección Social	Por la cual se adoptan medidas en relación con el consumo de cigarrillo o de tabaco, especialmente lo establecido en considerandos y el artículo 1.
Circular 0038 de 2010 Min. de la Protección Social	Espacios libres de humo y de sustancias psicoactivas (SPA) en las empresas
Ley 1566 (2012)	Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias” psicoactivas, resultando preponderante la definición aportada de atención integral, iterada en su artículo 2.
Ley 1616 (2013)	Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones, resultando importante su objeto, iterado en su artículo 1.
Decreto Único Reglamentario 1072 (2015) del Ministerio del Trabajo	Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, destacándose para el tema que se viene desarrollando los apartados contemplados en el artículo 2.2.4.2.2.15 (Obligaciones del contratante, en cuyo literal 2 establece: “Realizar actividades de prevención y promoción”; y en el artículo 2.2.4.2.2.17 (Obligaciones de la Administradora de Riesgos Laborales), en su literal 4 determina: “Realizar actividades de prevención y control de riesgos laborales para el trabajador independiente”; y en su artículo 2.2.4.6.34 (Mejora continua).

Continuación Tabla No. 2

Marco legal nacional

<b>Normativa</b>	<b>Descripción</b>
------------------	--------------------

Resolución 1844 (2015) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses	Por la cual se adopta la segunda versión de la "Guía para la Medición Indirecta de Alcoholemia a Través de Aire Espirado".
Ley Estatutaria 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1801 (2016)	Por la cual se expide el Código Nacional de Policía y Convivencia y que resulta importante en los apartados que buscan regular los comportamiento en relación con las sustancias psicoactivas.
Sentencia C-636 de 2016	Mediante la cual se declara "EXEQUIBLE el numeral 2 del artículo 60 del Código Sustantivo del Trabajo" (Resuelve), continuándose con la prohibición establecida por cuanto se entiende la afectación, a causa de los efectos del consumo, del desempeño laboral.

## 5. Definición marco conceptual

Teniendo en cuenta el objetivo establecido para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), resultando pertinente referenciar al respecto lo postulado por el Ministerio del trabajo de Colombia (2016), que inicia planteando que éste sistema debe observar un liderazgo e implementación por parte del empleador y una participación activa de los empleados, propendiendo específicamente por una correcta “aplicación de las medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo, el mejoramiento del comportamiento de los trabajadores, las condiciones y el medio ambiente laboral, y el control eficaz de los peligros y riesgos en el lugar de trabajo” (p. 10), estableciéndose además que éste procedimiento: “Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores” (p. 10).

### **5.1. Definición de programa.**

Para realizar esta definición se considera pertinente abordar artículo publicado por SafetYA (2017), quien itera que en la implementación del SG-SST en Colombia, de acuerdo a la normatividad establecida para dicho fin, se estipula la puesta en marcha de una serie de programas, sin que se tenga suficiente claridad sobre el modelo a seguir, sobre su definición, ni sobre lo que debería incluir cada uno de estos; ante lo cual expone el autor referenciado, se pueden encontrar en el mercado diversos y variados modelos de programa. Ante la ausencia de definición en la normativa colombiana, e inclusive internacional, el autor que se viene referenciando recoge una serie de definiciones que se considera pertinente citar en la presente conceptualización:

De acuerdo con la Real Academia Española, se puede definir un programa como:



*“Programa. Serie ordenada de operaciones necesarias para llevar a cabo un proyecto.”*

La norma OHSAS 18001, en su numeral 4.3.3, menciona sobre los programas:

*“La organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios programas para alcanzar sus objetivos. Estos programas deben incluir al menos:*

*a) la asignación de responsabilidades y autoridad para lograr los objetivos en las funciones y niveles pertinentes de la organización; y*

*b) los medios y plazos para lograr estos objetivos.”*

En concordancia, se puede entender un programa del SG-SST como:

*“Conjunto de una o más actividades planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia el cumplimiento de los objetivos del SG-SST.”*. (SafetYA, 2017, párr. 4-10)

Hechas las consideraciones anteriores cabe mencionar la relación que los programas de prevención, tal como el propuesto en el presente documento, tienen con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, para lo cual se hace necesario referenciar varios apartados del Decreto Único Reglamentario 1072 (2015), que con respecto a las actividades de prevención y promoción, las establece como obligación del contratante en su artículo 2.2.4.2.2.15; de igual manera determina en su artículo 2.2.4.2.2.16, que es obligación del contratista: “Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios

de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales” (num. 4); e idéntica obligación endilga a las ARLs, en su artículo 2.2.4.2.2.17, donde determina que éstas deben “Realizar actividades de prevención y control de riesgos laborales para el trabajador independiente” (num. 4).

En este mismo orden y dirección, abordando la relación de los programas de prevención con el SGSST, resulta importante mencionar el artículo 2.2.4.6.34 del Decreto Único Reglamentario en comento, que hace alusión a lamejora continua, determinando la responsabilidad del empleador con respecto al aporte de las directrices y recursos “necesarios para la mejora continua del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), con el objetivo de mejorar la eficacia de todas sus actividades y el cumplimiento de sus propósitos”, en cuyo pretendido debe tomar insumos, entre otros componentes, de “Los resultados de los programas de promoción y prevención” (num. 5).

## **5.2. Definición de prevención.**

Se considera pertinente en el pretendido de conceptualizar éste componente, eje central del presente documento, citar los planteamientos aportados por Hernández (2014), quien determina en primera medida, que un acertado programa de prevención debe contener:

- Promoción de la salud de la salud
- Prevención
- Educación
- Tratamiento en casos de abuso y dependencia
- Asistencia- Tratamiento- Rehabilitación. (p. 6)

Entendiéndose la integralidad necesaria que debe contener un programa de prevención, debiendo englobar los diversos componentes que garanticen la atención integral y obligatoria que el empleador y las ARL, de acuerdo a las diversas normas nacionales e internacionales ya referenciadas, debe dirigir hacia sus trabajadores. Con respecto al programa de prevención de riesgo por consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, en entornos laborales, cabe citar postura de Hernández (2014), quien establece que éste sitio es facilitador para la implementación de estas líneas de acción, ya que:

- La mayoría de adultos están empleados.
- Pasan la mayor cantidad de tiempo en el trabajo (aumenta la exposición – Observación – Intervención).
- El trabajo determina una importante función en la vida de los individuos. (p. 7)

En el marco del enfoque humanista en el que se desarrollará el presente programa de prevención, se considera pertinente definir éste importante elemento, desde los planteamientos de Cowen (1982) citado por Gullota (1995), quien establece que el objetivo de ésta es buscar reducción de uno o unos factores que inciden negativamente en la salud de una persona o conglomerado, coadyuvando principalmente con ello al sano crecimiento del individuo. Se quiere citar concepto aportado por Cowen (1982) citado por Gullota (1995), que permite determinar el alcance de la prevención, en concordancia con lo que se requiere en la presente conceptualización:

Prevención centrada en la persona: referida a realzar la capacidad de la gente para afrontar de forma exitosa eventos y situaciones estresantes. Esta prevención puede subdividirse en: Centrada en la

situación, cuando actúa sobre personas que padecen situaciones conflictivas o estresantes para reducir la probabilidad de consecuencias negativas (concuerta con la Prevención Reactiva) y centrada en el realce de la competencia cuando desarrolla programas para prever a grupos, todavía no afectados por determinada situación, de competencias y destrezas que refuercen sus propias capacidades adaptativas (coincide con la Prevención Proactiva). (p. 114)

### **5.3. Definición de consumo.**

El Ministerio de Salud de Colombia (2016) en su documento *ABECÉ de la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas*, entre otros aspectos define el consumo problemático de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, cuando éste:

(...) afecta la salud, las relaciones con la familia y amigos. También cuando altera las actividades diarias como el trabajo o el estudio, o cuando implica problemas económicos o con la ley.

Se considera que todo consumo de sustancias lícitas o ilícitas en mujeres embarazadas o en periodo de lactancia así como en niñas, niños y adolescentes, son problemáticos. (p. 2)

Para el caso de consumo por parte de la población trabajadora, eje central del programa propuesto, se consideran pertinentes algunas consideraciones aportadas por Hernández (2014), quien establece que la presencia de esta conducta en entornos laborales o por parte de trabajadores, aun fuera del contexto de trabajo, resulta asociado a efectos como: “Mayor ausentismo. Mayor

accidentalidad. Disminución de rendimiento. Conflictos (peor clima laboral)” (p. 5), desde cuyos criterios se evidencia la necesidad de implementar programas de prevención.

Retomando los planteamientos del Ministerio de Salud de Colombia (2016) las sustancias lícitas e ilícitas son aquellas que introducidas en el organismo “produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, la cual modifica la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento” (p. 2), aclarándose además que su habitualidad puede derivar en dependencia. Cabe citar al respecto los aportes sobre la definición y clasificación, suministrados por Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid (2016), donde se determina que:

Las sustancias psicoactivas son aquellas que afectan al humor, a los pensamientos y a las conductas, por lo que se tiende a abusar de ellas y son las que pueden suponer problemas.

Drogas estimulantes del sistema nervioso central (cocaína y anfetaminas)

Drogas depresoras del sistema nervioso central (alcohol y benzodiazepinas)

Drogas alucinógenas (cannabis, LSD, éxtasis, PCP y ketamina). (párr. 14-15)

La tabla No. 3 permite observar las sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, estimulantes, con las sustancias representativas, efectos generados y consecuencias físicas; la tabla No. 4 las depresoras; y la tabla No. 5 las alucinógenas; lo cual ayudará en el pretendido del presente apartado, que es extraer la definición de consumo.

Tabla No. 3  
Sustancias lícitas e ilícitas estimulantes.

Sustancia	Efectos generados	Consecuencias físicas
Café	Disminuye somnolencia y fatiga.	Inquietud, agitación, temblor, insomnio, problemas digestivos.
Cigarrillo	Desinhibición, sensación de calma.	Trastornos pulmonares y circulatorios, afecciones cardíacas, infartos y cáncer.
Anfetaminas	Alerta intensificada, hiperactividad, pérdida del apetito, insomnio, taquicardia, locuacidad.	Dilatación pupilas, nerviosismo intenso, estado de alerta permanente, insomnio, escalofríos, anorexia.
Cocaína	Excitación, acentuada desinhibición, hiperactividad, pérdida del apetito, ansiedad, aumento de la presión sanguínea y pulsaciones cardíacas intensificadas.	Desasosiego, agitación, hipertensión, trastornos cardio-respiratorios, desnutrición, anemia, posibles daños hepáticos, renales y neurológicos, malformaciones fetales.

Tabla No. 4  
Sustancias lícitas e ilícitas depresoras.

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.
Barbitúricos, sedantes	Depresión del sistema nervioso central, tranquilidad, relajamiento.	Irritabilidad, risa/llanto sin motivo, disminución de la comprensión y de la memoria, depresión respiratoria, estado de coma.
Opio, heroína, metadona	Sensaciones extremas a nivel físico-emocional, ansiedad, disminución del racionamiento, el entendimiento y la memoria, retardo psicomotor.	Estados de confusión general, convulsiones, alucinaciones, contracturas musculares, disminución de la presión arterial.

Tabla No. 5  
Sustancias lícitas e ilícitas alucinógenas.

Sustancia	Efectos generados	Consecuencias físicas
Marihuana	Disminuye la reacción ante los estímulos y reduce los reflejos, desorientación temporoespacial, alucinaciones.	Reducción en el impulso sexual, daño en las funciones reproductoras, psicosis toxica, deterioro neurológico.
LSD	Alucinaciones, desorientación temporoespacial, flashback	Delirio, despersonalización, terror, pánico, trastornos en la visión, hipertensión arterial, problemas respiratorios.

#### 5.4. Definición de sustancias lícitas e ilícitas.

Para iniciar ésta conceptualización se referencia lo establecido por OHSAS 18001 (2007), que en su apartado 3.23 define sitio de trabajo como: “Cualquier locación física en la que las

actividades relacionadas con el trabajo son realizadas bajo el control de la organización” (p. 15), aclarándose además, para ampliar el espectro de sitio de trabajo al lugar donde se encuentre el trabajador desarrollando labores atinentes a sus funciones, que:

Cuando se da consideración a lo que constituye el sitio de trabajo, la organización (3.17) debe tomar en cuenta los efectos S&SO sobre el personal que están, por ejemplo, viajando o en tránsito (i.e. manejando, volando, en botes o trenes), trabajando bajo las premisas de un cliente o proveedor, o trabajando en casa. (p. 16)

Se considera importante en la conceptualización que se viene adelantando en éste apartado en particular, traer a comento consideraciones de la NTCGP 1000 (2009), en la cual se realiza apreciación con respecto a ambiente de trabajo, que resulta ser esclarecedora en la definición que se está desarrollando:

3.6 Ambiente de trabajo. Conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo.

NOTA En el ámbito de esta norma las condiciones incluyen solamente aquellas que pueden tener una influencia significativa sobre la conformidad del producto y/o servicio. Las condiciones pueden incluir los factores físicos, sociales, y ambientales (tales como la temperatura, instalaciones para el personal, ergonomía y composición atmosférica). (p. 9)

Finalmente se considera pertinente referenciar el Decreto 1072 (2015), el cual en su artículo 2.2.4.6.2 define centro de trabajo como: “toda edificación o área a cielo abierto destinada a una actividad económica en una empresa determinada”.

## **5.6. Definición de los impactos del consumo de sustancias lícitas e ilícitas.**

En el marco de la prevención del consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, resulta importante comprender los impactos acaecidos desde las diversas esferas, para de esta manera llevar información pertinente a los intervinientes en el programa, más aun teniendo en cuenta que la línea de acción primordial serán procesos reflexivos que generen introspección, frente a posibles consecuencias ante el uso o el abuso de consumo de éstas sustancias, mediante el fortalecimiento de capacidades y competencias coadyuvantes en la toma de decisiones; desde cuyo pretendido cabe citar los planteamientos que al respecto aporta el Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012):

Desde el ámbito individual, el documento referido trae dos impactos:

### Salud

Aumento de probabilidad de desarrollar enfermedades, alteraciones a nivel de la salud mental, sobredosis, intoxicaciones, infecciones de transmisión sanguínea (Hepatitis B o C, VIH), sexual, enfermedades crónicas (Cirrosis, enfermedades pulmonares, entre otras), incapacidad y muerte.

### Calidad de vida

En cuanto a la calidad de vida, las lesiones generadas por episodios de violencia o delincuencia, la accidentalidad, inseguridad y el incumplimiento de las responsabilidades. (p. 33)

Como impacto de gran sensibilidad y evidentemente necesario de abordar en el pretendido del presente programa, el Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012) dilucida



las consecuencias que azotan la esfera familiar de aquellos que permiten el abuso de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central en sus vidas, determinando que:

El consumo de SPA afecta al círculo más cercano de quien consume

- Inestabilidad emocional.
- Inestabilidad económica.
- Reacciones emocionales impredecibles (violencia y agresión).
- Conflicto.

Otro impacto determinado ante el consumo de éstas sustancias, que contempla el Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012) es el comunitario, caracterizado por una “Vulneración de la seguridad y la tranquilidad de las comunidades” (p. 34) ante conductas como “Violencia callejera, riñas, delitos, vandalismo y comportamientos que afectan la convivencia en general” (p. 34).

Finalmente se contempla el impacto social, identificado desde una “Perspectiva macrosocial (Tomando el consumo de SPA como un problema social).” (p. 34) que transversaliza en una “Sumatoria de manifestaciones individuales que afectan: Individuo consumidor, Ámbitos familiares, Laborales, Académicos, Comunitarios, Salud pública, Productividad y Capital humano.” (p. 34).

## **5.7. Definición de ciclo PHVA.**

Se inicia la definición de esta metodología de trabajo que guía el diseño del presente programa, citando lo que al respecto establece el Decreto 1072 (2015), el cual en su artículo 2.2.4.6.2 lo define de la siguiente manera:

Procedimiento lógico y por etapas que permite el mejoramiento continuo a través de los siguientes pasos:

**Planificar:** Se debe planificar la forma de mejorar la seguridad y salud de los trabajadores, encontrando qué cosas se están haciendo incorrectamente o se pueden mejorar y determinando ideas para solucionar esos problemas.

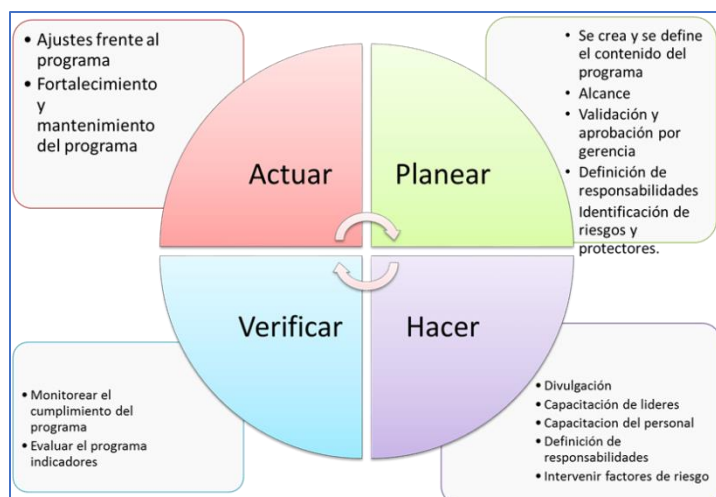
**Hacer:** Implementación de las medidas planificadas.

**Verificar:** Revisar que los procedimientos y acciones implementados están consiguiendo los resultados deseados.

**Actuar:** Realizar acciones de mejora para obtener los mayores beneficios en la seguridad y salud de los trabajadores.

Se observa en la siguiente figura el paso a paso a seguir, de acuerdo a los planteamientos anteriormente referenciados, aplicados al diseño, implementación y evaluación del programa de prevención de riesgo por consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central.

Figura No. 1.  
Ciclo PHVA para un programa.



Fuente: ARL SURA (2013).

Después de lo anterior expuesto, se considera pertinente citar planteamientos realizados con respecto a ésta metodología de trabajo, por parte de Isotools (2015), quien refiere que las empresas modernas se encuentran sumidas en altos niveles de competitividad y con miras a “crecer y desarrollarse, y a veces incluso para lograr su propia supervivencia, han de mejorar continuamente, evolucionar y renovarse de forma fluida y constante” (párr. 1) en cuya finalidad El ciclo PHVA ha realizado un aporte valioso en la mejora continua; recalcando el autor que esta herramienta de gestión tiene como plus que:

Tras varias décadas de uso, este sistema o método de gestión de calidad se encuentra plenamente vigente (ha sido adoptado recientemente por la familia de normas ISO) por su comprobada eficacia para: reducir costos, optimizar la productividad, ganar cuota de mercado e incrementar la rentabilidad de las organizaciones. Logrando, además, el mantenimiento de todos estos beneficios de una manera continua, progresiva y constante. (párr. 2).

Retomando los planteamientos de Isotools (2015), se determina que como característica primordial de ésta herramienta se encuentra la no existencia de un punto inicial y uno final “en el momento en que se obtenga un determinado resultado, sino que se crea una rueda continua en la que el ciclo se reinicia una y otra vez de manera periódica, generando de esta forma un proceso de mejora continua” (párr. 5), en cuya dinámica el ciclo de culminación, además de obrar como coadyuvante en el proceso de mejora hasta esa etapa, obra como fuente de aprendizaje y punto de partida para nuevas retroalimentaciones; desde cuyo interaccionar dinámico “siempre se debe buscar la optimización de las acciones por medio del análisis de: indicadores, logros obtenidos y programas de mejora ya implementados” (párr. 5).

#### **5.8. Enfoque humanista alineado a programas de prevención.**

Resulta importante empezar mencionando, tal como lo plantean Henao y Bolívar (2015), que “este movimiento programático surgió en Norteamérica en la década de los sesenta para promover una psicología más interesada por los problemas humanos” (p. 31), en contraposición de una “orientación determinista, deshumanizante y despersonalizadora de la psicología positiva de la época” (p. 31), buscando desde esta óptica una óptima descripción de la razón de existir del ser humano. En este orden de ideas Villegas (1986) citado por Henao y Bolívar (2015), establece que: “En sí, la psicología humanista tiene un principio y es que dadas unas circunstancias nutritivas, el ser humano posee el potencial para desarrollarse como una persona sana, que se autodetermina, autorealiza y trasciende” (p. 32).

Exponen las autoras que se vienen referenciando que por medio de éste enfoque, haciendo alusión específicamente a los postulados de Perls, el ser humano debe ser visto “desde una visión holista o de la totalidad del ser como el pensamiento, la conducta y lo corporal, es decir, unaintegralidad” (p. 32), desde cuyos ejes el individuo adquiere las competencias necesarias para autogestionar su desarrollo y procesar adecuadamente sus percepciones. Resulta importante citar planteamiento ofrecido por las autoras, dando continuidad a los argumentos de Perls, quien:

(...) enfatiza en el cómo o en el para qué, más que en el por qué: ¿Cómo me siento? ¿Cómo me siento en esta situación? ¿Cómo me siento ahora?, ¿Para qué estoy haciendo esto? ¿Para qué me sirve sentirme de este modo? El ser humano, al preguntar por qué, lo único que consigue es alguna racionalización o “explicación”, ya que el por qué acarrea una explicación ingeniosa y jamás un entendimiento cabal; además, aleja al hombre del aquí y ahora y lo introduce en el mundo de la fantasía, lo saca de lo obvio para teorizar. El cómo da perspectiva o una orientación; el cómo muestra que una de las leyes básicas, la de la identidad de estructura y función, es válida y si se cambia la estructura, la función cambia y si se cambia la función, la estructura cambia. (Hena y Bolívar, 2015, p. 33)

Por su parte Quintero (2012) realiza una serie de acepciones en torno a la razón de ser del enfoque humanista y sus aportaciones en la prevención del consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, iniciando por determinar que ésta corriente psicológica “Es una interpretación más de la realidad humana, con fundamentos teóricos serios y sobre todo con una concepción del ser humano muy definida; frente a la cual se asume un inmenso compromiso” (p. 2), aclarando además el autor con respecto al proceso preventivo desde este enfoque, hacia el consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, que:

Es realismo que rompe la estandarización de los seres humanos y promueve la creatividad como el enorme potencial que surge de las diferencias individuales y lo convierte en su mayor riqueza. Es responsabilidad, es compromiso, es confrontación y, en la mayoría de los casos, dolor: de romper con la comodidad de la dependencia, dolor de invertir la atribución de causalidad del exterior al interior; es la ruptura de convertir la simpatía en empatía y el paternalismo en un inmenso respeto por el ser humano. (Quintero, 2012, p. 3)

Retomando los planteamientos del autor que se viene referenciando, que tiene que ver con el enfoque humanista en estrategias de intervención individual o colectiva, frente a la prevención del consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, se considera preponderante su manifestación con respecto a que es un sistema que se fundamenta desde unos constructos teóricos y desde una praxis que procuran promover “la conciencia individual, la autonomía, la libertad y la autorresponsabilidad, como las características esenciales del ser humano” (p. 4) y se determina además la posibilidad desde esta corriente, en centrar el proceso en el interés generado por los individuos hacia el sentido y significado de “su existencia a partir de la interacción con sus congéneres y que es la base de su propio desarrollo” (p. 4).

Resulta significativo referenciar desde los aportes de Quintero (2012), quien realiza análisis de los teóricos más significativos del enfoque humanista, con vista a la posible contribución a un programa de prevención de riesgo por consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, iniciando por Maslow, de quien itera las siguientes premisas:

A la luz de psicología, la persona enferma es aquella que no ha aprendido a lograr buenas relaciones humanas. (p. 14)

Su teoría de las necesidades básicas, el método de la vanguardia radiante y su concepto de la persona plenamente realizada se ajustan a las demandas de otra de las categorías que establece la promoción de la adaptación humana, el ajuste y el desarrollo personal. (p. 16)

Insiste por lo tanto en el logro de una buena percepción del mundo y de la vida; en hacer al individuo más consciente de sus propias motivaciones, necesidades, deseos y renuncias para desarrollen él una más amplia capacidad para resolver sus problemas vitales. (p. 9)

Con respecto a Rogers, plantea Quintero (2012):

Para él la persona constituye una unidad única e indivisible. No importa que haga o cómo se comporte la persona, lo que ella haga debe ser visto como producto de la persona en su totalidad, no por una parte o un subsistema de ella. La persona no es un conjunto de partes o sistemas como el yo, el ello y el súper yo. La conducta no surge de una parte o subsistema de su personalidad. (p. 25)

En lugar de normalidad se refiere a la persona que funciona a plenitud y la define como aquella que es capaz de vivir totalmente y con todos sus sentimientos y reacciones; que emplea su experiencia orgánica, todo su cuerpo, para sentir de la mejor manera posible su situación existencial interna y externa; que utiliza la información que su sistema nervioso le proporciona, haciéndola consciente y dándose cuenta que su organismo total es más sabio que su propia mente; que permite además que su organismo total funcione en toda su complejidad para seleccionar, entre muchas posibilidades, la

conducta que en cada momento le sea más satisfactoria; que confía en su organismo y experimenta todos sus sentimientos sin tener miedo de ellos. (p. 28)

En lo que respecta a Perls, Quintero (2012) establece como aspectos relevantes en lo que al programa de prevención que se viene tratando concierne:

Cuando el terapeuta se ocupa de la conciencia del consultante respecto a cómo se experimenta a sí mismo, se satisface el requisito gestáltico de trabajar en el aquí y ahora. Para Perls “estar presente ahora” consiste en unir la atención y la conciencia del paciente buscando permanentemente las formas de estar en contacto con él “como” de los sucesos que ocurren en el presente. (p. 33)

El mundo se compone de aquello que nos resulta importante. En el campo perceptual de los seres humanos en el que se constituye un todo de figura- fondo, la figura es lo que conocemos o queremos.

El resto, fenomenológicamente no existe. Cada persona va creando el mundo de acuerdo con sus necesidades; así lo organiza a lo largo de su vida, hasta el fin, en el juego de la reversibilidad figura-fondo. En este sentido, la realidad es flexible y cambiante. (p. 35-36)

Y refiriéndose a la normalidad, afirma: “El hombre que puede vivir en contacto significativo con su sociedad, sin ser tragado completamente por ella y sin retirarse completamente de ella, es el hombre bien integrado. Él se autoabastece porque entiende la relación existente entre él mismo y su sociedad, tal como las partes del cuerpo entienden instintivamente su relación al cuerpo como un todo. Es el hombre que reconoce el límite de contacto entre su y su sociedad, que le da al César lo que es del César y se deja para sí lo que le es propio”. (p. 42)



Subsiguientemente Quintero (2012) aborda postulados de Frankl, determinando como relevantes para el programa de prevención, aspectos como:

La búsqueda de sentido, el éxito en encontrarlo o su fracaso, constituyen en Frankl el criterio sobre el cual establece su psicología clínica, sus explicaciones de lo psicopatológico y las varias técnicas de ayuda que en su conjunto constituyen la logoterapia, nombre dado por él mismo a su perspectiva teórica sobre el ser humano. (p. 43)

Para él, el ser humano, a pesar de las posibles condiciones difíciles de su vida, del estrés físico y psicológico que tenga que soportar, puede conservar un vestigio de libertad espiritual y una cierta independencia mental. La vida no sólo la explica el amor y la alegría, también el sufrimiento y la muerte. (p. 45)

La valoración clínica que hace Frankl en términos de salud mental, neurosis, psicosis, suicidio, adicciones, entre otros, se fundamenta en la voluntad de sentido que él define como ese algo que cada persona necesita para responder a la pregunta de ¿por qué vivir? Esta voluntad de sentido o deseo de significar constituye la motivación primaria. No es propiamente un impulso en las personas sino un valor que las atrae. El sentido es un descubrimiento, una búsqueda, y un encuentro individual. (p. 47)

Finalmente cabe destacar desde los planteamientos aportados por Quintero (2012), el componente característico de la corriente humanista y que resulta acorde al programa que se está estructurando, la no directividad o terapia centrada en el cliente o en la persona, exponiendo que en esta línea de trabajo terapéutico el objetivo primordial consiste en sumergirse “con el cliente en el mundosubjetivo de éste, quien es el centro de la interacción” (p. 54) teniendo además como premisa el no orientar al cliente hacia un “pensar, sentir o actuar de una manera determinada” (p. 55). En esencia éste preponderante componente del enfoque humanista se rige de acuerdo al autor

que se viene referenciando de acuerdo a criterios tales como no pasividad terapéutica dejando avanzar al cliente: “se trata, por el contrario, de una actividad de intervención constante en las experiencias del individuo mediante la abstención de juicios de valor o la aceptación incondicional de la persona como tal” (p. 54).

Desde el planteamiento humanista referido, el proceso terapéutico debe estar alejado de directrices o indicaciones sobre posibles rutas de acción, debiendo tenerse presente en todo momento la capacidad innata de la persona de autoconcientizarse, planteándose la adopción sistemática en el proceso terapéutico, de los siguientes imperativos:

1. Acogida y no iniciativa.
2. Centrarse en la vivencia del sujeto y no en los hechos que evoca.
3. Interesarse por la persona del cliente y no por el problema.
4. Respetar al cliente y manifestarle una consideración real.
5. Facilitar la comunicación y no hacer revelaciones. (Quintero, 2012, p. 55-56)

En los marcos de las observaciones anteriores, se considera pertinente referenciar algunos planteamientos establecidos por el Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012) en su herramientas para hacer prevención y mitigación y que serán tenidos en cuenta en el diseño del presente programa; específicamente se hará alusión a la definición aportada sobre intervención breve, que se conceptualiza como la estrategia empleada para “promover un espacio de reflexión que le permita a la persona motivarse para el cambio” (p. 6), en cuyo entorno el facilitador aporta “herramientas y motiva la aparición de comportamientos distintos, que

permitan superar en alguna medida los problemas” (p. 6); conceptos éstos que resultan característicos de la no directividad.

Otro concepto que se considera importante traer a comento desde la viabilidad del enfoque humanista en el programa propuesto, específicamente desde la no directividad, son los planteamientos de la Dirección Territorial de la Salud de Caldas (2012), quien define la técnica de grupos de ayuda mutua, como “Estrategia de soporte terapéutico” (p. 7) mediante la cual se propende por la interacción de pares, que al compartir un objetivo común, para éste caso, prevenirse ante el consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, generando un legítimo proceso de ayuda mutua “desde el punto de vista emocional, social y de intercambio de información recíproca que les ayude a superar dificultades” (p. 7) y cuya estrategia será el eje articulador de acciones en la presente propuesta.

### **5.9. Modelo de intervención psicosocial.**

Dadas las condiciones que anteceden y realizados los análisis pormenorizados con respecto al modelo de intervención más acorde al pretendido del programa propuesto, resulta ser el psicosocial, por las características que se desarrollaran más adelante, iniciándose por citar la definición que sobre éste trae Alvis (2009), quien indica que hace referencia a la “actividad dirigida a la solución de problemáticas sociales, que privilegia la participación de los intervenidos con los

interventores en la construcción de cambio social y emancipación” (p. 4), aclarando además el autor que existen unos elementos constitutivos, que permiten realizar una mayor aproximación a la conceptualización que se viene desarrollando:

Inicia Alvis (2009) mencionando que la intervención psicosocial es un “proceso integral y permanente” (p. 5), que tiene por objeto el fortalecimiento la capacidad de desarrollo de las esferas individual, familiar y social; por otro lado se identifica por una confluencia bidireccional entre el aspecto psicológico y social; la contemplación de una “interdependencia de lo individual con lo grupal y comunitario” (p. 5); presencia multidisciplinar; y la facilitación para que las personas ejerzan “control y poder sobre su ambiente individual y social para afrontar y solucionar problemáticos y lograr cambios en el entorno social” (p. 4).

Con el objetivo de describir el modelo psicosocial en cada una de sus etapas y requerimientos, se acudirá a García (2011), quien en documento *Pasos para el diseño de un proyecto de intervención psicosocial*, establece los pormenores del modelo que se viene conceptualizando, determinando los siguientes ítems:

#### **5.9.1. Delimitación temática.**

En cuyo momento se determinaran aspectos como el “tema o problemática, grupo poblacional o etéreo y espacio – tiempo” (p. 1), enfatizando el autor sobre la importancia de ésta primera instancia, por cuanto va consolidando el proyecto a plantearse, identificando problemas y necesidades, entorno y establecimiento de la población a intervenir.

### **5.9.2. Referente contextual y marco legal.**

De acuerdo al autor que se viene referenciando, éste apartado aporta datos concernientes a “las características socioeconómicas, sociodemográficas, culturales, políticas y la ubicación geopolítica de la región y sus habitantes” (p. 2), además de ampliar el espectro de conocimiento del fenómeno o problemática que se pretende intervenir. Resumiendo, García (2011) expone en tres componentes, el objetivo de éste apartado, mencionando que éste acercamiento aporta el necesario conocimiento: “del contexto y de la situación problemática, así como de sus actores” (p. 2) y para lograr éste cometido se requieren elementos como la localización, lugar en el cual se desarrollarán las acciones; datos estadísticos del entorno o fenómeno a intervenir; aspectos socio-culturales y políticos; y un marco legal.

### **5.9.3. Caracterización de la población.**

Una vez surtidos los aspectos concernientes al apartado anterior, plantea el autor que se debe realizar una “descripción de la población específica a la cual va dirigida la propuesta; es decir, describir los actores que se beneficiaran directamente” (p. 3), entendido como aquella comunidad que se beneficiará del desarrollo de la intervención psicosocial, en cuyo contexto se determina la recogida de unos datos, llevados a porcentajes; dentro de la información referida al presente apartado y para efectos particulares de la presente propuesta de programa, se consideran importantes los siguientes datos sociodemográficos:

- Género.

- Edad.
- Estado civil.
- Tiempo en la empresa.
- Estrato socioeconómico.

#### **5.9.4. Planteamiento del problema.**

Refiere García (2011) que éste apartado cobra gran importancia, ya que responde a la pregunta que se configura la columna vertebral de una intervención psicosocial y es: “¿por qué se quiere intervenir esa problemática?” (p. 3), planteando además el autor que se debe realizar un abordaje desde lo general hasta lo particular, debiéndose tener en cuenta principalmente tres elementos:

Un primer elemento es la descripción de los factores o agentes involucrados en la problemática, es decir, definir cuáles son los elementos que están en juego en la dinámica psicosocial.

Un segundo elemento, es describir los antecedentes de la problemática, es decir, la historia, sus inicios, evolución y estado actual. Para ello nos valemos de los diagnósticos o estadísticas previos que se tengan.

Un tercer elemento, sería las consecuencias de la problemática en la población en el ámbito psicológico, social y económico; bienestar subjetivo, bienestar colectivo y calidad de vida. (García, 2011 p. 3)

#### **5.9.5. Justificación.**

Plantea el autor que se viene referenciando que la justificación “es una parte complementaria del planteamiento del problema, pues en este punto se describen y explican el para qué de la intervención” (p. 4), debiendo expresar sucintamente, argumentada y definiendo pertinencia de lo que se propone, buscando además responder a la pregunta: “¿Para qué sirve la intervención?” (p. 4), en el entendido que este apartado debe dejar claro a quien realiza acercamiento al mismo, cual es el pretendido (metas, efectos e impacto) esperado de quien propone la intervención, exponiendo al respecto García (2011) que:

(...) es un para qué en dos sentidos: uno en que se beneficia la población directamente intervenida con este proyecto y dos cual es el beneficio en términos de transformación social o Desarrollo de la localidad donde se realiza el trabajo social. (p. 4)

#### **5.9.6. Objetivos.**

Ander-Egg (2000) citado por García (2011) plantea que “los objetivos responden a la pregunta Qué se hace. Y tienen como fin tratar de indicar el destino del proyecto o los efectos que se pretenden alcanzar con su realización” (p. 4), desde los cuales se expresa como se operativizarán los pretendidos de la propuesta que se está realizando. Ampliando el autor que una adecuada formulación de objetivos “es garantía de elaborar un buen proyecto, ya que en torno a los objetivos se da coherencia interna al conjunto de actividades que componen el proyecto y la eficiencia en los costos y tiempos” (García, 2011, p. 5). Vale la pena citar las indicaciones particulares que el autor que se viene referenciando expone con respecto a una construcción óptima de éstos:

El objetivo general: es el propósito central del proyecto. Se redacta con un verbo en infinitivo. De forma coherente debe estar compuesto por los mismos elementos de la temática planteada (problemática, concepto, población, lugar, tiempo). Es más teórico que operativo. Ha de ser una propuesta coherente y pertinente que apunte a la solución del problema, responde al Qué, con qué, con quienes, desde donde.

Los objetivos específicos: son ulteriores especificaciones o pasos (en determinadas circunstancias de carácter intermedio) que hay que dar para alcanzar o consolidar de objetivos general. Deben ser tantos como el objetivo general o la implementación de la temática requiera. Son el desglose del objetivo general, son los logros intermedios. Se convierten en las metas o resultados esperados del proyecto. Que llevan a las actividades a realizar dentro de la ejecución del proyecto que a cabalidad permitirán cumplir su propósito, dependen de las temáticas que se requiera plasmar en la intervención. Es decir, de estos depende la metodología. Hay que tenerlos formulados para diseñar las estrategias y sus técnicas a implementar. Estos objetivos dan origen a las acciones. Son el puente entre lo conceptual y lo metodológico. (p. 5)

#### **5.9.7. Referente conceptual.**

Se construye desde la definición conceptual de unas categorías que han sido determinadas con el objetivo de desarrollar la temática en torno a la cual se plantea la propuesta de intervención, Sautu, Boniolo, Dalle, Elbert (2005), citados por García (2011) definen este componente como:

Un corpus de conceptos de diferentes niveles de abstracción articulados entre sí, que orientan la forma de aprehender la realidad o el estado de la temática o problemática a intervenir. Incluye supuestos de



carácter general acerca del funcionamiento de la sociedad y la teoría sustantiva o conceptos específicos sobre el tema que se pretende analizar” (p. 6)

### **5.9.8. Diseño metodológico.**

Postula García (2011) que éste diseño se define como “una relación clara y concisa de cada una de las etapas de la intervención; es la descripción de cómo se va a realizar la propuesta de intervención” (p. 7), en el entendido que es el cómo se generará en primera medida la información requerida, sin perder de vista la temática elegida y los objetivos como carta de navegación; con las particularidades determinadas por quien intervendrá y en palabras del autor “cada diseño metodológico ha de responder con coherencia interna a la concepción de ser humano, a la concepción de educación y a los principios pedagógicos que orientan a cada interventor/a en su quehacer” (p. 7).

Así las cosas, plantea el autor que se viene referenciando que otro componente preponderante en el diseño metodológico, es el enfoque abordado, el cual debe valerse de estrategias derivadas de éste, que para el caso que ocupa la presente propuesta de programa, está alineado desde el humanismo, estableciéndose coherencia con estrategias participativas como la animación sociocultural y los grupos de ayuda mutua. La siguiente tabla permite observar las diversas perspectivas que se pueden desarrollar en las intervenciones psicosociales y en cuya información se realiza especial énfasis en la perspectiva sociopráctica (participativa), de cuya postura se tomaran diversos conceptos y actividades para el desarrollo de la propuesta de programa.

## Perspectivas desde el marco psicosocial

<b>PERSPECTIVAS</b>	<b>Tecnológico ¿Cómo se hace?</b>	<b>Metodológico ¿Por qué se hace?</b>	<b>Epistemológico ¿Para qué, Para quién?</b>
Distributiva (cuantitativa)	Preguntas- Respuestas Encuestas y Censos	Función referencial del lenguaje	Asimetría entre Sujetos Cierra el método y las conclusiones
Estructural (cualitativa)	Conversaciones Grupos de discusión y entrevistas semiestructuradas	Función estructural del lenguaje	Simetría táctica y asimetría estratégica Abre el método pero cierra conclusiones
Dialéctica (participativa)	Asambleas. Militancias, IAP, Socioanálisis	Función pragmática en situación dialéctica. Construcción de las redes críticas (para transformar)	Simetría entre sujetos Abre nuevos caminos de métodos y de conclusiones
Sociopráctica (participativa)	Procesos. Talleres. Simetría estratégica. Acciones Integrales	Función dialógica desde la praxis cotidiana, Impulsar redes	Asimetría táctica. Cierra el método para plasmar creativities

Fuente: García (2012)

Dadas las condiciones que anteceden, el autor que se viene referenciando expone que éste diseño reviste gran importancia ya que aporta claridad sobre los diversos componentes que deben integrar la propuesta, evitando que quien la lleva a la práctica, tome caminos equivocados en el marco de las acciones planteadas y encasilladas en un modelo y un enfoque, ante cuyas condiciones García (2011) determina:

Por tanto la metodología se realiza con base en los objetivos específicos y responde al cómo. De la rigurosidad del proceso, se desprenden las estrategias de acción y las técnicas o actividades a elegir; para que ilustren coherentemente los objetivos planteados.

Este apartado de metodología por tanto, contempla la descripción de las estrategias de acción, las actividades, las Metas del proyecto como un logro en proyección, los Recursos (Humanos, técnicos y financieros) y los indicadores. (p. 8)

### 5.9.9. Programación de actividades.

Se puede determinar como la propuesta en sí, el documento que determina actividades en el marco del modelo psicosocial y enfoque humanista (para el caso éste caso en particular), definido por García (2011) como “la ejecución secuencial e integrada de diversas actividades. Esto implica que en el diseño se ha de indicar, de manera concreta y precisa, cuáles son las actividades que hay que ejecutar para alcanzar las metas y objetivos propuestos” (p. 9).

Determinándose en este proceso una explicación pormenorizada de organización de actividades, su secuencialidad, complementariedad y coordinación; estableciéndose además aspectos como tiempos, responsables, metas, observancia de objetivos entrelazados con tareas; no derivando en una simple lista de tareas, “sino de establecer un curso o trayectoria que permita fijar la dinámica del proyecto en función del volumen y ritmo de operaciones” (García, 2011, p. 10).

## 6. Antecedentes

Se considera importante en el desarrollo del presente plan, traer a comento los antecedentes investigativos institucionales con respecto al consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, en Colombia, debiéndose iniciar por el realizado en el año 2013, que se denominó *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*, adelantado por el Gobierno Nacional de la República de Colombia, a través del Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC -, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas - CICAD - de la Organización de los Estados Americanos - OEA -, y la Embajada de los Estados Unidos en Colombia - INL, que tuvo como propósito actualizar el conocimiento sobre la magnitud del consumo y abuso de éstas sustancias en el país, el patrón de uso en relación al sexo, edad, nivel

socioeconómico, nivel de urbanización y desagregaciones por departamentos; y establecer la percepción social de riesgo asociado a las diferentes sustancias de abuso y la exposición a la oferta de drogas que ha tenido la población de Colombia en el último año. Estos indicadores constituyen información esencial para la definición y la evaluación de políticas, programas y estrategias en esta materia.

El otro antecedente que se considera relevante mencionar, que permite evidenciar la realidad colombiana frente al consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, es el *Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014 – 2021*, que tuvo su origen en trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Justicia y el Derecho, concertado con los Ministerios de Educación, Trabajo y Relaciones Exteriores; la Policía Nacional; el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario; la Fiscalía General de la Nación; el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses; Fondo Nacional de Estupefacientes y Autoridad Nacional de Televisión; y acompañado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito; y tuvo como objetivo reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias adversas mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido, dirigido a la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, a la prevención del consumo y a la atención de las personas y las comunidades afectadas por el consumo de drogas, esto acompañado del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública.

## **7. Diseño metodológico**

Tal como se planteó anteriormente, la estrategia a emplear para el diseño y propuesta de implementación, verificación y mejora continua del programa de prevención de riesgo por consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, en entornos laborales, es el modelo psicosocial y un enfoque humanista, debidamente conceptualizados en apartados correspondientes, procediendo a continuación a determinar las actividades para el programa propuesto, abordando las cuatro fases que integran el ciclo PHVA:

### **7.1. Planear.**

El primer aspecto relevante para el diseño del programa de prevención propuesto, consiste en recabar la información pertinente y necesaria, con respecto a normatividad nacional e internacional que versa en torno a los diversos aspectos de la prevención de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, en entornos laborales, datos estadísticos de consumo de éste tipo de sustancias en Colombia (específicamente en población adulta, trabajadora), diferentes aspectos concernientes a programas de prevención en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, claridad en la conceptualización de prevención como eje articulador e integrador de acciones de mejora en el ámbito laboral, comprensión del fenómeno de consumo y de las sustancias que lo generan, conceptualización actualizada de sitio de trabajo, y pleno entendimientos de los impactos acaecidos ante el consumo de éste tipo de sustancias.

Así las cosas se realizaron las consultas pertinentes y ampliación de la información que permitió acercamiento e integración de los datos necesarios para la estructuración del programa propuesto, sirviendo además como soporte esencial para este pretendido, la acertada retroalimentación que los asesores institucionales aportaron en el ejercicio de construcción, además de las contribuciones que cada uno de los autores, desde sus particulares saberes, suministraron al presente proceso.

Recabada la información, datos, retroalimentaciones y demás aspectos que se consolidaron como la carta de navegación del pretendido programa, se inició una planeación de actividades que se encasillaran en los tres componentes que aportan el marco de referencia del programa a diseñar: Prevención del consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, en entornos laborales, ciclo PHVA, modelo psicosocial y enfoque humanista; con

cuyos criterios se establecieron unas acciones puntuales, mediante las cuales se presentará la estrategia para las actividades que se van a ejecutar en el marco del programa propuesto.

## 7.2. Hacer.

Establecidos los contenidos necesarios del programa, logrado mediante las actividades relacionadas anteriormente, se proceden a determinar las líneas de acción que integran el programa de prevención propuesto, que tendrá cinco momentos secuenciales y aplicables en los tiempos y características que en cada uno de ellos se relacionará:

1. Compromiso de los directivos: Como medida inicial se realizará revisión de la política de prevención del consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, en la empresa, en cuyo marco, de acuerdo a lo establecido en la Circular 0038 (2010), deberá estar inscrito el programa de prevención, determinándose que la referida política se encuentre alineada con la *Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA y su Impacto*, específicamente en sus ejes operativos, que engloban, como se ha venido exponiendo, el pretendido central que es prevenir el consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, transversalizados por la capacidad de respuesta, tal como se puede apreciar en la siguiente tabla:

Tabla No. 7

Ejes operativos de la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto

EJE PREVENCIÓN	EJE MITIGACIÓN	EJE SUPERACIÓN	EJE CAPACIDAD DE RESPUESTA
Evitar/prevenir el inicio y uso indebido de	Evitar/prevenir que quienes ya se han iniciado en el consumo transiten a patrones de uso problema o a la		Con el cual se busca movilizar esfuerzos para el



sustancias psicoactivas en cualquier momento del ciclo vital.	dependencia (prevalencia); evitar que quienes ya se han iniciado en el consumo, corran riesgos continuados, vean afectada su salud física, mental, emocional, familiar y social y que por efectos de su consumo pongan en riesgo a terceros (impacto); y evitar que quienes hayan superado su condición de consumidores activos por voluntad y hayan mantenido un estilo de vida libre de “drogas”, retornen a él (prevalencia). Algunas de estas metas pertenecen tanto a un eje como al otro, lo cual refleja la interrelación existente entre ellos.	logro de todos los objetivos estratégicos y en particular el tercero.
---	---	---

Fuente: Ministerio de la Protección Social de Colombia (2007)

De no contarse con la respectiva política, deberá generarse el compromiso por parte de las directivas empresariales, para la correspondiente estructuración, la cual, en concordancia con la Circular 0038 (2010), deberá ser adecuada “a las características del sector económico, del perfil sociodemográfico de los trabajadores y de los factores de riesgo y de protección a los que naturalmente están expuestos los trabajadores en la empresa” (literal 4).

2. Sensibilización de la política de prevención de consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central: Una vez verificada, elaborada y/o fortalecida la política, se procede a la sensibilización de ésta, mediante la estrategia de participación denominada la animación sociocultural, que resulta útil en el pretendido de iniciar proceso de sensibilización en los trabajadores, ya que tal como lo explica la Dirección Territorial de Salud de Caldas (2012) “Es un método de intervención con acciones de práctica social dirigidas a animar, dar vida, poner en relación a los individuos” (p. 10), para el caso en particular de este momento, contextualizándolos con unos planteamientos aterrizados en una política de la cual se desprenden unas responsabilidades y derechos de parte y parte (empleador y trabajadores).

Dando continuidad a los criterios aportados por el autor institucional que se viene referenciando, ésta estrategia de trabajo participativo promueve en los intervinientes “una actitud de participación activa en el proceso de su propio desarrollo” (p. 11), aspecto éste que resulta significativamente importante en la socialización de la política y el pretendido de sensibilizar frente a la misma, desde esta primera aproximación y resulta además preponderante desde esta herramienta, tal como lo expone la Dirección Territorial de la Salud de Caldas (2012), ya que es un:

Conjunto de acciones que tienden a ofrecer al individuo la posibilidad de convertirse en agente de su propio desarrollo y de su comunidad, que generan procesos de participación.

Es animar, dar sentido, mover, motivar, dinamizar, acompañar, comunicar, ayudar a crecer” (p. 11).

En el marco de la estrategia de participación que se plantea para el desarrollo de la sensibilización de la política, se desarrollaran técnicas de animación sociocultural y dinámica de grupos propuestas por Erena y Cobos (1991) y que se ajustan al pretendido del programa propuesto, por cuanto, como plantean los autores, en la co-construcción de cultura (no transmisión de tradiciones), “el individuo participa en la construcción de esa cultura que no le es ajena, desde su propia creatividad personal” (p. 241) y en este proceso, quien modera la intervención se configura como un dinamizador de la cultura a promulgar, incentivando en los intervenidos “la participación, la creatividad y el espíritu crítico” (p. 241).

En el orden de las ideas anteriores, los autores que se vienen referenciando proponen unas técnicas que promueven el cumplimiento de la estrategia participativa y que se desarrollaran en

el ejercicio de sensibilización de la política y que tienen como finalidades primordiales el realizar una apertura armoniosa del espacio de sensibilización, propiciando un acercamiento libre de asperezas y retraimiento, y al mismo tiempo lograr una integración efectiva de quien dirige la intervención y directivos, últimos mencionados, que se plantea, estén presentes en todos los encuentros propuestos; adelantando las siguientes actividades encasilladas en técnicas de presentación, planteadas por Erena y Cobos (1991): “a. Palabras (...) c. Escucha mutua (en grupos) (...) e. Rueda de prensa” (p. 242)

3. Creación de Grupo de Ayuda Mutua (GAM): Realizando adaptación a entornos laborales, se utilizará material de trabajo aportado por el Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012) denominado *Herramientas para hacer prevención y mitigación, Módulo 1, Prevención y mitigación como estrategias de trabajo juvenil -Cartilla del participante-*; empleando como estrategia de trabajo los Grupos de ayuda mutua o GAM, que tal como lo caracteriza la Dirección Territorial de Salud (2012): “están compuestos de personas que comparten un problema o situación, que se reúnen para hacer alguna cosa para superarlo y conseguir cambios sociales y/o personales” (p. 12).

Con referencia a la estrategia de trabajo anteriormente indicada, se considera adecuada para la finalidad del presente momento de prevención, teniendo en cuenta especialmente que ya que la información que se suministrará, serán conceptos clave generales del tema, emplear el grupo de ayuda mutua aportará significativamente al objetivo pretendido, ya que un trabajo adecuadamente orientado por un preparado moderador y desarrollando el referido grupo, que serán pares de los trabajadores, permitirá una mayor introspección de información impartida,

facilitado por unas funciones particulares que un grupo de ayuda mutua aportan, tal como: “Facilitar e intercambiar información. Apoyo emocional entre sus miembros. Prestación de servicios. Organización de actividades sociales. Defender intereses y presionar” (p. 13).

En este momento, las acciones propenderán, dando cumplimiento a la filosofía de la estrategia de trabajo GAM, a seleccionar y capacitar un grupo de trabajadores, donde habrá representación de los diferentes niveles jerárquicos, dejando claro desde la conformación del grupo, que dentro del mismo no habrá niveles, todos tendrán la misma misión, velar, vigilar y capacitar al resto de trabajadores con respecto a la prevención del consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteración del sistema nervioso central, en el entorno laboral. Teniendo en este momento como material de apoyo suministrado por las *Herramientas para hacer prevención y mitigación*, las siguientes temáticas:

- Sustancias psicoactivas y efectos: Depresores, estimulantes y alteradores de la percepción.
- Vías de administración: Clases y Riesgos.
- Niveles de consumo: Transición de los niveles.
- Síndrome de abstinencia.

Empleando para la sensibilización – capacitación del grupo de ayuda mutua seleccionado, dos momentos, el primero en el que se imparte la información pertinente a conceptos clave del consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, de acuerdo a los parámetros establecidos en las *Herramientas para hacer prevención y mitigación* ya referenciadas y luego se sensibilizará mediante la técnica *La recuperación es un*

*trabajo de equipo: “El árbol”*, de la cual la Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental (2008) establece que tiene como objetivos: “1. Distinguir los factores de recuperación.2. Sentir el efecto de los factores de recuperación en nosotros mismos” (p. 57).

4. Formación y sensibilización frente a la reducción de factores de riesgo, evitación de efectos negativos, reducción de daños y reducción de riesgos: Dando continuidad a la adaptación a entornos laborales, de material de trabajo aportado por el Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012) denominado *Herramientas para hacer prevención y mitigación, Módulo 1, Prevención y mitigación como estrategias de trabajo juvenil -Cartilla del participante-*; y continuando con el empleo de estrategia de trabajo GAM, se abordaran las siguientes temáticas, desde el marco de la promoción de hábitos y prácticas saludables y de autocuidado, y “una serie de medidas y estrategias para resistir y minimizar los impactos y efectos negativos que el consumo puede causar, no solo sobre la vida del individuo que consume, sino en su entorno social” (Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia, 2012, p. 38):

- Impacto individual frente al consumo de sustancias psicoactivas.
- Impacto familiar frente al consumo de sustancias psicoactivas.
- Impacto comunitario frente al consumo de sustancias psicoactivas.
- Impacto social frente al consumo de sustancias psicoactivas.
- Factores que generan vulnerabilidad: Discusión.

- Extender entornos de soporte para una gestión más apropiada de los riesgos, a través de redes de información y orientación, dirigido a trabajadores con sus familias.
- Reducción de riesgos.
- Reducción de daños.

Empleando para la sensibilización de los trabajadores, con el apoyo del grupo de ayuda mutua seleccionado, dos momentos, el primero en el que se imparte la información pertinente al momento descrito, de acuerdo a los parámetros establecidos en las *Herramientas para hacer prevención y mitigación* ya referenciadas y luego se sensibilizará mediante la técnica *La recuperación es un trabajo de equipo: "El árbol"*.

5. Momento de cierre, retroalimentación y retoma de acciones con gerencia, encargado SGSST y GAM: Una vez desarrollados los cuatro momentos anteriormente explicados, se realizará por parte del profesional encargado del proceso, en compañía del grupo de ayuda mutua y gerencia, los reportes de tres generaciones correspondientes a los referidos momentos del programa, las evaluaciones que cada uno de los intervenidos ha realizado y con base en las falencias y/o dificultades encontradas, se implementaran las acciones pertinentes para la mejora continua, se socializan los indicadores específicos para gerencia, y se inicia nuevamente el programa.

### **7.3. Verificar.**

El presente programa de prevención para el consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, en entornos laborales se evaluara una vez culminado cada uno de los cinco momentos establecidos, actualizándose como mínimouna vez cada seis meses o en el momento que las condiciones de aplicación así lo requiera.

Para efectos de realizar la verificación anteriormente mencionada, se empleará la estrategia de las tres generaciones, descrita por Cuevas (s/f) como un mecanismo de “control de procesos que ayuda a exponer a los niveles superiores la evolución en los problemas, mostrando tanto buenos como malos resultados, así como las nuevas propuestas de solución” (p. 1), presentando además presenta como beneficio la posibilidad, como su nombre indica, implicar los tiempos pasado, presente y futuro en el ejercicio de verificación de procesos, abordando el “comportamiento en el pasado, una realidad presente y una proyección al futuro” (p. 2) y encontrándose alineado con el ciclo PHVA, tal como se puede evidenciar en la siguiente tabla:

Tabla No. 8  
Alineación del ciclo PHVA con el reporte de tres generaciones

<b>FASE PHVA</b>	<b>GENERACIÓN</b>
Planear	Pasado: En esta generación se describe lo que se pretendía realizar (metas y rangos de variación) así como los medios para lograrlo.
Hacer	Presente: Generación que describe los buenos y malos resultados mediante la comparación de los resultados obtenidos y las metas establecidas
Verificar	Futuro: En esta generación se muestran las propuestas de solución a los malos resultados.

Fuente: Cuevas (s/f)

#### **7.4. Actuar.**

El Programa va dirigido a PYMES con hasta 150 empleados, que se encuentren interesadas en realizar un proceso de prevención integral, que inicia por un legítimo compromiso por parte del componente gerencial para diseñar, implementar y/o fortalecer la política de prevención del consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, en

las empresas, con miras a realizar lo propio en un programa que mediante un enfoque humanista, plantea actividades participativas e inclusivas que propenden por una autogestión de conocimiento, orientado a momentos reflexivos y de introspección, desde el marco de trabajo grupal, orientado por moderadores expertos.

Con base en las acciones realizadas y las evaluaciones correspondientes para cada momento, una vez abarcada la totalidad del personal, en cada fase, se realizan los ajustes tendientes a la mejora continua (De ser necesario) y se da continuidad a cada una de las fases, de acuerdo a los tiempos establecidos para cada uno de los mencionados, reiniciándose, con los ajustes que se han detectado como necesarios, de igual manera, en los plazos estipulados.

Como punto No. 9 se encuentra el programa de prevención de riesgo por consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, en entornos laborales, enmarcado en un modelo psicosocial y bajo un enfoque humanista.



## 8. Referencias bibliográficas

Alvis Rizzo, A. (2009). Aproximación teórica a la intervención psicosocial. Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis» ISSN 1692–0945 N° 17 – Junio de 2009. Recuperado de <http://funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/download/189/178>

ARL SURA. (2013). Programa para la prevención y tratamiento en consumo de sustancias psicoactivas y adicciones. Bogotá, Colombia.

Boletín sectorial ARP SURA. (2011). Prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en el sector Salud. No. 05 Agosto de 2011. Recuperado de [https://www.arlsura.com/boletin/sectorial/2011/5/salud/secc\\_articulo.html](https://www.arlsura.com/boletin/sectorial/2011/5/salud/secc_articulo.html)

Congreso de Colombia. (7 de junio de 1951). Código Sustantivo Del Trabajo. [Decreto Ley 3743 de 1950]. DO: 27.622. Recuperado de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/codigo\\_sustantivo\\_trabajo.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/codigo_sustantivo_trabajo.html)

Congreso de Colombia. (24 de enero de 1979). Por la cual se dictan Medidas Sanitarias. [Ley 9 de 1979]. DO: 35.308. Recuperado de [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0009\\_1979.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0009_1979.html)

Congreso de Colombia. (24 de Julio de 2000). Por la cual se expide el Código Penal. [Ley 599 de 2000]. DO: 44.097. Recuperado de [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0599\\_2000.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0599_2000.html)

Congreso de Colombia. (06 de Julio de 2002). Por la cual se expide el Código Nacional de Tránsito Terrestre y se dictan otras disposiciones. [Ley 769 de 2002]. DO: 44.932. Recuperado de [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0769\\_2002.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0769_2002.html)

Congreso de Colombia. (06 de Febrero de 2002). Por la cual se expide el Código Disciplinario Único. [Ley 734 de 2002]. DO: 44.708. Recuperado de [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0734\\_2002.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0734_2002.html)

Congreso de Colombia. (31 de Julio de 2012). Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias” psicoactivas. [Ley 1566 de 2012]. DO: 48.508. Recuperado de [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1566\\_2012.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1566_2012.html)

Congreso de Colombia. (21 de enero de 2013). Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. [Ley 1616 de 2013]. DO: 48.680. Recuperado de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1616\\_2013.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html)

Congreso de Colombia. (16 de Febrero de 2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. [Ley Estatutaria 1751 de 2015]. DO: 49.427. Recuperado de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)

Congreso de Colombia. (29 de Julio de 2016). Por la cual se expide el Código Nacional de Policía y Convivencia. [Ley 1801 de 2016]. DO: 49.949. Recuperado de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1801\\_2016.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1801_2016.html)

Consejo Andino De Ministros De Relaciones Exteriores. (2004). Decisión 584. Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo. Recuperado de <http://www.sice.oas.org/trade/junac/decisiones/dec584s.asp>

Consejo Andino De Ministros De Relaciones Exteriores. (2005). Resolución 957. Reglamento del Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd38/Colombia/R957-03.pdf>

Constitución política de Colombia [Const.] (1991). Edición especial preparada por la Corte Constitucional, Consejo Superior de la Judicatura, Centro de Documentación Judicial—

CENDOJ, Biblioteca Enrique LowMurtra –BELM. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>

Corte Constitucional, Sala Plena. (17 de Noviembre de 2016) Sentencia C-636. [MP Alejandro Linares Cantillo]

Cuevas, J. (s/f). 3 generaciones. Recuperado de [http://www.academia.edu/8457599/3\\_generaciones](http://www.academia.edu/8457599/3_generaciones)

Dirección Territorial de Salud de Caldas. (2012). Estrategias de participación. [Diapositivas en PDF].

Erena Mármol, F. y Cobos Ruz, F. J. (1991). Técnicas de animación sociocultural y dinámica de grupos: aplicación en el aula de E/LE. Recuperado de [https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca\\_ele/asele/pdf/03/03\\_0239.pdf](https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/asele/pdf/03/03_0239.pdf)

Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental. (2008). Guía de apoyo para el moderador de grupos de ayuda mutua. Recuperado de <http://enprimerapersonaandalucia.org/?cat=98>

García Peña, J. J. (2011). Pasos para el diseño de un proyecto de intervención psicosocial. Recuperado de <https://es.slideshare.net/jairogarciap/pasos-para-el-diseo-de-un-proyecto-de-intervencion-psicosocial>

Gullota, T.P. (1995). El qué, el quién, el por qué, el dónde, el cuándo, y el cómo de la prevención primaria. *Rev. Comunicación, lenguaje y educación*, 1995, 27, 105-113. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2941743.pdf>

Henao Bolaños, F. M. y Bolívar, E. C. (2015). Influencia que tiene el consumo de spa en el sentido y proyecto de vida de los estudiantes adolescentes de la Escuela Empresarial de Educación –Sede Boston– de la ciudad de Medellín. (Trabajo de grado). Corporación Universitaria Minuto de Dios. Bello, Antioquia. Recuperado de [http://repository.uniminuto.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/10656/4212/TP\\_HenaoFanny\\_2015.pdf?sequence=1](http://repository.uniminuto.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/10656/4212/TP_HenaoFanny_2015.pdf?sequence=1)

Hernández, D. C. (2014). Proyecto de prevención de consumo de alcohol, cigarrillo y otras sustancias psicoactivas en el medio laboral. Cali, Colombia. Recuperado de <https://www.fundardecolumbia.org/>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2002). Por la cual se fijan los parámetros científicos y técnicos relacionados con el examen de embriaguez y alcoholemia. [Resolución 414 de 2002]. DO: 44.917. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6441>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2015). "Por la cual se adopta la segunda versión de la "Guía para la Medición Indirecta de Alcoholemia a Través de Aire Espirado. [Resolución 1844 de 2015]. Recuperado de [http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/69406/RESOLUCION+1844\\_2015\\_I\\_NMLCF.pdf](http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/69406/RESOLUCION+1844_2015_I_NMLCF.pdf)

Isotools. (2015) ¿En qué consiste el ciclo PHVA de mejora continua? [Entrada de blog] Recuperado de <https://www.isotools.org/2015/02/20/en-que-consiste-el-ciclo-phva-de-mejora-continua/>

Martínez Hurtado, A. M. (2002). Alcoholismo femenino: Problemática social. La Ventana, Núm. 16 / 2002. Recuperado de <http://revistalaventana.cucsh.udg.mx/index.php/LV/article/viewFile/638/644>

Ministerio de Gobierno et al. (1994). Decreto 1108 de 1994. Por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. DO. 41.375. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6966>

Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Salud de Colombia. (1989). Resolución 1016 de 1989. Por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas

de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país.  
Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=5412>

Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia. (2014). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2013. Recuperado de [https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio\\_de\\_Consumo\\_UNODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf)

Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2007). Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. Bogotá D.C., abril 2007. Recuperado de <http://portalterritorial.gov.co/apc-aa-files/7515a587f637c2c66d45f01f9c4f315c/politica-nacional-de-reducci.pdf>

Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2007). Diagnóstico situacional sustancias psicoactivas en la población trabajadora. ISBN 978-958-98220-2-9. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO0313-2007-diagnostico-situacional-sustancias-psicoactivas-poblacion-trabajadora-.pdf>

Ministerio de la Protección Social de Colombia (2008). Resolución 2646. Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés

ocupacional. DO. 47059. Recuperado de  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=31607>

Ministerio de la Protección Social de Colombia (2008). Resolución 1956. Por la cual se adoptan medidas en relación con el consumo de cigarrillo o de tabaco. Recuperado de  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=30565>

Ministerio de la Protección Social de Colombia (2010). Circular 0038. Espacios libres de humo y de sustancias psicoactivas (SPA) en las empresas. Recuperado de  
[https://www.arlsura.com/files/circular0038\\_2010.pdf](https://www.arlsura.com/files/circular0038_2010.pdf)

Ministerio del trabajo de Colombia. (2015). Decreto Único Reglamentario 1072 de 2015. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. DO. 49.523. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=62506>

Ministerio del trabajo de Colombia. (2016). Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) guía técnica de implementación para MIPYMES. Recuperado de  
[http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Publicaciones/Guias/Guia\\_tecnica\\_de%20\\_implementacion\\_del%20SG\\_SST\\_para\\_Mipymes.pdf](http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Publicaciones/Guias/Guia_tecnica_de%20_implementacion_del%20SG_SST_para_Mipymes.pdf)

Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia. (2012). Eje 1. Herramientas para hacer prevención y mitigación, Módulo 1, Prevención y mitigación como estrategias de trabajo juvenil -Cartilla del participante-. Recuperado de



<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/cartilla-participante-prevencion-mitigacion.pdf>

Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia. (2016). ABECÉ de la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Abece-salud-mental-psicoactivas-octubre-2016-minsalud.pdf>

Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia. (2016). Entorno laboral saludable. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/entorno-laboral-saludable-incentivo-ths-final.pdf>

Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia. (2017). Plan Nacional Para la Promoción de la Salud, la Prevención y la atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021. Edición 2017. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-nacional-consumo-alcohol-2014-2021.pdf>

NTCGP 1000 (2009). Norma técnica de calidad en la gestión pública. Recuperado de <http://apolo.uniatlantico.edu.co/SIG/NTC%20GP1000-2009.pdf>

Observatorio de Drogas Eje Cafetero. (2013). Situación del consumo de drogas en Caldas sistema único de indicadores sobre consumo de sustancias psicoactivas. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/SUISPA/SUISPA-Caldas2012.pdf>

Ochoa Mangado, E. y MadozGúrpide, A. (2008). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. Med. segur. trab. vol.54 no.213 Madrid oct./dic. 2008. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2008000400003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000400003)

OHSAS 18001 (2007). Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional – Requisitos. [Traducción al español de SGS Colombia. ISBN 978 0 580 50802 8. Recuperado de <https://manipulaciondealimentos.files.wordpress.com/2010/11/ohsas-18001-2007.pdf>

Quintero Arias, L. A. (2012). Enfoque humanista en drogodependencias. [Presentación en SlideShare]. Recuperado de <https://es.slideshare.net/LuisAlfonsoQuinteroArias/enfoque-humanista-en-drogodependencias-13431699>

Redacción Salud. (22 Junio 2015). En Colombia, cerca de 5.758 personas han consumido licor o drogas en horas laborales. El Espectador. Recuperado de <https://www.elespectador.com/noticias/salud/colombia-cerca-de-5758-personas-han-consumido-licor-o-d-articulo-567817>

SafetYA. (2017). Programas del SG-SST: Su definición y estructura. [Entrada de blog] Recuperado de <https://safetya.co/programas-del-sg-sst-estructura/>

Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid. (2016). Conocer permite actuar. [Entrada de blog]

Recuperado de <http://madridsalud.es/conocer-permite-actuar-i>

Valencia, J. y Pérez Gómez, A. (2004). Ausentismo laboral y su relación con el consumo de

alcohol y otras sustancias psicoactivas. Recuperado de

[http://bibliodrogas.cl/biblioteca/documentos/ESTADISTICAS\\_6537.PDF](http://bibliodrogas.cl/biblioteca/documentos/ESTADISTICAS_6537.PDF)

## **9. Programa de prevención de riesgo por consumo de sustancias lícitas e ilícitas en entornos laborales: Modelo psicosocial y enfoque humanista**

### **Objetivo general.**

Disminuir los riesgos por consumo de sustancias lícitas e ilícitas en el entorno laboral.

### **Objetivos específicos.**

Generar compromiso con los directivos a través de la formulación de la política de prevención de riesgo por consumo de sustancias lícitas e ilícitas, para disminuir riesgos laborales.

Sensibilizar a los trabajadores a través de la socialización de la política de prevención de riesgo por consumo de sustancias lícitas e ilícitas, para disminuir riesgos laborales.

Conformar grupo de ayuda mutua con personas claves de la empresa, para que acompañen a las actividades planeadas en el programa de prevención y a los compañeros de trabajo para detectar y mitigar riesgos

Efectuar, en acompañamiento con el grupo de ayuda mutua, actividades planeadas en el programa de prevención.

Realizar cierre, retroalimentación y toma de acciones, con gerencia, encargado del SGSST y GAM.

### **Alcance.**

El Programa va dirigido a PYMES con hasta 150 empleados, que se encuentren interesadas en realizar un proceso de prevención integral de riesgos de consumo de sustancias lícitas e ilícitas.

### **Ejecución.**

A partir de los criterios establecidos en la estructuración del presente programa, en el cual, como quedo establecido en el apartado de metodología, se encuentra enmarcado en un modelo psicosocial y bajo un enfoque humanista, y con estrategia bajo los criterios del ciclo PHVA; con cuya intencionalidad se recabó la información pertinente con respecto a normatividad nacional e internacional, datos estadísticos de consumo, diferentes aspectos concernientes a programas de prevención en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, claridad en la conceptualización de prevención como eje articulador e integrador de acciones de mejora en el ámbito laboral, comprensión del fenómeno de consumo y de las sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, conceptualización actualizada de sitio de trabajo, y consulta de los impactos acaecidos ante el consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central; se diseñó la presente propuesta:

## **Momentos de Ejecución.**

Para el desarrollo del programa propuesto se consideran pertinentes los siguientes momentos:

1. Compromiso de los directivos: Tendrá como plazo máximo un mes, sea para verificar existencia y alineación con política nacional, creación y/o adecuación de la política de prevención de consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, en la empresa, desde cuyo proceso se propenderá por una alineación humanista, desde una postura humanista, intervención centrada en el cliente o en la persona, desde cuya óptica se determina como objetivo primordial sumergirse “con el cliente en el mundo subjetivo de éste, quien es el centro de la interacción” (Quintero, 2012, p. 54).

Se establece además como premisa, desde el autor referenciado, haciendo alusión a los postulados humanistas, el no orientar al cliente hacia un “pensar, sentir o actuar de una manera determinada” (p. 55), resultando importante desde el momento planteado, en el marco del programa propuesto y buscando específicamente el compromiso de los directivos, orientar desde el enfoque humanista, la no pasividad gerencial en los procesos preventivos, ya que como lo determina Quintero (2012) “se trata, por el contrario, de una actividad de intervención constante en las experiencias del individuo mediante la abstención de juicios de valor o la aceptación incondicional de la persona como tal” (p. 54).

Pretendiéndose en el marco de las referencias anteriores, generar desde un primero momento y como elemento esencial del programa propuesto, una participación activa por parte de las directivas, no sólo en el establecimiento de una política de prevención acorde a las necesidades empresariales, sino además acompañamiento permanente de actividades tendientes a la prevención procurada.

2. Sensibilización de la política de prevención de consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central: Se realizará con grupos de máximo 20 personas, buscando no sobrepasar dos meses en éste ejercicio de socialización; entendiendo desde el planteamiento humanista, citado por Quintero (2012), entender que la intervención debe estar alejado de directrices o indicaciones sobre posibles rutas de acción, debiendo tenerse presente en todo momento la capacidad innata de la persona de autoconcientizarse, planteándose la adopción sistemática en el proceso terapéutico, de unas acciones orientadoras que establecen como principal actor en éste escenario, a la persona (trabajador) y que enmarcan desde el enfoque planteado, hacia unas actividades que propenden por la autogestión del conocimiento.

Dando observancia al modelo psicosocial establecido y el referido enfoque humanista, el presente momento se desarrollará mediante la estrategia de participación denominada la animación sociocultural y técnicas de animación sociocultural y dinámica de grupos propuestas por Erena y Cobos (1991), que se ajustan al pretendido del programa propuesto, por cuanto, como plantean los autores, en la co-construcción de cultura (no transmisión de tradiciones), “el individuo participa en la construcción de esa cultura que no le es ajena, desde su propia

creatividad personal” (p. 241) y en este proceso, quien modera la intervención se configura como un dinamizador de la cultura a promulgar, incentivando en los intervenidos “la participación, la creatividad y el espíritu crítico” (p. 241).

3. Creación de Grupo de Ayuda Mutua (GAM): Continuando con la no directividad por parte de los ejecutivos de la empresa, especialmente la gerencia, se seleccionará un grupo de trabajadores, no existiendo un perfil específico para integrarlo, observándose en su selección características como: carisma, proactividad y sociabilidad; donde se vean representados los diferentes niveles jerárquicos, géneros, edades y demás características que propendan por un grupo representativo de la empresa, 10% del total de trabajadores, sin que sean menos de 3 personas, que serán formados y sensibilizados mediante la estrategia de Grupos de Ayuda Mutua. Proceso éste que se realizará en un tiempo máximo de un mes.

Empleando para la sensibilización – capacitación del grupo de ayuda mutua seleccionado, dos momentos, el primero en el que se imparte la información pertinente a conceptos clave del consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, de acuerdo a los parámetros establecidos en las *Herramientas para hacer prevención y mitigación* y sensibilización mediante la técnica *La recuperación es un trabajo de equipo: “El árbol”*.

### **Funciones del Grupo de Ayuda Mutua**

1. Capacitarse y sensibilizarse en la temática de conceptos claves y prevención de consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones del sistema nervioso central, en entornos



laborales, adquiriendo claridad sobre señales de alarma y acompañamiento en situaciones problemáticas.

2. Realizar verificaciones permanentes sobre posibles señales de alarma entre sus compañeros de trabajo y de encontrarse dificultades al respecto, efectuar acompañamiento y reporte al encargado del programa, para atención integral (remisión para valoración médica y de ser necesario, psicológica).
  3. Acompañar al encargado del programa, a las diferentes actividades programadas en los lineamientos de la prevención de consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones del sistema nervioso central.
  4. Servir de puente entre la alta dirección y los trabajadores en las inquietudes y sugerencias que puedan surgir con respecto al ejercicio de prevención propuesto, facilitando la toma de decisiones con respecto a las acciones necesarias para generar entornos laborales sanos mediante la participación activa de los diferentes niveles.
  5. Generar confianza entre los compañeros de trabajo, con el objetivo de servir de soporte a las dificultades que con respecto al consumo problemático pueda surgir en la empresa.
  6. Las demás que surjan en el ejercicio de prevención propuesto.
- 
4. Formación y sensibilización frente a la reducción de factores de riesgo, evitación de efectos negativos, reducción de daños y reducción de riesgos: Que será desarrollado con el apoyo del grupo de ayuda mutua seleccionado, mediante la observancia de dos momentos, el primero en

el que se imparte la información pertinente al momento descrito, de acuerdo a los parámetros establecidos en las *Herramientas para hacer prevención y mitigación* ya referenciadas y luego se sensibilizará mediante la técnica *La recuperación es un trabajo de equipo: "El árbol"*. Se realizará con grupos de máximo 20 personas, buscando no sobrepasar dos meses en éste ejercicio.

5. Momento de cierre, retroalimentación y toma de acciones con gerencia, encargado SGSST y GAM: Una vez desarrollados los cuatro momentos anteriormente explicados, se realizará por parte del profesional encargado del proceso, en compañía del grupo de ayuda mutua y gerencia, los reportes de tres generaciones correspondientes a los referidos momentos del programa, las evaluaciones que cada uno de los intervenidos ha realizado y con base en las falencias y/o dificultades encontradas, se implementaran las acciones pertinentes para la mejora continua, se socializan los indicadores específicos para gerencia, y se inicia nuevamente el programa.

### **Puesta en marcha.**

Para el desarrollo de cada uno de los momentos se plantearon los siguientes aspectos que permitirán verificar el avance dentro del desarrollo del programa propuesto:

- Objetivos.
- Actividades
- Metas.
- Responsables.
- Indicadores.
- Tiempos

**Objetivo:** Generar compromiso con los directivos a través de la formulación de la política de prevención de riesgo por consumo de sustancias lícitas e ilícitas, para disminuir riesgos laborales.

MOMENTO	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	METAS	TIEMPOS	RESPONSABLES
1. Compromiso de los directivos	Realizar reunión con la gerencia, presentando propuesta de programa.  Enterar a la gerencia sobre los lineamientos de la política nacional.  Verificar política de prevención de la empresa.	Puesta en marcha del programa	Máximo 1 mes	Gerencia  Psicólogo especialista en SST.
	Crear o reestructurar la política.  Incluir en la política, el programa de prevención de consumo de SPA.	Generar compromiso desde la formulación de la política	Mismo mes	Gerencia  Psicólogo especialista en SST.
	Elaborar reporte de las 3 generaciones	Efectuar control de procesos con resultados críticos y las metas no alcanzadas	Después de terminar las actividades	Persona encargada del SGSST.
	Realizar análisis de aspectos por mejorar detectados.	Formulación de la metas de mejoramiento	Antes de empezar el segundo momento	Persona encargada del SGSST.  Psicólogo especialista en SST.

**Fundamentación:**

Enfoque humanista, desde una postura no directiva, denominada por Rogers, terapia centrada en el cliente o en la persona, desde cuya óptica se determina como objetivo primordial sumergirse “con el cliente en el mundo subjetivo de éste, quien es el centro de la interacción” (Quintero, 2012, p. 54); resultando importante desde el momento planteado, en el marco del programa propuesto y buscando específicamente el compromiso de los directivos, orientar desde el enfoque humanista, la no pasividad gerencial en los procesos preventivos.

De no contarse con la respectiva política, deberá generarse el compromiso por parte de las directivas empresariales, para la correspondiente estructuración, la cual, en concordancia con la Circular 0038 (2010), deberá ser adecuada “a las características del sector económico, del perfil sociodemográfico de los trabajadores y de los factores de riesgo y de protección a los que naturalmente están expuestos los trabajadores en la empresa” (literal 4

<b>Objetivo:</b> Sensibilizar a los trabajadores a través de la socialización de la política de prevención de riesgo por consumo de sustancias lícitas e ilícitas, para disminuir riesgos laborales.				
<b>MOMENTO</b>	<b>ACTIVIDADES ESPECIFICAS</b>	<b>METAS</b>	<b>TIEMPOS</b>	<b>RESPONSABLES</b>
2. Sensibilización de la política de prevención de consumo de sustancias psicoactivas.	Establecer cronograma de trabajo. Caracterizar la población Preparar material de trabajo para sensibilización. Citar con antelación a los trabajadores.	Sensibilización de la política.	Máximo 2 meses	Gerencia  Psicólogo especialista en SST.
	Realizar reunión en cumplimiento del cronograma. (Ver guía1) (Ver evaluación 1)	Sensibilizar a los trabajadores frente a la política de prevención del consumo de sustancias psicoactivas de la empresa.	Mismos dos meses	Gerencia  Psicólogo especialista en SST.
	Elaborar reporte de las 3 generaciones	control de procesos resultados críticos y metas no alcanzadas	Después de terminar las actividades	Encargado del SGSST.
	Realizar análisis de aspectos por mejorar detectados en el reporte de las 3 generaciones y evaluaciones individuales	Tomar las acciones necesarias para mejorar continuamente los procesos.	Antes de empezar el siguiente momento	Encargado del SGSST. Psicólogo especialista en SST.
<b>Fundamentación:</b>				
Con respecto al humanismo plantea Quintero (2012) que:				
Insiste por lo tanto en el logro de una buena percepción del mundo y de la vida; en hacer al individuo más consciente de sus propias motivaciones, necesidades, deseos y renuncias para desarrollaren él una más amplia capacidad para resolver sus problemas vitales. (p. 9)				
Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA y su Impacto, específicamente en sus ejes operativos, que engloban, como se ha venido exponiendo, el pretendido central que es prevenir el consumo de sustancias psicoactivas, transversalizados por la capacidad de respuesta.				

**Objetivo:** Conformar grupo de ayuda mutua con personas claves de la empresa, para que acompañen a las actividades planeadas en el programa de prevención y a los compañeros de trabajo para detectar y mitigar riesgos.

MOMENTO	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	METAS	TIEMPOS	RESPONSABLES
3. Creación de grupo de ayuda mutua	Reunirse con la gerencia y directivos, para la escogencia de trabajadores que deben integrar el GAM.	Personas seleccionadas para que integran el Grupo de Mutuo Apoyo de la empresa	Máximo 1 mes	Gerencia  Psicólogo especialista en SST.
	Realizar reuniones de sensibilización y capacitación de conceptos clave, con trabajadores seleccionados para el GMA.	Grupo de Ayuda Mutua creado en la empresa.	Mismo mes	Directivos y jefes  Psicólogo especialista en SST.
	Elaborar reporte de las 3 generaciones	Control de procesos y resultados críticos	Al terminar el proceso	Encargado del SGSST.
	Realizar análisis de aspectos por mejorar detectados en el reporte de las 3 generaciones y evaluaciones individuales	Tomar las acciones necesarias para mejorar continuamente los procesos.	Antes de empezar el siguiente momento	Encargado del SGSST.  Psicólogo especialista en SST.

**Fundamentación:**

Grupos de ayuda mutua o GAM, que tal como lo caracteriza la Dirección Territorial de Salud (2012): “están compuestos de personas que comparten un problema o situación, que se reúnen para hacer alguna cosa para superarlo y conseguir cambios sociales y/o personales” (p. 12).

Con referencia a la estrategia de trabajo anteriormente indicada, se considera adecuada para la finalidad del presente momento de prevención, teniendo en cuenta especialmente que ya que la información que se suministrará, serán conceptos clave generales del tema, emplear el grupo de ayuda mutua aportará significativamente al objetivo pretendido, ya que un trabajo adecuadamente orientado por un preparado moderador y desarrollando el referido grupo, que serán pares de los trabajadores, permitirá una mayor introspección de información impartida, facilitado por unas funciones particulares que un grupo de ayuda mutua aportan.

<b>Objetivo:</b> Efectuar, en acompañamiento con el grupo de ayuda mutua, actividades planeadas en el programa de prevención.				
<b>MOMENTO</b>	<b>ACTIVIDADES ESPECIFICAS</b>	<b>METAS</b>	<b>TIEMPOS</b>	<b>RESPONSABLES</b>
4. Formación y sensibilización frente a la reducción de factores de riesgo, evitación de efectos negativos, reducción de daños y reducción de riesgos.	Reunirse con grupo de ayuda mutua para establecer cronograma de actividades.	Grupo empoderado del programa GAM en actividades de prevención	Máximo 2 meses	Psicólogo especialista en SST.
	Conjuntamente con GAM, realizar reuniones con trabajadores en cumplimiento de cronograma establecido.  (Ver guía 3)  (Ver evaluación 3)	GAM formando y sensibilizando frente a la reducción de riesgos por consumo.	Mismos dos meses	Directivos y jefes  Psicólogo especialista en SST.
	Elaborar reporte de las 3 generaciones	Control de procesos, corrección de resultados críticos, acciones correctivas para las metas no alcanzadas, metas de mejoramiento e innovación para la mejora	Al terminar el proceso	Encargado del SGSST.
	Realizar análisis de aspectos por mejorar detectados en el reporte de las 3 generaciones y evaluaciones individuales	Acciones necesarias para mejorar continuamente los procesos sobre las metas.	Antes de iniciar nuevamente ciclo de actividades	Encargado del SGSST.  Psicólogo especialista en SST.
<b>Fundamentación:</b>  Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012) en sus Herramientas para hacer prevención y mitigación, Módulo 1, Prevención y mitigación como estrategias de trabajo juvenil -Cartilla del participante-; y continuando con el empleo de estrategia de trabajo GAM, se abordaran temáticas, desde el marco de la promoción de hábitos y prácticas saludables y de autocuidado, y “una serie de medidas y estrategias para resistir y minimizar los impactos y efectos negativos que el consumo puede causar, no solo sobre la vida del individuo que consume, sino en su entorno social” (p. 38).				

<b>Objetivo:</b> Realizar cierre, retroalimentación y toma de acciones, con gerencia, encargado del SGSST y GAM.				
<b>MOMENTO</b>	<b>ACTIVIDADES ESPECIFICAS</b>	<b>METAS</b>	<b>TIEMPOS</b>	<b>RESPONSABLES</b>
5. Cierre, retroalimentación y toma de acciones.	Reunirse con grupo de ayuda mutua, encargado de SGSST y gerencia.	Realizar cierre de procesos, retroalimentación y retoma de acciones	Una semana	Gerencia GAM Encargado del SGSST. Psicólogo especialista en SST.
	Realizar revisión de las evaluaciones realizadas en cada momento	Detectar falencias en estrategias implementadas	Misma semana	Mismos anteriores
	Elaborar reporte de las 3 generaciones	Efectuar control de procesos	Misma semana	Mismos anteriores
	Realizar análisis de aspectos por mejorar detectados.	Tomar las acciones necesarias para mejorar continuamente los procesos.	Misma semana	Mismos anteriores

### Indicadores del programa

Tipo	Definición	Interpretación	Límite	Método de cálculo	Fuente	Periodicidad	Deben conocer resultado
Proceso	Ejecución programa de prevención	XX% de actividades cumplidas del programa de prevención	Mínimo 90%	$\frac{\text{Actividades ejecutadas}}{\text{Actividades planeadas}} * 100$	Programa de prevención	Semestral (periodo de intervención)	Gerente Psicólogo SST Responsable SGSST GAM
Estructura	Socializaciones programa de prevención	XX% de trabajadores socializados en temáticas programa de prevención	Mínimo 90%	$\frac{\# \text{ trabajadores socializados temáticas}}{\text{Total población objeto}} * 100$	Programa de prevención	Semestral (periodo de intervención)	Gerente Psicólogo SST Responsable SGSST GAM
Resultado	Acciones cerradas	XX% de acciones cerradas del programa de prevención	Mínimo 90%	$\frac{\# \text{ acciones cerradas eficazmente}}{\text{Total de acciones propuestas}} * 100$	Programa de prevención	Semestral (periodo de intervención)	Gerente Psicólogo SST Responsable SGSST GAM
Resultado	Índice de Frecuencia de Accidentes por consumo	XX% de accidentes ocasionados por consumo	Cantidad	$\frac{\# \text{ accidentes ocasionados por consumo}}{\# \text{ accidentes ocurridos}} * 100$	Programa de prevención	Semestral (periodo de intervención)	Gerente Psicólogo SST Responsable SGSST GAM

## GUÍA 1. ESTRATEGIA DE PARTICIPACIÓN ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL

### Sensibilización política de prevención del consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central

Se explica que lo que se pretende desde la presente estrategia es estructurar un conjunto de acciones que tienden a ofrecer a cada uno de los participantes la posibilidad de convertirse en agente de su propio desarrollo y de su comunidad, mediante la generación de procesos de participación en torno a una temática de interés para todos.

Técnicas a aplicar, adaptadas de las planteadas por Erena y Cobos (1991):

a. Palabras.



Esta técnica consiste en ofrecer a los participantes un listado de palabras, que tienen que ver con la política que se pretende sensibilizar, de esta lista, cada persona elige dos o tres palabras (dependiendo de la cantidad de personas) y explica al resto de la clase por qué ha elegido las suyas, qué le sugieren o por qué es una palabra llamativa.

b. Escucha mutua (en grupos).

Consiste en que cada uno de los componentes del grupo toma la palabra durante un mínimo de 5 minutos para hablar de sí mismo, de algún proyecto personal o de alguna actividad realizada, que tenga relación con la socialización de las palabras anteriormente abordadas. El moderador debe empezar, a modo de ejemplo y para animar a la participación.

c. Rueda de prensa.

Es un juego de representación de papeles donde cada miembro del grupo va a convertirse en el reportero de una revista o periódico, salvo uno que en ese momento se convierte en una persona de interés nacional y que hablará de su vida real durante unos minutos. Al terminar sus compañeros le harán diversas preguntas teniendo en cuenta los diferentes intereses de la prensa a la que representan (para ello se determinará con antelación que las preguntas girarán en torno a diversos aspectos de la empresa, la política, clima laboral, etc.).

Después, por turnos, cada uno pasará a ocupar el lugar de la persona que dé la rueda de prensa, con el fin de que todos tengan que estructurar mentalmente unos minutos de conversación y se presenten.

El proceso de escuchar participaciones, se efectúa teniendo como premisas la sensibilización frente a la temática abordada y el llevar al entendimiento e introspección de la necesidad del trabajo grupal frente a la búsqueda de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral. Finalmente se solicita el diligenciamiento de evaluación individual.

**Evaluación 1. Sensibilización de política de prevención del consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, en el entorno laboral**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Se solicita que de manera individual cada persona realice la evaluación concerniente a la socialización de la política de consumo de sustancias lícitas e ilícitas de la empresa, de acuerdo a los siguientes criterios:

1. ¿Considera usted que la metodología participativa empleada, logro su objetivo primordial que era dar a conocer la política en cuestión y entender las obligaciones inherentes en ella?  
Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_

2. ¿Considera usted que las personas participantes en el ejercicio de socialización, fueron sensibilizadas frente a los efectos adversos del consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central?

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

3. ¿Considera usted que las directivas de la empresa tienen un legítimo compromiso frente a la prevención de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, en su entorno laboral?

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

4. ¿Considera usted que los participantes en el ejercicio de sensibilización, generaron compromiso frente a la necesidad de prevención de consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, en entornos laborales?

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

**Gracias por su participación.**

## **GUÍA 2. ESTRATEGIA DE TRABAJO LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA O GAM**

### **Sensibilización frente a conceptos clave del consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central y creación de grupo de Ayuda Mutua (GAM)**

Se explica que lo que se pretende desde la presente estrategia es crear un grupo de ayuda mutua, compuesto de personas que compartan un problema o situación, que se reúnen para hacer alguna cosa para superarlo y conseguir cambios sociales y/o personales.

La sensibilización-capacitación del GAM se realizará en dos momentos:

1. Se hace entrega por parejas, de fotocopias de las Herramientas para hacer prevención y mitigación, del Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012) – Páginas 16 a la 30 – invitando a realizar, en un tiempo máximo de 30 minutos, las siguientes actividades:

- a. Se dividirán por partes iguales.
  - b. Cada persona dará lectura al material que le correspondió y en el apartado de notas, que se encuentra en cada página, escribirá brevemente lo que entendió del material, que preocupaciones le genera y que soluciones posibles vislumbra.
  - c. Se socializará por parte de cada integrante, el material que le correspondió y las notas y el resto de integrantes del grupo darán sus opiniones en particular sobre los aspectos que al otro le generaron preocupación y viabilidad y aportes de las soluciones visualizadas.
  - d. Se escogerá en consenso por parejas, un tema en particular que haya generado mayor inquietud y se preparará socialización para realizar al grupo total de participantes, pudiéndose utilizar para éste ejercicio cualquier estrategia que escojan los integrantes.
  - e. Se realizan las exposiciones de cada uno de las parejas, referenciando permanentemente durante este ejercicio, que el objetivo primordial es propender por unos entornos laborales sanos, en los cuales la convivencia sea armoniosa y el apoyo a los compañeros (todos los integrantes de la empresa) sea una premisa permanente.
2. Sensibilización mediante la técnica *La recuperación es un trabajo de equipo: “El árbol”*, establecida por la Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental (2008), adjunta.

El proceso de recepcionar percepciones de los conceptos planteados, se efectúa teniendo como premisas la sensibilización frente a cada uno de ellos y el llevar al entendimiento e introspección de la necesidad del trabajo grupal frente a la búsqueda de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral. Finalmente se solicita el diligenciamiento de evaluación individual.

## Material de trabajo guía 2.

**Organización Panamericana de la Salud**  
Ministerio de Salud y de la Protección Social

**CENSIMIOB**

**MinSalud**  
Ministerio de Salud y de la Protección Social

**PROSPERIDAD PARA TODOS**


### Sustancias psicoactivas y efectos

<b>Depresores</b>	Disminuyen, suprimen e inhiben el nivel de actividad del sistema nervioso central, produciendo somnolencia y lentitud psico-motora. Su nombre no hace alusión a un estado emocional particular de depresión o tristeza.
<b>Estimulantes</b>	Intensifican la actividad cerebral, dando el efecto de producir un aumento en la atención, la energía y la agudeza mental.
<b>Alteradores de la percepción</b>	Cambian el estado de consciencia y de percepción de la realidad. Entre ellas encontramos las sustancias mixtas y los alucinógenos.


Notas

16

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)

		
Depresores		
Nombre	Otros nombres	Efectos
Inhalantes	Bóxer (gale, galuche, sacol), cera, pintura, "dick", "lady's".	<ul style="list-style-type: none"> <li>Euforia y alegría.</li> <li>Disminución del apetito y del frío.</li> <li>En ciertas ocasiones alucinaciones.</li> <li>Agresividad e hiperactividad motora.</li> </ul> <p><i>Los efectos secundarios incluyen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Somnolencia.</li> <li>Mareo y dolor de cabeza.</li> <li>Desorientación.</li> <li>Visión borrosa.</li> <li>Pérdida del equilibrio.</li> <li>Confusión.</li> </ul>
Tranquilizantes, ansiolíticos e hipnóticos	Valium- Diazepam, Xanax, Ativán, Fenobarbital, Mandrax, Burundanga Pepas, Roches, Ruedas, Cuescas.	<p><i>El consumo habitual y prolongado produce:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deterioro emocional.</li> <li>Irritabilidad.</li> <li>Disminución de la memoria.</li> <li>En algunos casos: suicidio o muerte accidental.</li> </ul>
Heroína	H, Merca, Caballo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intensa sensación de placer.</li> <li>Euforia.</li> <li>Desaparición de cualquier tipo de tensión.</li> <li>Vómito y mareo.</li> <li>Sequedad de la boca.</li> <li>Estreñimiento.</li> <li>Hipotensión y disminución del ritmo cardíaco.</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)

		
Depresores		
Nombre	Otros nombres	Efectos
Alcohol		<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificultad para hablar.</li> <li>Descoordinación de movimientos y relajación de los músculos.</li> <li>Somnolencia.</li> <li>Pérdida del equilibrio.</li> <li>Nauseas y vómito.</li> <li>Inestabilidad emocional.</li> <li>Pérdida de memoria.</li> </ul> <p><i>El "guayabo" al otro día produce:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deshidratación, boca seca y mucha sed.</li> <li>Dolor de cabeza.</li> <li>Cansancio y debilidad.</li> <li>Problemas digestivos.</li> <li>Mal aliento.</li> </ul>
Heroína	H, Merca, Caballo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intensa sensación de placer.</li> <li>Euforia.</li> <li>Desaparición de cualquier tipo de tensión.</li> <li>Vómito y mareo.</li> <li>Sequedad de la boca.</li> <li>Estreñimiento.</li> <li>Hipotensión y disminución del ritmo cardíaco.</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)

Nombre	Otros nombres	Efectos
Cocaína	Fua, perico, blanquito, nieve, coca.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agitación.</li> <li>• Lenguaje precipitado.</li> <li>• Baja coordinación de movimientos.</li> <li>• Ideas paranoicas (sensación de persecución y delirios de grandeza, poder, riqueza u omnipotencia).</li> <li>• Ilusiones sensoriales.</li> </ul>
Bazuco	Susto, Zuco, Pistolo.	<p><i>Después de 2 o 3 minutos de euforia se presenta:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entumecimiento de la boca.</li> <li>• Ansiedad generalizada.</li> <li>• Sensación de quemadura en los ojos.</li> <li>• Sudoración.</li> <li>• Escalofríos.</li> <li>• Temblor.</li> <li>• Dolor de estómago y de cabeza.</li> </ul>
Éxtasis	Píldora del amor o pastilla del abrazo, equis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Euforia inicial.</li> <li>• Agotamiento.</li> <li>• Tristeza, ansiedad y agresividad.</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)

Nombre	Otros nombres	Efectos
Anfetaminas	Anfetam, meta y tiza.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Euforia.</li> <li>• Insomnio.</li> <li>• Aumento de confianza y de autosatisfacción.</li> <li>• Falta de apetito y de fatiga.</li> <li>• Hiperactividad e incremento de la atención y de la concentración.</li> <li>• Sudoración y taquicardia.</li> <li>• Náuseas.</li> </ul>
Tabaco	Cigarrillo	<p><i>A corto plazo produce:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la capacidad pulmonar.</li> <li>• Disminución de los sentidos del gusto y el olfato.</li> <li>• Envejecimiento prematuro de la piel de la cara.</li> <li>• Mal aliento.</li> <li>• Dedos y dientes amarillos.</li> <li>• Tos.</li> </ul> <p><i>A largo plazo puede provocar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cáncer de pulmón.</li> <li>• Bronquitis crónicas.</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)

Organización Panamericana de la Salud  
Ministerio de Salud y Protección Social

COSEMICOS

MirSolud  
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

### Alteradores de la percepción

Nombre	Clase	Efectos
LSD (ácido lisérgico), hongos Alucinógenos, Ácidos "Tripsis"	Tripsis, ácidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dilatación de la pupila.</li> <li>Hipertermia.</li> <li>Vértigo y náuseas.</li> <li>Somnolencia y debilidad muscular.</li> <li>Sentimientos de mucha fortaleza.</li> <li>Depresión.</li> <li>Aumento o disminución de la ansiedad.</li> <li>Culpabilidad.</li> <li>Confusión general.</li> </ul>
Cannabis (Marihuana, Hachis)	Bareta, porro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pérdida de apetito y de sueño.</li> <li>Irritabilidad e inquietud.</li> <li>Depresión.</li> <li>Afecta la percepción y el rendimiento en la ejecución de tareas complejas.</li> </ul>
Ketamina	Keta, special K.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de coordinación y pérdida del equilibrio y los reflejos.</li> <li>Náuseas y vómitos.</li> <li>Sensación de estar separado del cuerpo.</li> </ul>

Notas

21

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)

Organización Panamericana de la Salud  
Ministerio de Salud y Protección Social

COSEMICOS

MirSolud  
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

### Vías de administración

¿Cómo se puede consumir una sustancia?

**Fumada**  
Por ejemplo: Cigarrillo y la marihuana.

**Tomada**  
Por ejemplo: Anfetaminas y Éxtasis.

**Inhalada**  
Por ejemplo: Cocaína.

**Inyectada**  
Por ejemplo: Heroína.

¿Cuáles son los riesgos de las vías de administración?

Cuando la sustancia se administra por vía **inhalada, fumada o inyectada** aumenta el riesgo de generar dependencia en corto tiempo.

Las sustancias **inyectadas** se relacionan con la posibilidad de:

- ✓ Contraer infecciones como el VIH o la hepatitis B y C producidas por compartir agujas y otros utensilios contaminados.
- ✓ Sobredosis e infecciones.
- ✓ Lesiones en la piel y las venas.

Notas

22

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)



Organización Panamericana de la Salud  
Ministerio de Salud y Protección Social  
PROSPERIDAD PARA TODOS

### Niveles de consumo

Es de vital importancia diferenciar los niveles o tipos de consumo porque no todos los consumidores son iguales. Todos están en contextos diferentes y sus motivaciones pueden ser muy diversas.

Transición de los niveles de consumo

```

graph LR
    A[Experimental] --> B[Ocasional y recreativo]
    B --> C[Habitual]
    C --> D[Compulsivo]
    D --> E[Problemático]
    E --> F[Dependencia]
  
```

Los niveles pueden verse de manera independiente ó como una "carrera" hacia la dependencia.

23

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)

Organización Panamericana de la Salud  
Ministerio de Salud y Protección Social  
PROSPERIDAD PARA TODOS

### Niveles de consumo

¿Qué tan dispuesto está el individuo a enfrentarse a estos riesgos?

**Riesgos físicos:**

- ✓ Enfermedades crónicas
- ✓ Adicción

**Riesgos psicológicos:**

- ✓ Trastornos emocionales y psiquiátricos
- ✓ Dependencia

ó

Consciente      Inconscientemente

24

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)

Organización Panamericana de la Salud  
Departamento de Organización Social y Salud

CEPIS/OPS

Min-Salud  
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

### Niveles de consumo

Experimental   Recreativo   Habitual   Compulsivo   Problemático

Todo consumo de SPA empieza por aquí.

**Experimental**

- ✓ El individuo prueba una o más sustancias una o dos veces y decide no volverlo hacer.
- ✓ No tiene intenciones de hacerlo de nuevo porque tal vez los efectos no fueron placenteros, no le ve un sentido a continuar haciéndolo o tal vez porque no va de acuerdo a su estilo de vida o forma de pensar.
- ✓ También porque simplemente ha saciado una curiosidad y tiene otras prioridades para su vida.

25

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)

Organización Panamericana de la Salud  
Departamento de Organización Social y Salud

CEPIS/OPS

Min-Salud  
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

### Niveles de consumo


Se empieza a presentar el consumo con cierta regularidad entre círculos de amigos, en contextos de ocio (rumba, paseos).

**Recreativo**

- ✓ No compra ni guarda.
- ✓ Lo hace con gente que conoce y confía solo cuando siente deseos de hacerlo.
- ✓ Su objetivo es la búsqueda de experiencias agradables, placenteras y de disfrute, el "aguante" para la fiesta y para facilitar la relación con sus pares.
- ✓ Aunque consume con su círculo de amigos, no todos son consumidores.
- ✓ También ocupa su tiempo libre en otras actividades donde no hay presencia de SPA.
- ✓ No piensa en el consumo como un "escape" u una "solución" a sus problemas, porque tiene la capacidad de buscar diferentes alternativas frente a estos.
- ✓ Se da como un consumo pasajero, asociado a situaciones concretas y en algunos casos a épocas o etapas de la vida sin dejar consecuencias evidentes.
- ✓ Rara vez se pierde el control, no se consume en solitario, ni se tiende a experimentar con sustancias o vías de administración de alto riesgo.

26

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)



### Niveles de consumo

Para llegar aquí se tuvo que haber pasado por alguna fase previa.


**Habitual**

- ✓ Se tiene una droga de preferencia (quizás después de probar con muchas otras) un refuerzo permanente y un gusto por lo que siente. Por eso la frecuencia y la cantidad aumentan.
- ✓ La droga juega un papel importante en la vida y cumple funciones cada vez que la consume, por lo que es muy probable que lo haga repetidamente.
- ✓ Dependiendo de la droga puede desarrollar una dependencia física o psicológica, tarde o temprano empezará a tener problemas cada vez más evidentes, la vida empieza a desestabilizarse.

Se depende de la droga pero no solo de ella sino de los amigos y del estilo de vida que desarrolla en torno a ella.


**Compulsivo**

- ✓ Es probable que ese "estilo de vida" no sea solo el consumo, sino el círculo de amigos, el reconocimiento y aceptación dentro del grupo.
- ✓ Puede desarrollar también un consumo solitario y aislado, sin amigos, y sin mayores actividades.
- ✓ Aquí el uso de la sustancia se da por necesidad, y muchas veces para evitar sentirse mal física o psicológicamente.
- ✓ La vida se organiza para garantizarse la droga y poder consumirla.

Notas 

27

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)



### Niveles de consumo

Esta determinado por el impacto que éste tiene sobre la salud:


- Consecuencias visibles.
- Enfermedades crónicas.

Y la aparición de consecuencias de tipo social con una connotación negativa:

- Deterioro.
- Aislamiento.
- Conductas problemáticas.


**Problemático**

- ✓ Se caracteriza porque se presenta el uso de una o varias drogas en situaciones, que pueden significar peligro: pérdida de velocidad de respuesta y reflejos (manejando, atravesando una calle u operando una máquina).
- ✓ Dificultades o incapacidad para cumplir con las responsabilidades laborales, académicas o familiares (ausentismo, bajo desempeño, aislamiento, abandono o descuido de intereses y responsabilidades).

Notas 

28

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)



### Niveles de consumo

Puede darse de manera abrupta o progresivamente según la sustancia(s) que se estén usando.

**Dependencia**

- ✓ Se depende cuando no se puede dejar de consumir, porque si se deja de consumir vienen síntomas físicos y/o psicológicos desagradables.
- ✓ La vida cotidiana empieza a girar en torno al consumo de sustancia, y se entra en el círculo vicioso de conseguir – consumir – conseguir.
- ✓ El consumidor siente que es imposible resistir el deseo de consumir, que ha perdido el control; siente una fuerte ansiedad al bajar el efecto que solo se alivia al consumir de nuevo.

Hay dos tipos:

**Dependencia Física**

Implica un cambio permanente en el funcionamiento del cuerpo y del cerebro. Se da cuando ya se ha generado una tolerancia a hacia la sustancia, por lo tanto el cuerpo cada vez necesita una dosis mayor para sentir los efectos deseados. Al dejar de consumir, el cuerpo reacciona con síndromes de abstinencia o retrada. No todas las sustancias la producen (ejemplo nicotina, heroína y derivados opiáceos).


**Dependencia Psicológica**

La producen todas las sustancias a excepción de los hongos. Se evidencia porque la privación de la sustancia produce malestar, angustia, irritabilidad y depresión, por lo tanto para evitar estos malestares, se busca la manera de consumir permanentemente. Se piensa que "no se puede vivir" sin consumir y todo lo que esto implica.

Notas

29

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)



### Síndrome de abstinencia



Notas

30

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)

<b>Denominación de la dinámica</b>	<b>La recuperación es un trabajo de equipo: "El árbol"</b>
Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distinguir los factores de recuperación.</li> <li>2. Sentir el efecto de los factores de recuperación en nosotros mismos.</li> </ol>
Tiempo aproximado	30'
Tipo	Dramatización
Recursos y materiales	<p>Ropa cómoda y espacio despejado de sillas. Diez tarjetas tamaño cartulina, en ellas se escribe por un lado el nombre de un factor del proceso de recuperación y por otro un símbolo fácil que lo represente. Cartulina y rotulador. Anexos 6, 7 y 8.</p>
Desarrollo de la actividad. Pasos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Previo, presentación de la actividad y sus objetivos. Hablar sobre los factores de recuperación. Elaboración por parejas de las cartulinas y se muestran al grupo.</li> <li>2. Las personas se numeran 1 y 2 alternativamente, se crean dos grupos de esta forma. Los dos grupos harán diferentes representaciones. En el grupo de los número 1 todos serán árboles sin raíces ni apoyos. Cuando, a una señal convenida con el facilitador, soplé el viento, el grupo del número 2 actuará como un vendaval que intentará y conseguirá (ya que los árboles no tienen raíces) derribarlos.</li> <li>3. En una segunda parte las personas del grupo 2 serán un solo equipo: uno será árbol y los demás sus raíces y apoyos. En este grupo se reparten las cartulinas con los nombres de los factores de recuperación. Quien haga de árbol llevará el cartel de PROCESO INDIVIDUALIZADO UNICO el resto se reparten las tarjetas e irán colocándose junto al árbol adoptando la posición que éste les indique según piense que sea mejor para su recuperación, diferenciándolos entre raíces(sujetando las piernas) y apoyos(sujetando el tronco)E; El árbol puede considerar que la esperanza ha de estar en su raíz y el conocerse a sí mismo y a la enfermedad deba ser su apoyo(o viceversa). Cuando estén preparados y a la señal convenida el grupo 1 será esta vez los remolinos de viento que también intentarán derribarlos pero este árbol al tener raíces y apoyos no se derribará.</li> </ol>
Observaciones, recomendaciones para el éxito y conclusiones	Finalmente expondremos los factores de recuperación y por parejas realizaremos las tarjetas (tiempo aproximado 10 min.)

Fuente: Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental (2008)

## Evaluación 2. Creación de grupo de ayuda mutua

Fecha: \_\_\_\_\_

Se solicita que de manera individual cada persona realice la evaluación concerniente a la Sensibilización frente a conceptos clave del consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, de acuerdo a los siguientes criterios:

1. ¿Considera usted que la estrategia empleada para sensibilizar frente a conceptos clave del consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, fue la adecuada?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

2. ¿Considera usted que las personas participantes en el ejercicio, fueron sensibilizadas frente a los conceptos clave del consumo de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central?

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

3. ¿Considera usted que las directivas de la empresa tienen un legítimo compromiso frente a la prevención de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, en su entorno laboral?

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

4. ¿Considera usted que los participantes en el ejercicio de sensibilización, generaron compromiso frente a la necesidad de apoyo a compañeros de trabajo?

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

**Gracias por su participación.**

### **GUÍA 3. ESTRATEGIA DE TRABAJO LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA O GAM**

#### **Formación y sensibilización frente a la reducción de factores de riesgo, evitación de efectos negativos, reducción de daños y reducción de riesgos**

Se explica que lo que se pretende desde la presente estrategia es generar grupos de ayuda mutua compuestos de personas que comparten un problema o situación, que se reúnen para hacer alguna cosa para superarlo y conseguir cambios sociales y/o personales.

La formación y sensibilización de los trabajadores, con la colaboración del GAM se realizará en dos momentos:

1. Se hace entrega por grupos (de máximo 4 personas), de fotocopias de las Herramientas para hacer prevención y mitigación, del Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia

(2012) – Páginas 32 a la 37 – invitando a realizar, en un tiempo máximo de 30 minutos, las siguientes actividades:

- a. Se dividirán por partes iguales (En la medida de las posibilidades), el material entre las 4 personas integrantes del grupo.
  - b. Cada persona dará lectura al material que le correspondió y en el apartado de notas, que se encuentra en cada página, escribirá brevemente lo que entendió del material, que preocupaciones le genera y que soluciones posibles vislumbra.
  - c. Se socializará por parte de cada integrante, el material que le correspondió y las notas y el resto de integrantes del grupo darán sus opiniones en particular sobre los aspectos que al otro le generaron preocupación y viabilidad y aportes de las soluciones visualizadas.
  - d. Se escogerá en consenso de grupo, un tema en particular que haya generado mayor inquietud y se preparará socialización para realizar al grupo total de participantes, pudiéndose utilizar para éste ejercicio cualquier estrategia que escojan los 4 integrantes.
  - e. Se realizan las exposiciones de cada uno de los subgrupos, referenciando permanentemente durante este ejercicio, que el objetivo primordial es propender por unos entornos laborales sanos, en los cuales la convivencia sea armoniosa.
2. Sensibilización mediante la técnica *La recuperación es un trabajo de equipo: “El árbol”*, establecida por la Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental (2008), adjunta.

El proceso de recepcionar percepciones de los conceptos planteados, se efectúa teniendo como premisas la sensibilización frente a cada uno de ellos y el llevar al entendimiento e introspección de la necesidad del trabajo grupal frente a la búsqueda de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral. Finalmente se solicita el diligenciamiento de evaluación individual.

### Material de trabajo guía 3.

**Organización Panamericana de la Salud**  
Ministerio de Salud y Protección Social

**MinSalud**  
Ministerio de Salud y Protección Social

**PROSPERIDAD PARA TODOS**

## Prevención

Significa manejar y gestionar los riesgos a través de estrategias para evitar que los riesgos se manifiesten a nivel individual en la salud, la calidad de vida y el bienestar de los individuos, las familias y comunidades.

**Las estrategias de prevención consisten en:**  
Planear acciones para reducir factores de riesgo y evitar efectos negativos.

**Las acciones se deben centrar en:**  
Promoción de hábitos y prácticas saludables y de autocuidado.

Para evitar conductas de **riesgo** que aumenten la vulnerabilidad al consumo de SPA.

Las estrategias gestionan de la manera más efectiva, los riesgos para evitar daños y consecuencias negativas a nivel:

- Individual
- Familiar
- Comunitario
- Social

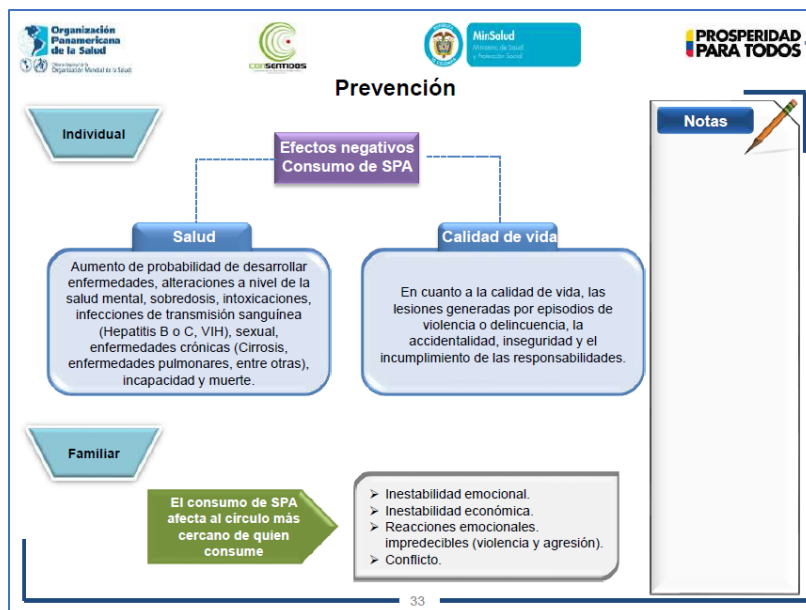
Los riesgos y daños no necesariamente se presentan cuando hay consumo de SPA, son una aproximación a las situaciones potenciales a las que se enfrenta el individuo consumidor de SPA y su impacto en los diferentes niveles.

32

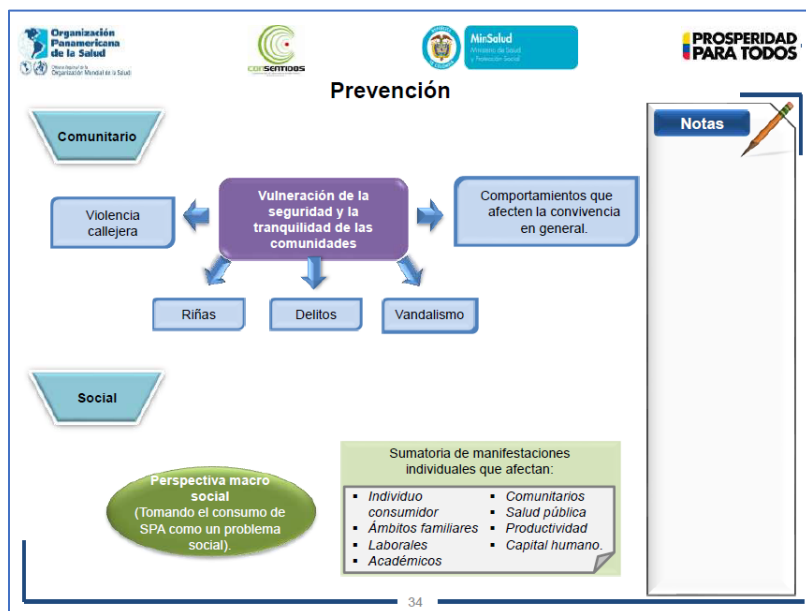
Notas

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)





Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)



Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)

### Prevención

Las acciones de prevención se dirigen según la población, con un enfoque más amplio sobre los riesgos asociados al consumo:

<b>UNIVERSAL</b>	<p>Su objetivo es promover la salud y prevenir el consumo de SPA, reforzando factores protectores, aumentando la calidad de vida a través de la colaboración activa de intermediarios socializadores como la escuela, la familia y toda la comunidad en general. Esta prevención se dirige a grupos sociales y a grandes comunidades como ámbitos educativos e institucionales.</p>	<p>Adolescentes en general.</p>
<b>SELECTIVA</b>	<p>Su propósito es fortalecer capacidades y competencias para la toma de decisiones y así llegar a disminuir el riesgo de vulnerabilidad al abuso de SPA. Esta prevención va dirigida a personas que se encuentran en riesgo y vulnerabilidad por diferentes vías que facilitan el acceso y el consumo de SPA.</p>	<p>Grupo de adolescentes en situación de vulnerabilidad.</p>
<b>INDICADA</b>	<p>Su objetivo es intervenir para evitar la transición hacia el consumo de SPA y de otras sustancias de mayor riesgo, teniendo en cuenta las condiciones particulares y grupales. Esta prevención va dirigida a poblaciones donde se presente la problemática.</p>	<p>Subgrupo con problemas de consumo o de comportamiento.</p>

35

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)

### Prevención

ANTES del consumo (consumo como inclusión)      DURANTE el consumo (consumo como marginación)      DESPUÉS del consumo (consumo como exclusión)

Tomado de la Policía Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, 2007.

36

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)

**Prevención**

La prevención del consumo de SPA, es un conjunto de estrategias y acciones para reducir tanto en individuos como en grupos y comunidades la vulnerabilidad al consumo de SPA, evitando que se afecte la calidad de vida, la salud, el bienestar de la comunidad y de la familia.

Las estrategias de prevención, buscan controlar los riesgos asociados a consumo de SPA a través de:

Refuerzo de las redes sociales → Estas prácticas se deben centrar en:

- Prácticas saludables
- Auto Cuidado
- Promoción de hábitos.

De esta manera la prevención busca:

- ◆ Reducir los nuevos casos de consumo de SPA.
- ◆ Reducir la vulnerabilidad al consumo de SPA, a través de la intervención integral de factores tanto micro-sociales e individuales como macro-sociales promoviendo la creación de entornos protectores y estilos de vida saludables y libres de SPA.
- ◆ Que haya menos riesgos de ocurrencia del consumo de SPA.
- ◆ Que el consumo de SPA simplemente no ocurra.

De esta manera se evita al máximo las conductas de riesgo que aumenten la vulnerabilidad al consumo de SPA.

37

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)

**Mitigación**

Permite utilizar una serie de medidas y estrategias para resistir y minimizar los impactos y efectos negativos que el consumo puede causar, no solo sobre la vida del individuo que consume, sino en su entorno social.

Dentro de este contexto se busca:

Fortalecer mecanismos formales e informales → Para → Extender entornos de soporte para una gestión más apropiada de los riesgos, a través de redes de información y orientación → Dirigido a →

- Familias
- Comunidades con dificultades concretas
- Individuos.

Para esto es importante:

- ✓ Incentivar la creación y el refuerzo de redes en busca de la integración social.
- ✓ Extender estrategias de sostenibilidad y continuidad.
- ✓ Implicar a los interesados y afectados por la problemática.
- ✓ Diversificar estrategias para llegar a los grupos mas vulnerables.
- ✓ Conocer la realidad del problema.

38

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)

**Mitigación**

Para entender mejor la mitigación se debe reconocer el consumo de SPA como una realidad, es decir que hay personas que desean y deciden consumir SPA.

El objetivo de la mitigación busca la mejor manera de “convivir” con esta situación a través de estrategias para evitar:

- ✓ Que quienes ya han iniciado un consumo de SPA lícitas, no se inicien en el consumo de SPA ilícitas.
- ✓ Quienes consumen SPA ilícitas, no pasen a consumos y vías de administración de alto riesgo.

La mitigación se hace cargo de acciones prácticas, concretas e intermedias que pueden implementarse en ámbitos escolares, laborales y comunitarios para reducir los daños e impactos negativos del consumo de SPA.

De esta manera, dentro del eje de mitigación podemos encontrar estrategias concretas para minimizar, tanto los riesgos como los daños, conocidas como:

- Reducción de Daños.
- Reducción de Riesgos.

39

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)

**Reducción de riesgos**

Crear un contacto directo y permanente con las personas consumidoras de las mismas comunidades locales en donde se dé el problema, para así disminuir los riesgos que se relacionan al consumo de las drogas.

Sus objetivos son:

- ❖ Disminuir el daño ocasionado en las personas por el consumo de Drogas.
- ❖ Reducir la probabilidad de que esos daños ocurran.
- ❖ Cambiar comportamientos o circunstancias, que reflejen algún tipo de incremento en el riesgo de sufrir problemas con las drogas.
- ❖ Aceptar la posibilidad de reducir gran parte de los riesgos y daños, sin abandonar el consumo.
- ❖ Promover la competencia y la responsabilidad de los propios consumidores de drogas.
- ❖ Adaptar los programas a las necesidades de los usuarios.
- ❖ Promover modelos de búsqueda y acercamiento.
- ❖ Ofrecer información y promover la educación sanitaria dirigida a un consumo de menos riesgo.

Están dirigidos a:

- Personas consumidoras.
- Personas NO consumidoras (que están en contacto con consumidoras).

40

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)



**Organización Panamericana de la Salud**  
Departamento de Organización Social y la Salud



**CERSI**



**Min-Salud**  
Ministerio de Salud y Protección Social



**PROSPERIDAD PARA TODOS**

## Reducción de daños

La reducción de daños busca, más que erradicar el consumo de SPA, limitar sus efectos negativos y las situaciones conexas a nivel social, económico y de salud. La reducción de daños, a través de estrategias planificadas y articuladas, hace que el uso de drogas ocasione el mínimo daño posible a la sociedad y los ciudadanos.

Los programas más conocidos de reducción de los daños son:

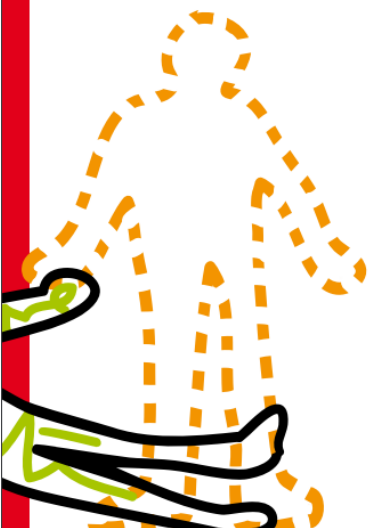


*La finalidad de los programas es la reducción y la eliminación de los problemas ocasionados por las drogas, no de la cantidad de personas consumidoras.*

Notas

41

Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (2012)



Denominación de la dinámica	La recuperación es un trabajo de equipo: "El árbol"
Objetivos	1. Distinguir los factores de recuperación.
Tiempo aproximado	30'
Tipo	Dramatización
Recursos y materiales	Ropa cómoda y espacio despejado de sillas. Diez tarjetas tamaño cartulina, en ellas se escribe por un lado el nombre de un factor del proceso de recuperación y por otro un símbolo fácil que lo represente. Cartulina y rotulador. Anexos 6, 7 y 8.
Desarrollo de la actividad. Pasos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Previo, presentación de la actividad y sus objetivos. Hablar sobre los factores de recuperación. Elaboración por parejas de las cartulinas y se muestran al grupo.</li> <li>2. Las personas se numeran 1 y 2 alternativamente, se crean dos grupos de esta forma. Los dos grupos harán diferentes representaciones. En el grupo de los número 1 todos serán árboles sin raíces ni apoyos. Cuando, a una señal convenida con el facilitador, soplé el viento, el grupo del número 2 actuará como un vendaval que intentará y conseguirá (ya que los árboles no tienen raíces) derribarlos.</li> <li>3. En una segunda parte las personas del grupo 2 serán un solo equipo: uno será árbol y los demás sus raíces y apoyos. En este grupo se reparten las cartulinas con los nombres de los factores de recuperación. Quien haga de árbol llevará el cartel de PROCESO INDIVIDUALIZADO UNICO el resto se reparten las tarjetas e irán colocándose junto al árbol adoptando la posición que éste les indique según piense que sea mejor para su recuperación, diferenciándolos entre raíces(sujetando las piernas) y apoyos(sujetando el tronco)E; El árbol puede considerar que la esperanza ha de estar en su raíz y el conocerse a sí mismo y a la enfermedad deba ser su apoyo(o viceversa). Cuando estén preparados y a la señal convenida el grupo 1 será esta vez los remolinos de viento que también intentarán derribarlos pero este árbol al tener raíces y apoyos no se derrumbará.</li> </ol>
Observaciones, recomendaciones para el éxito y conclusiones	Finalmente expondremos los factores de recuperación y por parejas realizaremos las tarjetas (tiempo aproximado 10 min.)

Fuente: Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental (2008)

**Evaluación 3. Formación y sensibilización frente a la reducción de factores de riesgo, evitación de efectos negativos, reducción de daños y reducción de riesgos**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Se solicita que de manera individual cada persona realice la evaluación concerniente a la Prevención frente a la reducción de factores de riesgo y evitación de efectos negativos, de acuerdo a los siguientes criterios:

1. ¿Considera usted que la estrategia empleada para formar y sensibilización frente a la reducción de factores de riesgo, evitación de efectos negativos, reducción de daños y reducción de riesgos, fue la adecuada?

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

2. ¿Considera usted que las personas participantes en el ejercicio, fueron formados y sensibilizados frente a la reducción de factores de riesgo, evitación de efectos negativos, reducción de daños y reducción de riesgos?

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

3. ¿Considera usted que las directivas de la empresa tienen un legítimo compromiso frente a la prevención de sustancias lícitas e ilícitas que generen alteraciones en el sistema nervioso central, en su entorno laboral?

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

4. ¿Considera usted que los participantes en el ejercicio, generaron compromiso frente a la necesidad de apoyo a compañeros de trabajo en la prevención frente a la reducción de factores de riesgo, evitación de efectos negativos, reducción de daños y reducción de riesgos?

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

**Gracias por su participación.**

**Formato 1: Reporte de 3 generaciones**

META		ACCIONES	RESULTADO	CAUSAS	ACCIONES
Indicador					
Valor Meta					

Fuente: Cuevas (s/f)

**FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE LOS TRABAJADORES**

1	Nombres y apellidos	
2	Cargo	
3	Género	
4	Edad	
5	Estado civil	
6	Nivel de estudios	
7	Estrato socioeconómico	
8	Tipo de vivienda	
9	No. de personas a cargo	
10	Antigüedad en la empresa	
11	Antigüedad en el cargo	
12	Tipo de contrato	
13	Horas laborales diarias	
14	Tipo de salario	
15	Días de incapacidad médica último año (cuantos)	
16	Motivo	



17	Accidentes laborales último año (SI – NO)	
18	Causas	
19	Dificultades laborales último año (SI – NO)	
20	Causas	