



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

**Título**

“Consumo de alcohol y drogas en trabajadores de  
empresas privadas de procesamiento de alimentos de  
la ciudad de Loja”

Tesis previa a la obtención del  
título de Médico General

**Autora:** Puente Gómez, Mercy Paulina

**DIRECTORA:** Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2020

## Certificación

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.  
**DIRECTORA DE TESIS**

### **CERTIFICA:**

Haber orientado, dirigido y revisado el presente trabajo de tesis previo a la obtención del título de médico general, “**Consumo de alcohol y drogas en trabajadores de empresas privadas de procesamiento de alimentos de la ciudad de Loja**” de autoría de la estudiante Puente Gómez, Mercy Paulina, trabajo de investigación enmarcado en los requisitos reglamentarios, por lo que autorizo su presentación, sustentación y defensa del grado

Atentamente:



Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.  
**DIRECTORA DE TESIS**

Loja, 29 de julio de 2020

## **Autoría**

Yo, Puente Gómez Mercy Paulina, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de las mismas.

Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional – Biblioteca Virtual



Firma:

Puente Gómez, Mercy Paulina

Fecha: 29 de junio de 2020

## Carta de autorización

Yo, Puente Gómez, Mercy Paulina, declaro ser la autora de la tesis titulada **“consumo de alcohol y drogas en trabajadores de empresas privadas de procesamiento de alimentos de la ciudad de Loja”** Como requisito para optar al título de. Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden contar con el contenido de trabajo de la RDI, en redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la universidad

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 29 días del mes de julio del 2020, firma la autora.



Cédula: 1103790497

Celular: 0967607785

Dirección: Aven. de los Paltas Barrio El Dorado

Correo electrónico: [mppuenteg@hotmail.com](mailto:mppuenteg@hotmail.com)

### DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis. Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

Tribunal de grado:

Presidente: Dr. Ángel Vicente Ortega Gutiérrez, Mg. Sc.

Vocal: Dr. Byron Marcelo Salazar Paredes, Esp.

Vocal: Dra. Yadira Patricia Gavilanes Cueva, Mg. Sc.

## **Dedicatoria**

A Dios por la vida, por las enseñanzas diarias y las oportunidades que me ha mostrado a través de su palabra. Por cada lección y reto de superación y entrega como hija suya, siempre recalando en su palabra el amor, paz, paciencia con los demás.

A mi familia en general, quienes con ejemplo de esfuerzo, perseverancia, cariño y paciencia, supieron guiarme siempre por los caminos de la honradez y la dedicación, a mis amigos, quienes supieron darme fortaleza en los momentos de oscuridad siempre mostrándome su alegría y felicidad a pesar de las adversidades.

Puente Gómez, Mercy Paulina

## **Agradecimiento**

Al término de esta etapa una de las más importantes de mi vida y por las cuales ha valido el sacrificio y las incontables horas de estudio quiero agradecer:

A la Universidad Nacional de Loja, institución que por varios años se constituyó en un hogar para mí.

A todos los docentes, que formaron parte de mi formación y supieron guiarme con mucha paciencia e impartirme todo el conocimiento académico, de manera especial a la Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc. y Dra. Elvia Raquel Ruíz Bustán, Mg. Sc., quien con mucha dedicación supo guiarme en el presente trabajo investigativo.

A todas las empresas, que supieron facilitarme a través de su médico ocupacional toda la información para realizar esta investigación.

Y de manera especial a mi Dios, que ha sido centinela de esta grandiosa meta en mi vida y a todos mis amigos que siempre me tendieron la mano para salir adelante.

Puente Gómez, Mercy Paulina

## Índice

Carátula .....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice.....	vii
Título.....	1
Resumen.....	2
Summary.....	3
Introducción.....	4
4.Revisión de literatura.....	6
CAPÍTULO 1.....	6
1.1. Definición de alcoholismo.....	6
1.2 Clases de alcohol.....	6
1.3 Epidemiología.....	6
1.4 Etiología del alcoholismo.....	7
1.4.1 Factores genéticos.....	7
1.4.2 Factores sociales.....	7
1.4.3 Factores psíquicos.....	7
1.4.4 Factores relacionados con el consumo.....	8
1.5 Efectos del alcohol en el organismo.....	8
1.6 Identificación del alcohol e intervenciones terapéuticas.....	8
1.7 Diagnóstico de pacientes alcohólicos.....	9
1.8 Desintoxicación y síndrome de abstinencia.....	9
1.8.1 Abstinencia.....	9
1.9 Consecuencias del alcoholismo en el trabajo.....	9
1.10 Tratamiento.....	10
1.10.1 Deshabitación y rehabilitación.....	10
1.10.2 Terapias psicosociales.....	10
1.10.3 Apoyo farmacológico.....	10

1.10.4 Pronóstico.....	11
CAPÍTULO 2.....	11
2.1 Definición de droga.....	11
2.2 Clases de drogas.....	11
2.2.1 Cocaína.....	11
2.2.2 Cannabis.....	11
2.2.3 Heroína.....	12
2.2.4 Alucinógenos.....	12
2.2.5 Anfetaminas.....	12
2.2.6 Inhalantes.....	12
2.2.7 Tabaco.....	13
2.3 Drogodependencia.....	13
2.4 Factores de riesgo.....	13
2.5 Adicción.....	13
2.5.1 Niveles de adicción.....	14
2.6 Factores de riesgo.....	14
2.6.1 Laborales.....	14
2.7 Efectos de las drogas.....	15
2.8 Diagnóstico de la drogadicción.....	16
2.9 Abstinencia.....	16
2.10 Consecuencias de la drogadicción en el trabajo.....	16
2.11 Tratamiento.....	17
2.11.1 Deshabitación y rehabilitación.....	17
CAPÍTULO 3.....	18
3.1 Definición de trabajador.....	18
3.2 Empleo.....	19
3.3 Entorno de trabajo.....	19
CAPÍTULO 4.....	19
4.1 Empresa procesadora de alimentos .....	19
4.2 Drogodependencia en el lugar de trabajo.....	20
5. Materiales y métodos.....	21
5.1 Enfoque.....	21

5.2 Unidad de estudio.....	21
5.2.1 Lugar.....	21
5.2.2 Tiempo.....	21
5.3 Universo.....	21
5.4 Muestra.....	21
5.5 Técnica.....	21
5.6 Instrumento.....	22
5.7 Procedimiento.....	24
5.8 Equipos y materiales.....	24
5.9 Análisis estadístico.....	24
6. Resultados.....	25
7. Discusión.....	32
8. Conclusiones.....	36
9. Recomendaciones.....	37
10. Referencias bibliográficas.....	38
11. Anexos.....	40

## 1. Título

Consumo de alcohol y drogas en trabajadores de empresas privadas de procesamiento de alimentos de la ciudad de Loja

## 2. Resumen

La presente investigación se realizó con fin de determinar el consumo de alcohol y drogas en trabajadores de empresas procesadoras de alimentos del sector privado de la ciudad de Loja. El alcoholismo y la drogadicción constituyen una enfermedad problemática en la salud pública, en el ámbito social y laboral a más de presentar riesgos y daños asociados al alcoholismo y drogadicción. Los daños que se presentan en el consumidor varían con el grado de intensidad de la adicción. El presente trabajo de investigación es un estudio epidemiológico, descriptivo y de corte transversal, el instrumento que se aplicó fue un test validado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), y El Ministerio de Salud Pública (MSP) que aplicó en trabajadores por consumo de alcohol y drogas, test ASSIST V3.0 validado y aprobado para que sea aplicado en nuestro medio, la muestra estuvo conformada por n=175 trabajadores que representa el 100% de la población trabajadora, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Señalando que el consumo de alcohol y drogas en los trabajadores de estudio es moderado siendo del 100%, el 73,71% para alcohol, seguido de 70,29% tabaco, y la edad que mayormente consumen está entre 26 a 35 años y corresponde a varones que se destacan como obreros. La mayoría de los trabajadores se encuentra en consumo bajo, y no califican para algún nivel de intervención, pero si de alerta para evitar que caigan en a consumo moderado.

**Palabras clave:** Consumo, alcohol, drogas, riesgo, intervención.

## 2. Summary

The present investigation was carried out in order to determinate the consumption of alcohol and drugs in workers of food processing companies in the private sector of the city of Loja. Since alcoholism and drug addiction constitute a problematic disease in public health, in the social and occupational field, in addition to presenting risks and damages associated with alcoholism and drug addiction. The damages that appear in the consumer vary with the degree of intensity of the addiction. The present research work is an epidemiological, descriptive and cross-sectional study, the instrument that was applied was a test validated by the Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO), and the Ministry of Health Public (MSP) that applied to workers for alcohol and drug consumption, ASSIST V3.0 test validated and approved to be applied in our environment, the sample was made up of 175 workers who met the inclusion and exclusion criteria. Noting that the consumption of alcohol and drugs in the study workers is moderate, being 73.71% for alcohol, followed by 70.29% tobacco, and the age they mostly consume is between 26 to 35 years and corresponds to men who are they stand out as workers. Most workers are in low consumption, and they do not qualify for any level of intervention, but they are alert to avoid falling into moderate consumption.

**Key words:** Consumption, alcohol, drugs, risk, intervention.

## 3. Introducción

El problema de consumo de alcohol y drogas se presenta actualmente como un fenómeno multifactorial, que inicia en cierta etapa de la vida y perdura hasta la vida de adultos mayores,

el evaluar los factores inmersos en el consumo nos permite identificar varios componentes, indicando los niveles de riesgo de los trabajadores ocasionando un gran número de inconvenientes y una clara repercusión en la salud del individuo, en su entorno familiar, laboral y social

Una de las consecuencias que actualmente se observa con mucha frecuencia es el problema de la adicción que surge como respuesta a varios factores entre ellos una inestabilidad familiar, laboral y sociales positivas o la influencia de grupos de pares que conllevan al abuso de consumo de sustancias como un mecanismo para enfrentar la depresión y ansiedad o indirectamente para adquirir la aprobación de la sociedad o grupo en la cual se desenvuelve el trabajador

Actualmente el estudio del consumo de alcohol y drogas en trabajadores de empresas está regido por una disposición gubernamental para de alguna manera tratar de controlar el sinnúmero de accidentes laborales que se producen a causa de personas que ingresan sobrios a su lugar de trabajo sin medir las consecuencias de generar un accidente dentro de la empresa o no responder debidamente a sus obligaciones, esto genera la necesidad de conocer cuál es la prevalencia de consumo de alcohol y drogas en trabajadores de empresas privadas procesadoras de alimentos de la ciudad de Loja para de alguna manera tratar de conocer como el consumo de estas sustancias afecta en el desenvolvimiento laboral.

Según estudios de la Internacional Labour Organization los trabajadores que consumen alcohol y otras drogas presentan un absentismo laboral de 2 a 3 veces mayor que el resto de los trabajadores. Del 20 al 25% de los accidentes laborales, ocurren en trabajadores que se encuentran bajo los efectos del alcohol u otras drogas. Afecta negativamente a la productividad, ocasionando importantes perjuicios a las empresas por absentismo, desajuste, incapacidad, rotación de personal, reducción de rendimiento, y mala calidad de trabajo. (Mangado & Gúrpide, 2016)

Estudios que nos den datos exactos de la problemática del consumo de alcohol y drogas en trabajadores de empresas procesadoras de alimentos en Loja no se han podido conocer debido a que no se han realizado estudios ni seguimiento de esta población sino más bien a partir de la legislación del Ecuador en su artículo 14 de la Promoción de salud e igualdad en gestión interna de salud ocupacional aprobada en noviembre del 2013. (Ministerio de salud Pública del Ecuador 2015)

El seguimiento por riesgos laborales a todos los trabajadores es que se ha podido tener acceso a la contratación de un médico ocupacional que se encargue de este seguimiento en todo aspecto que comprometa la salud del trabajador.

La investigación se realizó con el objeto de caracterizar a la población que consume alcohol y drogas, describir el nivel de riesgo de consumo según grupo etario, en trabajadores de empresas privadas procesadoras de alimentos de la ciudad de Loja. Y finalmente diseñar un plan de intervención de acuerdo al riesgo de consumo.

Mediante la descripción de factores negativos que conlleva el consumo de alcohol y drogas en los trabajadores y como afecta al sector laboral, productivo, y familiar.

Para el marco teórico se revisó temas como adicción, alcoholismo, drogas, trabajador e impacto en el sector productivo.

La muestra utilizada fue de n=175 trabajadores de 4 empresas privadas procesadora de alimentos de la ciudad de Loja que cumplieron y aceptaron entrar en el estudio, los mismos que fueron evaluados mediante la aplicación de un test ASSIST V3.0 y consta de 8 preguntas por cada una de las sustancias siendo la primera pregunta la que indica si existe consumo o no por parte del trabajador y la octava que nos señala si se ha inyectado alguna droga y no son contables, y de la segunda a la séptima pregunta que son las que nos ayuda a identificar el riesgo y el tipo de intervención para los trabajadores. Este test de consumo de alcohol y drogas fue lanzado y aprobado por la OMS. El mismo que sirvió para la recopilación de la información referente al consumo de alcohol y drogas, riesgo e intervención.

La investigación presentó dos enfoques uno cuantitativo y otro epidemiológico que permitieron recoger la información sobre el riesgo, intervención y consumo de alcohol y drogas de los trabajadores, usando para sustento de la presente investigación revisión bibliográfica, aplicación de test aprobado por la MSP de consumo de alcohol y drogas ASSIST V3.0

## 4. Revisión de literatura

### CAPÍTULO 1

#### 1.1. Definición de alcoholismo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) Denomina al alcoholismo como síndrome de dependencia de alcohol, trastorno crónico de la conducta que se manifiesta por repetidas ingestas de alcohol respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y por interferir en la salud o en las funciones económicas y sociales del bebedor.

El consumo de alcohol en cualquier cantidad puede producir problemas familiares, laborales, legales, o físicos incluyendo problemas de abstinencia. (CTO, 2014)

Es importante recordar que el típico alcohólico que es el trabajador y el que se dedica a labores manuales, actúa con una concentración elevada durante años, sin perder su trabajo y con la conservación de nexos con amigos y parientes, que quizá no se percaten de la gravedad de su problema étílico. (HARRISON, 2012 )

#### 1.2 Clases de alcohol

La Organización Mundial de la Salud propuso los siguientes valores para las bebidas estándar: 330 ml de cerveza al 5%, 140 ml de vino al 12%, 70 ml de licor o aperitivo al 25%. 40 ml de bebidas con contenido alcohólico proveniente de la destilación de cereales, frutas, frutos secos y otras materias primas principalmente agrícolas (ginebra, vodka, brandy ron, whisky y tequila) al 40%.

#### 1.3 Epidemiología

Según la OMS, el alcohol causa el 4% de morbilidad. Según análisis el alcohol es el quinto factor de riesgo más importante causante de muertes prematuras y discapacidades en el mundo. (OMS, 2015)

La región de las Américas tiene el segundo consumo más alto per cápita de alcohol entre las regiones de la OMS, después de Europa. También tiene la segunda tasa más alta de consumo asociado con efectos nocivos para la salud.

Las personas en América consumen 8,4 litros de alcohol puro per cápita cada año, lo que coloca a la región en segundo lugar después de Europa, El 22% de los bebedores en las Américas tiene consumos episódicos fuertes de alcohol.

En las Américas, la cerveza es la bebida alcohólica más popular, constituye el 55.3% del total de alcohol consumido, el vino ocupa el noveno puesto de alcohol consumido principalmente en Argentina y Chile. (OMS, 2015)

Según últimas estadísticas del **Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)**, más de 900 000 ecuatorianos consumen alcohol, el 89,7% es de hombres y el 10,3%, mujeres.

El consumo de bebidas alcohólicas, forma parte de la cultura de los ecuatorianos; las celebraciones o las penas de la vida cotidiana son ocasiones para pegarse el trago en actos públicos o privados.

En la región sur del país según datos arrojados por el INEC, y presentados por revista Avance en donde se estudió el consumo de alcohol en 5 provincias del sur del país demostró que, de las cinco provincias estudiadas, Azuay ocupa el primer lugar en el consumo, con el 38% de 184.009 personas de todas las edades, le siguen las provincias amazónicas con el 28,4%; en tercer lugar Loja con el 23,2% y finalmente Cañar con el 9,8%. (Reyes, 2017)

## **1.4 Etiología del alcoholismo**

**1.4.1 Factores genéticos:** Familiares de primer grado multiplican por 4 su riesgo. Hijos de alcohólicos, mayor resistencia al alcohol (disminución de alteración conductual o signos de intoxicación, menos cambios de la secreción de prolactina o cortisol, mayores niveles de endorfinas tras la administración de alcohol)

**1.4.2 Factores sociales:** El alcohol como base de las reuniones sociales, criterios de madurez en la adolescencia. (CTO, 2014)

Provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (DSM-5, 2013 )

**1.4.3 Factores psíquicos:** Bebedor excesivo regular: personalidades dependientes y evitativas.

Alcoholismo secundario surge como complicación de enfermedad psiquiátrica (trastornos afectivos, de angustia fobia social, estrés postraumático, trastorno límite de la personalidad etc.)

**1.4.4 Factores relacionados con el consumo:** Inicio a la misma edad que los no alcohólicos, Aumento del consumo en la tercera década (cuando los no alcohólicos se moderan) Primeros problemas secundarios al alcohol entre los 20 a 40 años.

### **1.5 Efectos del alcohol en el organismo**

Con el alcohol hay que considerar si la concentración de éste está aumentando o disminuyendo; Los efectos son más intensos en la primera fase.

Para declarar que existe intoxicación (ebriedad) se necesita concentración mínima de alcohol en sangre de 0.08 a 0.10g/100 ml, en otros países se aceptan concentraciones de 0.04 o incluso menores, a pesar de ello surgen cambios conductuales, psicomotores, y cognitivos con concentraciones incluso de 0.02 a 0.03 g/100 ml después de una o 2 copas. Se puede observar un sueño profundo aunque alterado, con una concentración del doble de la que marca la intoxicación legal y la muerte puede sobrevenir con concentraciones 0.03 a 0.04 g/100 ml, es probable que el etanol sea responsable de más muertes por sobredosis que ninguna otra droga.

### **1.6 Identificación del alcohol e intervenciones terapéuticas**

Alrededor del 20% de las personas tienen algún trastorno relacionado con el alcohol. Prestar atención a los síntomas y signos vinculados con el consumo de alcohol y resultados de laboratorio que posiblemente sean anormales. En el consumo habitual de 6 a 8 o más bebidas al día, los 2 estudios en sangre poseen sensibilidad y especificidad >75%. Medir la glutamiltransferasa gamma (gamma glutamil transferasa GGT) (>35U) y la transferrina deficiente en carbohidrato (CDT), (>20U/L), es probable que la combinación de los métodos sea más efectiva que solas. Los marcadores serológicos de consumo también pueden ser útiles para vigilar la abstinencia, porque posiblemente se normalicen en término de semanas de abstinencia alcohólica, por tal motivo los incrementos de un 10% denoten reanudación del consumo de alcohol.

Otros exámenes ácido úrico en suero (>416mol/L o 7mg/100 ml), Los signos físicos incluyen hipertensión leve y fluctuante, infecciones repetidas como neumonías y arritmias cardíacas, cáncer de cabeza y cuello, esófago o estómago, cirrosis hepatitis, pancreatitis, edema de parótidas, neuropatía periférica.

## **1.7 Diagnóstico de pacientes alcohólicos**

El diagnóstico clínico depende de un perfil de dificultades vinculadas con el consumo, es importante interrogar al paciente acerca de los problemas maritales o laborales o problemas legales problemas médicos e interrelacionar con ellos el consumo de alcohol u otros enervantes. Otro medio para diagnosticar al paciente es aplicando algunos test estandarizados del consumo de alcohol, y entrevistas cuidadosa y directa con el alcohólico.

Identificado el alcoholismo, el diagnostico debe ser compartido con el paciente a través de protocolos de intervención, y entrevistas motivacionales. La técnica de intervenciones breves ha sido eficaz para disminuir el consumo y los problemas de alcohol al realizar 2 sesiones de 15 min y el recordatorio telefónico de vigilancia. Se recomienda sesiones múltiples para solucionar el problema y algunas modificaciones en su estilo de vida, en el caso que la persona no acepte abstenerse dejar la puerta disponible para futuras intervenciones, pero si sugerir a los familiares se beneficien del consejo o visitas a centros de apoyo para alcohólicos. (HARRISON, 2012 )

## **1.8 Desintoxicación y síndrome de abstinencia**

**1.8.1 Abstinencia.** Es el cese o reducción del consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado. Durante éste proceso aparecen los siguientes signos y síntomas a las pocas horas o días de cesar o reducir el consumo de alcohol:

Hiperreactividad del sistema nervioso autónomo (sudoración, o rimo del pulso superior a 100 latidos por min), Incremento del temblor en las manos, Insomnio, Náuseas y vómitos, Alucinaciones e ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas, Agitación psicomotora, Ansiedad, Convulsiones tónico clónico generalizadas (DSM-5, 2013 )

## **1.9 Consecuencias del alcoholismo en el trabajo**

Para la OMS. El consumo nocivo de alcohol también puede perjudicar a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Asimismo, el consumo nocivo de alcohol genera una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad.

La Dra. Corina Flores y colaboradores en su artículo Prevalencia de alcoholismo en trabajadores de la industria de cuero- Calzado y su asociación con el nivel de desestrés, publicado en la revista Scielo menciona que “los factores laborales que se consideran de

riesgo para el consumo son: tareas rutinarias y monótonas, insatisfacción en el trabajo, jornadas laborales prolongadas sin descansos, turnos cambiantes, largas ausencias de casa, cansancio intenso en el trabajo, compañeros laborales consumidores, trabajos dependientes de la relación social, Estos pueden ser factores para que adquieran razones para consumir el alcohol. Los empleos con tareas repetitivas invariables que no otorgan autonomía al trabajador son también factores de riesgo para el alto consumo de alcohol”.

El excesivo consumo de alcohol se da en trabajadores de la salud con autoeficacia percibida baja lo cual afecta al desempeño laboral. (GARCÍA, 2011)

## **1.10 Tratamiento**

**1.10.1 Deshabitación y rehabilitación.** Superada la desintoxicación, es decir superada la abstinencia lo que suele llevar más de 2 semanas, los fármacos sedantes no tienen indicaciones en la mayoría de los pacientes y existe riesgo de dependencia en el caso del uso crónico.

Un artículo publicado en abril – junio del 2017 por Ponce Ramos L, y Pérez Oliva en la promoción de la no adicción al alcoholismo hace referencia a la preparación del personal capaz de influir positivamente en la solución de la problemática, motivo de preocupación de psicólogos, sociólogos y pedagogos en el consumo de alcohol que afecta cada vez a la población más joven.

**1.10.2 Terapias psicosociales.** Son la base del tratamiento a largo plazo, tampoco es adecuado el tratamiento intrahospitalario, que el ambulatorio; en cualquier caso es importante el seguimiento prolongado.

En un artículo publicado en la ciudad de México en el 2017 indica que el estrés laboral se correlaciona positivamente con el consumo de alcohol, esto sugiere la necesidad de diseñar intervenciones multidisciplinarias para reducir el estrés y el consumo de alcohol en trabajadores. (ARTICULO. ALDRI ROYER REYES, 2017)

**1.10.3 Apoyo farmacológico.** Siempre como complemento de un correcto abordaje psicosocial, se basa en fármacos inhibidores de la aldehído deshidrogenasa (disulfiram o antabús) y la cianamida cálcica produce a los pocos minutos de consumir alcohol acumulación de acetaldehído con efectos histaminérgicos, sensación de malestar y ahogo, náuseas, rubefacción, sudoración, hipotensión, taquicardia, palpitaciones, vértigo, visión borrosa etc. Que duran entre 30 y 60 minutos.

**1.10.4 Pronóstico.** Si no se abandona el consumo de alcohol, La esperanza de vida se acorta 15 años, la muerte se produce por cardiopatías, cánceres, accidentes y suicidio. Al año de tratamiento el 60% de alcohólicos de clase media mantiene la abstinencia, siendo preciso un seguimiento estrecho durante ese año. (CTO, 2014)

## CAPÍTULO 2

### 2.1 Definición de droga

La OMS, definen como droga a “toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones alterando los pensamientos, emociones, percepciones y conductas en una dirección que pueda hacer deseable repetir la experiencia, pudiendo provocar mecanismos de tolerancia y dependencia” (OMS, 2015)

Así el término droga se utiliza para referirse a aquellas sustancias que provocan una alteración en el estado de ánimo y son capaces de producir adicción. He incluye sustancias que popularmente son consideradas como drogas por su condición de ilegales, sino también diversos psicofármacos y sustancias de consumo legal como el tabaco, alcohol, o bebidas que contienen derivados de la cafeína o teofilina como el café, el té; además de sustancias de uso doméstico o laboral como las colas, el pegamento, y disolventes volátiles.

### 2.2 Clases de drogas

**2.2.1 Cocaína.** Deriva de la planta de coca, sus hojas contienen 0,5 a 1% de cocaína, el principio activo es el metiléster de benzoilecgonina. Existen dos patrones de consumo: Episódico: durante fines de semana y los Crónicos: menos frecuentes, su consumo es: Oral, masticando las hojas. Nasal: Clorhidrato de cocaína la más frecuente. Inhalatoria: Muy adictivo por su rápido efecto. Intravenosa: Clorhidrato de cocaína con heroína.

La vida media es de una hora, se elimina a través de las esterasas plasmáticas (Se pueden detectar metabolitos en la orina hasta 2 o 3 días después). Ejerce su efecto a través del bloqueo de recaptación de aminas en SNC. Crea tolerancia rápidamente cruzada con las anfetaminas

**2.2.2 Cannabis.** Sustancia ilegal más frecuentemente consumida, deriva del cannabis sativa, su principio activo es delta-9-tetrahidrocannabinol, se la encuentra en diferentes presentaciones. Vía Oral, acción lenta, Inhalatoria más usada, intravenosa es excepcional, se absorbe y se distribuye rápidamente, es muy lipofílico, se metaboliza en el hígado a

compuestos más activos, la excreción es lenta, sus metabolitos se pueden detectar hasta meses después.

Actúa como neuromodulador, lo que potencia las funciones dopaminérgicas. Al principio induce tolerancia inversa (la misma dosis produce más efectos), Aparece tolerancia directa (no se desarrolla para alteraciones perceptivas) (CTO, 2014)

**2.2.3 Heroína.** Es una droga extremadamente adictiva su uso es un problema serio para la sociedad, se procesa a partir de la morfina, se la extrae de la bellota de la adormidera asiática, Aparece en forma de polvo blanco, o marrón, la dependencia puede traer graves consecuencias a la salud, entre ellas sobredosis mortal, Aborto espontáneo, colapso de las venas, y enfermedades infecciosas incluso VIH/SIDA y hepatitis.

**2.2.4 Alucinógenos.** La LSD o drogas psicodélicas (Diethylamina del ácido lisérgico), están muy de modo los alucinógenos, naturales (hongos como el peyote, o el psilocybe) y algunas sustancias sintéticas con acción sedante y alucinógena (como Ketamina o fenciclidona) ejercen sus efectos a través del sistema serotoninérgico (alucinógenos naturales) o glutamatérgico (anestésicos alucinógenos), producen tolerancia rápida y cruzada entre ellos.

El cuadro clínico incluye ilusiones visuales, sinestesia, labilidad del humor, taquicardia, hipertermia, midriasis, temblor, hipertensión, crisis de pánico, con intensa despersonalización, y posibilidad de síntomas psicóticos, o accidentes mortales por agitación.

En caso de ketamina incoordinación motora, disartria, nistagmo, diuresis, e hiperacusia y el tratamiento es sintomático.

**2.2.5 Anfetaminas.** Sus efectos son similares a los de cocaína con riesgos psiquiátricos y físicos similares salvo que su vida media es mucho más larga.

La más usada es la metanfetamina, su uso intravenoso se asocia a infecciones, su uso inhalatorio es equiparable a la cocaína inhalatoria.

**2.2.6 Inhalantes (Pegamentos, disolventes, combustibles derivados de hidrocarburos).** Su consumo se produce entre adolescentes en grupo, describiéndose un cuadro de intoxicación (mareo, nistagmo, incoordinación, disartria, marcha inestable, temblor, obnubilación, diplopía) que puede alcanzar el coma, se admite la posibilidad de dependencia, pero no en un síndrome de abstinencia. Carecen de tratamiento específico.

**2.2.7 Tabaco (nicotina).** Producto natural, derivado de la hoja de una planta solanácea, *Nicotina tabacum*. La forma más usual de consumo es como cigarrillo, en el humo se ha

identificado, alrededor de 4.000 componentes tóxicos los más importantes son: la **nicotina** sustancia estimulante del SNC actúa sobre receptores colinérgicos, responsable de los efectos psicoactivos y de la dependencia física que el tabaco provoca, los **alquitranes** es una sustancia comprobada como cancerígena, como el benzopireno, que inhala el fumador y quienes se ven forzados a respirar el humo tóxico que éste devuelve al ambiente, **irritantes** son tóxicos responsables de la irritación del sistema respiratorio ocasionando (faringitis, tos, mucosidad) y el **monóxido de carbono** es una Sustancia que se adhiere a la hemoglobina dificultando la distribución de oxígeno a través de la sangre.

Los efectos del tabaco son disminución de la capacidad pulmonar con sensación de fatiga prematura, reducción de los sentidos del gusto, y del olfato, envejecimiento prematuro de la piel de la cara, mal aliento, coloración amarilla de los dedos y dientes, producción de tos, y expectoraciones matutinas.

### **2.3 Drogodependencia**

(OMS) Es el estado psíquico y físico resultante de la interacción de una droga con el organismo, que se caracteriza por la tendencia a consumir la sustancia para experimentar sus efectos o evitar sensaciones desagradables que produce la falta. (CTO, 2014)

### **2.4 Factores de riesgo**

Los efectos de cualquier droga dependen de muchos factores, incluida la dosis, velocidad de aumento en plasma, presencia simultánea de otras drogas y experiencias anteriores con otras sustancias. (HARRISON, 2012 )

**2.5 Adicción.** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia actividad o relación.

Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad.

Para poder hablar de dependencia física y psicológica las personas presentan tres o más de los siguientes criterios en un período de 12 meses:

a. Fuerte deseo o necesidad de consumir la sustancia (adicción).

- b. Dificultades para controlar dicho consumo.
- c. Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.
- d. Tolerancia.
- e. Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia. (Inversión cada de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia).
- f. Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.

### **2.5.1 Niveles de adicción:**

**2.5.2.1 Experimentación.** La persona, guiada por la curiosidad, se ánima a probar una droga, pudiendo posteriormente continuar el consumo o interrumpirlo

**2.5.2.2 Uso.** El compromiso con la droga es bajo. Se consume los fines de semana y en oportunidades casuales. No existe deterioro laboral, social o familiar

El uso se hace regular durante casi todas las semanas y hay episodios de intoxicación. Ejemplo: en alcohol una intoxicación es cuando ya se presenta una resaca, lagunas mentales.

**2.5.2.3 Adicción.** Relación de amigos y familiar se rompe, dificultades académicas y laborales. La búsqueda de la droga se realiza de forma compulsiva. Es difícil la abstinencia. Hay compromiso orgánico. Hay conductas de riesgo como: promiscuidad sexual, uso de drogas intravenosas o combinación de varias drogas, el estado de ánimo depende de la etapa consumidor/abstinencia, accidentes automovilístico.

## **2.6 Factores de riesgo**

### **2.6.1 Laborales**

- Tareas rutinarias y monótonas
- Insatisfacción en el trabajo
- Jornadas de trabajo prolongados
- Turnos cambiantes
- Largas ausencias de casa
- Cansancio intenso en el trabajo

- Compañeros consumidores
- Trabajo dependiente de la relación social
- Disponibilidad en el medio laboral (ARTICULO. ALDRI ROYER REYES, 2017)

## **2.7 Efectos de las drogas**

Una vez las drogas entren al torrente sanguíneo del organismo y alcanza órganos distintos, desencadena diversas reacciones. Los efectos farmacológicos de una droga incluyen efectos secundarios. Los efectos positivos/médicos que reducen las drogas para tratar una enfermedad o condición es decir el efecto deseado por el cual la droga fue inducida en el cuerpo. Se lo llama efecto terapéutico.

Por cocaína intoxicación, en los traficantes como mulas produce efecto simpaticomimético, se evidencia estimulación y euforia, disminución del cansancio, alucinaciones en dosis altas, delirio, midriasis bilateral reactiva, bruxismo, movimientos estereotipados, aumenta la temperatura corporal, frecuencia cardiaca y presión arterial, existe riesgo de ictus, (isquémico o hemorrágico), síndrome coronario agudo, arritmias convulsiones y muerte súbita.

Por cannabis existe relajación y euforia, disminución de la concentración, crisis de pánico, despersonalización grave, hiperemia conjuntival, taquicardia, sequedad de la boca, insuficiencia coronaria, síntomas de esquizofrenia, disminución de la capacidad pulmonar vital, y en embarazo retraso en el crecimiento del feto.

Efectos del tabaco son disminución de la capacidad pulmonar con sensación de fatiga prematura, reducción de los sentidos del gusto, y del olfato, envejecimiento prematuro de la piel de la cara, mal aliento, coloración amarilla de los dedos y dientes, producción de tos, y expectoraciones matutinas.

En lo orgánico gran muerte por la asociación con el cáncer (pulmón, boca, laringe, esófago, riñón vejiga) cardiopatías (isquémica HTA), en pulmonares (EPOC), úlceras gastroduodenales, faringitis, laringitis crónica, y su asociación con bajo peso al nacer en hijos de madres fumadoras (CTO, 2014)

## **2.8 Diagnóstico de la drogadicción**

Se establece solo si algunos síntomas de la alteración han persistido durante un mes como mínimo, o han aparecido repetidamente por un tiempo prolongado, y cuando el individuo no tiene el diagnóstico de dependencia.

## **2.9 Abstinencia**

Cuando un paciente deja de consumir drogas puede experimentar síntomas físicos y emocionales, entre ellos inquietud o insomnio, depresión, ansiedad y otros trastornos de salud mental. Ciertos medicamentos alivian estos síntomas, lo que hace más fácil dejar de consumir drogas (CONSUMO, 2016)

## **2.10 Consecuencias de la drogadicción en el trabajo**

El riesgo diario por el que pasa la empresa y los trabajadores que no consumen, al tener a su lado a compañeros que sí lo hacen, es muy grande. El desempeño del trabajador consumidor bajo la influencia de drogas o alcohol es:

Disminución en el rendimiento laboral

Accidentes laborales y de trayecto

Disminución de la productividad

Cambios en el estado de ánimo

Conflicto con jefes y compañeros

La droga va dirigiendo progresivamente la vida, se presenta deterioro laboral, social y familiar. El estado de ánimo es cambiante (una vida normal y una vida adictiva y desconocida la mayor parte de veces por la familia).

Produce un fuerte impacto, que se extiende a familia y compañeros de trabajo que son afectados en las condiciones de trabajo, son una parte importante en la vida y pueden tener una decisiva influencia en los niveles de salud y bienestar, dentro y fuera del ámbito laboral, La prevención de los riesgos laborales es un deber de las empresas y un derecho de los trabajadores, los cuales también deben velar por la protección de su propia salud y la de sus compañeros, Se considera un objeto básico de las políticas laborales la protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de riesgos directamente derivados del trabajo, y de los riesgos que puede afectar el rendimiento laboral.

La gravedad de los consumidores en el medio laboral ha sido reconocida por la organización internacional del trabajo, que considera que el consumo es un problema que concierne a un número elevado de trabajadores. La seguridad profesional y la productividad pueden verse afectados de forma adversa por empleados bajo el influjo del consumo de drogas o alcohol, por lo tanto el consumo afecta a la salud y trabajador y al ambiente laboral y a la productividad y eficacia de la empresa.

De acuerdo al art.48 del código de trabajo literal g) manifiesta asistir al trabajo bajo evidente influencia de bebidas alcohólicas, estupefacientes o psicotrópicas; causal de destitución. (AUCACAMA, 2017)

## **2.11 Tratamiento**

El tratamiento de la dependencia, es el abordaje psicosocial, Psicoterapia individual, y de grupo, terapias familiares, grupos de autoayuda. Los fármacos son poco eficaces; se usa antidepresivos, agonistas dopaminérgicos, (bromocriptina, lisuride, amantadina, levo- dopa o estabilizadores. (topiramato, gabapentina)

Para el tratamiento por cocaína no existe únicamente monitoreo, saturación de oxígeno, y presión arterial. Inicialmente se maneja con benzodiazepinas, en presencia de convulsiones tratar con diazepam y obligan a realizar TAC craneal. Hidratar bien al paciente para reducir el riesgo de rabdomiólisis, evitarse beta bloqueantes.

En consumo de tabaco para facilitar su abandono se apoya de chicles, spray o parches, deshabitación tabáquica aunque son desalentadores y de gran preocupación (CTO, 2014)

### **2.11.1 Deshabitación y rehabilitación**

**2.11.1.1 Rehabilitación.** La estrategia es semejante a la de alcohólicos, incluye desintoxicación y la fijación de objetivos reales para la abstinencia y mejoría de las funciones vitales, junto con consejo y educación para incrementar la motivación orientada a la abstinencia. Para evitar recidivas es fundamental el compromiso por parte del paciente para conservar su vida sin el consumo de sustancias ilícitas

Incentivar a los pacientes que se incorporen a programas ya que reciben enseñanza sobre su responsabilidad para mejorar su vida. La abstinencia mejora al brindarles información sobre problemas médicos y psicológicos. Se capacita a los pacientes y familiares para que establezcan un modo de vida sin el consumo de sustancias. Se orienta también al sujeto

dependiente para establecer un grupo de “amigos” libres de la droga y participar en grupos de autoayuda como narcóticos o alcohólicos anónimos.

Otro componente terapéutico es evitar las recaídas, orientados a identificar los efectos desencadenantes para el regreso al consumo de drogas. Por otro lado el médico puede brindar orientación y concejo o enviar a sus pacientes a programas formales de rehabilitación que incluyan clínicas. La vigilancia a largo plazo de pacientes tratados indica que alrededor de un tercio termina por librarse de la droga (HARRISON, 2012 )

Como parte del apoyo que la OPS/OMS Ecuador está dando al país en el área de Salud Mental (SM) y la prevención del consumo de drogas y otras sustancias, "Garantía de Calidad en la Atención Integral de Usuarios Problemáticos de Sustancias Psicoactivas"

Ecuador se ha propuesto definir un plan de trabajo para el mejoramiento de la calidad en el tratamiento de los problemas por uso de sustancias, que incluya la conformación de un comité intersectorial de calidad, con participación de entes gubernamentales y la sociedad civil (OPS, 2015- 2017 )

## **CAPÍTULO 3**

### **3.1 Definición de trabajador**

CIET conjuntamente con INEC define al «trabajo» como todas las actividades realizadas por personas de cualquier sexo y edad con el fin de producir bienes o prestar servicios para el consumo de terceros o para uso final propio. Estas actividades permiten el despliegue de talentos, el progreso material, la participación en la sociedad y la realización personal del trabajador. Los instrumentos y diseños metodológicos necesarios para medir y cuantificar las «otras formas de trabajo

### **3.2 Empleo.**

Es toda actividad productiva realizada para terceros, por una persona de edad de trabajar, cuya finalidad es generar ingresos a cambio de una retribución monetaria o en especie (remuneración o beneficio). (INEC, 2017)

### **3.3 Entorno de trabajo**

La OMS define: “Un entorno de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud,

seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo en base a las siguientes indicadores:

- La salud y la seguridad concernientes al ambiente físico de trabajo.
- La salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura del espacio de trabajo.
- Los recursos de salud personales en el ambiente de trabajo, y las formas en las que las comunidades buscan mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y de otros miembros de la comunidad. (INEC, 2017)

## **CAPÍTULO 4**

### **4.1 Empresa procesadora de alimentos**

Es la parte de la industria encargada de la elaboración, transformación, preparación, conservación y envasado de los alimentos de consumo humano y animal. Las materias primas de esta industria se centra en los productos de origen vegetal (agricultura), animal (ganadería) y fúngico, principalmente.

Las Procesadoras de Alimentos, nacen para contribuir con la necesidad de disponibilidad de alimentos frescos y procesados a precios accesibles para cubrir la demanda de la población y satisfacer sus requerimientos. El procesamiento de alimentos es el conjunto de métodos y técnicas empleadas para transformar primas ingredientes en los alimentos o para transformar los alimentos en otras formas de consumo por humanos o animales, ya sea en el hogar o por la industria procesadora de alimentos. (MSP, 2015)

La agencia Nacional de Regulación y vigilancia Sanitaria ARCSA, informa que de acuerdo con lo establecido en el reglamento de buenas prácticas de manufactura (Decreto Ejecutivo No. 3253 publicado en el R.O No. 696 de 4 de Noviembre del 2002), las empresas procesadoras de alimentos deben certificarse con la finalidad de que este proceso se realice de manera ordenada y a tiempo, el MSP con la Participación del Comité de la Calidad, emitió el Acuerdo Ministerial de Plazos de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura de Alimentos (Registro Oficial 839 del 27 de Noviembre del 2012), en el mismo que se establece una clasificación (ARCSA, 2015)

### **4.2 Drogodependencia en el lugar de trabajo**

El problema del trabajador adicto a drogas entrará en el ámbito de los riesgos laborales en el momento en que se considere (y se documente) que dicho trabajador puede representar un problema de seguridad, por ser un riesgo para sí mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa. (Dorrego, 2017)

También debemos tener en consideración que, aunque el trabajo, en sí mismo, no debería incitar al consumo de sustancias, pueden darse determinadas condiciones laborales y personales que pueden llegar a facilitarlos. Algunas de ellas son: Oferta y disponibilidad de bebidas en el lugar de trabajo. Reuniones de trabajo donde se incite al consumo de alcohol. Oficios donde los trabajadores tienen fácil acceso al alcohol (camareros, cocineros, etc.). Trabajos que se realizan en condiciones físicas extremas, trabajos a la intemperie, trabajos de especial dureza. (Grup Atra, 2018)

El Médico del Trabajo deberá desarrollar su actividad: 1. Detectando factores de riesgo (Prevención Primaria) y actuando sobre los mismos: tanto factores de riesgo colectivos en la organización y en el puesto de trabajo (Evaluación de riesgos psicosociales y de puestos de trabajo de fácil acceso a psicofármacos, Programas de formación, etc.) como factores individuales personales. 2. Realizando el diagnóstico precoz en los trabajadores consumidores y/o adictos a sustancias (Prevención Secundaria) para tratamiento de desintoxicación y deshabituación. 3. Y por último, facilitando la rehabilitación laboral (Prevención Terciaria) favoreciendo la reincorporación laboral del trabajador tras tratamiento de deshabituación, con garantías de seguridad. (Dorrego, 2017)

## **5. Materiales y métodos**

### **5.1 Enfoque**

El presente estudio tubo un enfoque cuantitativo, epidemiológico y es de tipo descriptivo y transversal

### **5.2 Unidad de estudio**

**5.2.1 Lugar:** El presente estudio se desarrolló en “Empresas privadas de procesamiento de alimentos de la ciudad de Loja- Ecuador

**5.2.2 Tiempo:** marzo 2018- febrero 2019

### 5.3 Universo

Conformado por n= 500 trabajadores aproximadamente que corresponden al servicio de “Empresas privadas de procesamiento de alimentos de la ciudad de Loja- Ecuador

### 5.4 Muestra

La muestra se conformó por n= 175 trabajadores de las empresas, Cafrilosa, Imelda Jaramillo, Lanzaca y Fagi, por las facilidades que brindaron para poder evaluar al personal. Los mismos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Edad 18 a 65
- Trabajadores que firmaron el consentimiento informado

Criterios de Exclusión

- Trabajadores que por alguna circunstancia estuvieron ausentes
- Trabajadores que fueron diagnosticados y/o en tratamiento por trastornos mentales

Criterios de salida

Test que estuvieron mal llenados o incompletos

### 5.5 Técnica

Para la recolección de la información se aplicó un test que es una técnica derivada de la entrevista y la encuesta, cuyo objetivo es lograr información de la conducta o comportamientos y características individuales o colectivas de la persona. A través de preguntas, actividades, manipulaciones etc. Estas conductas serán evaluadas en el transcurso de la investigación.

### 5.6 Instrumento.

El presente proyecto de investigación se lo realizó mediante la estructuración del **consentimiento informado (Anexo 1)** el cual estuvo elaborado según lo establecido por el comité de evaluación de ética de la Organización Mundial De la Salud, la misma que consta de introducción, propósito, tipo de intervención, selección de participantes, principio de voluntariedad, información sobre los instrumentos de la recolección de datos, procedimiento, protocolo, descripción del proceso, duración del estudio, beneficios, confidencialidad,

resultados, derecho de negarse o aceptación, y a quien contactarse en caso de algún inconveniente.

Se aplicó **Prueba de detección de consumo de alcohol, y otras drogas ASSIST V3.0** el mismo que nos señalará con exactitud el consumo específico de la sustancia o alcohol. (**Anexo 2**) éste instrumento fue desarrollado por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la OMS y fue escrito por Rachel Humeniuk, Sue Henry el borrador inicial para pruebas de campo fue preparado dentro del marco de trabajo, fue aplicado en Australia Meridional, Centro de colorados de la OMS para la investigación del tratamiento de problemas relacionados con las drogas y el alcohol. La prueba fue diseñada para ser utilizada en ámbito de la atención primaria de salud. (OMS 2011)

El **ASSIST V3.0**, que consta de 8 preguntas nos ayudará a determinar el consumo, a caracterizar a la población que consume y a conocer el nivel de riesgo y la intervención de cada uno de los trabajadores. Para obtener una información real se realizó una entrevista corta con cada uno de los trabajadores indicándoles y ayudándoles a llenar el test y haciendo constar la edad de cada trabajador, y su cargo laboral dentro de la empresa adicional al test oficialmente aprobado. Obtenida la información fue clasificada en un formato Excel haciendo constar nombre, edad, cédula y el consumo por cada sustancia, luego se clasificó según el puntaje que indica el test en nivel de riesgo alto de más de 27, moderado de 4 a 26 y bajo 0 a 3 para todas las sustancias excepto para el alcohol que el nivel bajo es de 0 a 10. y con esta información se logra obtener el tipo de intervención: sin intervención 0 a 3 para todas las sustancias y 0 a 10 para alcohol, Intervención breve de 4 a 26 y tratamiento más intensivo mayor a 27. Y estos datos finalmente fueron tabulados e interpretados en base a los objetivos.

También se realizó preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, si ha consumido alguna droga, que droga o tipo de sustancia ha consumido, con qué frecuencia, si ha tenido intentos por dejar de consumir, si ha existido alguien que le ha incentivado a dejar de consumir, y si se ha inyectado alguna droga. Para cada sustancia (etiquetadas de la A la J.) se suman las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluye los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c +**

**P7c.** Note que la **P5** para el tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**. El tipo de intervención se determina por la puntuación específica del paciente para cada sustancia.

**ASSIST V3.0 tarjetas de respuesta para los Pacientes.** En donde se detalla las sustancias que consume (**Anexo 3**). Se asignará según el puntaje obtenido y la sustancia que consume con frecuencia. Las Tarjetas Alcohol, Smoking es en donde se registra una puntuación específica para cada sustancia, **Bajo:** Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas. **Moderado:** Usted presenta riesgo para su salud y otro tipo de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias. **Alto:** Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente. Tarjetas ¿Está preocupado sobre su consumo de sustancias?, estas están diseñadas según el tipo de sustancia que consume desde alcohol, tabaco, drogas, alucinógenos, sedantes, inhalantes, opiáceos y algunos síntomas presentes que se asocian al consumo y de igual manera se lo calificará como **bajo, moderado o alto**. Finalmente la Tarjeta sobre Riesgos asociados con Inyectarse – Información para pacientes, el consumo de sustancias por vía inyectada aumenta el riesgo de daños debido a las propias sustancias, indicando que el daño proviene de: La sustancia, Inyectarse, compartir material

Es más seguro no inyectarse y los riesgos de salud al consumir sustancia. Este material es garantizado, aplicado y aprobado por la OMS Riesgos de trabajo laboral 2016.

### **5.7 Procedimiento.**

1. Para la elaboración del presente trabajo investigativo primero se procedió a solicitar los permisos a los gerentes de cada empresa y hacerles conocer el propósito del trabajo. Una vez obtenida la autorización determinar cuáles son las empresas que permiten evaluar e intervenir a sus trabajadores
2. Seguidamente se coordinó una reunión con los trabajadores y se les hizo conocer el propósito del trabajo investigativo, causas y consecuencias del consumo de alcohol y drogas y el riesgo en su desempeño laboral.

3. Se hizo la entrega del primer documento que fue el consentimiento informado en donde se solicitó que lo firmen si están de acuerdo en participar en el trabajo investigativo y colaborar llenando unos test, con la veracidad del caso.

4. Obtenidos los datos se organizará la información y se elaborará un plan de tabulación y su debida interpretación

5. Al finalizar el proceso se hará conocer los resultados al médico ocupacional de la empresa correspondiente y se diseñará un plan de intervención de acuerdo al riesgo de consumo

### **5.8 Equipos y materiales**

El equipo utilizado para la recolección de la información fue una computadora, copias de test de colección de datos, bolígrafos, cuaderno, carpetas, impresiones, tinta, además se usó libros y fuentes electrónicas (internet) para consulta de información pertinente.

### **5.9 Análisis estadístico**

La tabulación de los datos se la efectuó en el paquete estadístico Microsoft Excel 2013 y el análisis se realizó utilizando el programa estadístico SPSS 2016, los resultados obtenidos mediante los instrumentos aplicados se presentan en tablas de frecuencia y contingencia con su respectivo análisis y discusión, a partir de los cuales se formularon las conclusiones y recomendaciones respectivas.

## **6. Resultados**

Caracterizar a la población que consume alcohol y drogas y describir el nivel de riesgo

**Tabla Nro. 1**

### ***Población General***

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	143	81,71
Femenino	32	18,29
Total	175	100

Fuente: Test ASSIST V3.0  
Elaboración: Mercy Puente

**Interpretación:** De los trabajadores encuestados más de la mitad el 81,71% son de sexo masculino y el 18,29% sexo femenino ya que en estas empresas trabajan más varones que mujeres por ser más apta para ello y las actividades de la pocas mujeres es más liviana

**Tabla Nro. 2**

***Población por grupo de edad***

Rango de edad	Frecuencia	%
16-20 años	8	4,57
21-25 años	23	13,14
26-30 años	38	21,71
31- 35 años	43	24,57
36-40 años	21	12,00
41-45 años	13	7,43
46-50 años	15	8,57
51-55 años	11	6,29
56-60 años	2	1,14
61-65 años	1	0,57
Total	175	100

Fuente: Test ASSIST V3.0  
Elaboración: Mercy Puente

**Interpretación:** El rango de edad más relevante en los trabajadores de 31-35 años es de 24,57%, seguidos de 26-30 años que corresponde el 21,71% y el más bajo de 61-65 años representa el 0,57% debido a que a mayor edad no son contratados o ya se los jubila. Y menores de edad no son contratados en estas empresas

**Tabla Nro. 3**

***Distribución de paciente por empresa***

Empresa	Frecuencia	%
<b>Cafrilosa</b>	80	45,71
<b>Fagi</b>	42	24,00
<b>Imelda Jaramillo</b>	30	17,14
<b>Lanzaca</b>	23	13,14
<b>TOTAL</b>	175	100

Fuente: Test ASSIST V3.0  
Elaboración: Mercy Puente

**Interpretación:** La empresa que mayor número de trabajadores tiene es Cafrilosa, representa el 45,71%, seguido de fagi que cuenta con el 24,00%, Imelda Jaramillo con 17,14% y finalmente Lanzaca con 13,14%

**Tabla Nro. 4**

***Distribución de paciente por actividad***

Actividad	Frecuencia	%
Administrativos	38	21,71
Procesadores	52	29,71
vendedores	85	48,57
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

Fuente: Test ASSIST V3.0  
Elaboración: Mercy Puente

**Interpretación:** Los vendedores representan el mayor número de personas el 48,57% seguido del personal que procesa o empaqa alimentos con el 29,71% y los administrativos representan el 21,71%

**Tabla Nro. 5*****Consumo de alcohol según edad***

Edad	Frecuencia	%
16-20	5	2,86
21-25	16	9,14
26-30	30	17,14
31-35	36	20,57
36-40	11	6,29
41-45	9	5,14
46-50	8	4,57
51-55	3	1,71
56-60	0	-
61-65	0	-
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>67,43</b>

Fuente: Test ASSIST V3.0  
Elaboración: Mercy Puente

**Interpretación:** La población que mayor consumo de alcohol representa es de la edad de 31 a 35 años con el 20,57%, seguido de los de 26 a 30 años con el 17,14% y los de 21 a 25 años con 9,25% y en menor consumo están los de 36 a 40 años con el 6,29% seguido de 41 a 45 años con 5,14% y de 46 a 50 años representan el 4,57% y de 16 a 20 el 2,86% seguido de 51 a 55 años con 1,17%

**Tabla Nro. 6*****Nivel de riesgo por consumo de alcohol***

Riesgo	Frecuencia	%
Alto	2	1,14

<b>Moderado</b>	44	25,14
<b>Bajo</b>	129	73,71
<b>Total</b>	175	100

Fuente: Test ASSIST V3.0  
Elaboración: Mercy Puente

**Interpretación:** El riesgo por consumo de alcohol es alto el 1,14% que una frecuencia de 2, moderado 25,14% frecuencia de 44 y bajo que es 73,71% frecuencia de 129 trabajadores de empresas procesadoras de alimentos

### Tabla Nro. 7

#### *Nivel de intervención por consumo de alcohol*

<b>Intervención</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Tratamiento intensivo</b>	2	1,14
<b>Intervención breve</b>	44	25,14
<b>Sin intervención</b>	129	73,71
<b>Total</b>	175	100

Fuente: Test ASSIST V3.0

Elaboración: Mercy Puente

**Interpretación:** Los trabajadores que necesitan tratamiento intensivo son el 1,14% y los de intervención breve son el 25,14% y los del grupo de sin intervención son el 70,29% por consumo de alcohol

### Tabla Nro. 8

#### *Consumo de tabaco por edad*

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>16-20</b>	5	2,86
<b>21-25</b>	12	6,86
<b>26-30</b>	18	10,29
<b>31-35</b>	17	9,71
<b>36-40</b>	10	5,71
<b>41-45</b>	7	4,00
<b>46-50</b>	4	2,29
<b>51-55</b>	2	1,14
<b>56-60</b>	0	-
<b>61-65</b>	0	-
<b>TOTAL</b>	75	42,86

Fuente: Test ASSIST V3.0

Elaboración: Mercy Puente

**Interpretación:** Los trabajadores de 26 a 30 años con el 10,29%, y los de 31 a 35 años con 9,71%, seguido de 21 a 25 años con el 6,86% son los de mayor consumo de tabaco seguido de 36 a 40 años con 5,71%, y de 41 a 45 años representan el 4,00%, y de 16 a 20 el 2,86% mientras que los de menor consumo son de 46 a 50 años con el 2,29% y de 51 a 55 el 1,14%

**Tabla Nro. 9**

*Nivel de riesgo por consumo de tabaco*

Riesgo	Frecuencia	%
Alto	3	1,71
Moderado	49	28,00
Bajo	123	70,29
Total	175	100

Fuente: Test ASSIST V3.0  
Elaboración: Mercy Puente

**Interpretación:** Los datos reflejan que de 175 trabajadores 123 que es 70,29% presentan riesgo bajo y 49 que es 28% son de riesgo moderado seguidos de una frecuencia de 3 representando el 1,71% para riesgo alto

**Tabla Nro. 10**

*Nivel de intervención por consumo de tabaco*

Intervención	Frecuencia	%
Tratamiento intensivo	3	1,71
Intervención breve	49	28,00
Sin intervención	123	70,29
Total	175	100

Fuente: Test ASSIST V3.0  
Elaboración: Mercy Puente

**Interpretación:** Los trabajadores que necesitan una intervención intensiva son el 1,71% y los de intervención breve son el 28,29% mientras que los del grupo de sin intervención son el 70,29%, de intervención por consumo de tabaco

**Tabla Nro. 11**

*Consumo de Cannabis según edad*

EDAD	FRECUENCIA	%
16-20	0	-
21-25	0	-
26-30	2	1,14
31-35	0	-
36-40	1	0,57

<b>41-45</b>	0	-
<b>46-50</b>	0	-
<b>51-55</b>	0	-
<b>56-60</b>	0	-
<b>61-65</b>	0	-
<b>TOTAL</b>	3	1,71

Fuente: Test ASSIST V3.0  
Elaboración: Mercy Puente

**Interpretación:** Los que mayormente consumen cannabis son los de 26 a 30 años con el 1,14% seguido de los de 36 a 40 años que representan el 0,57% dando un total de consumo de 1,71%

### Tabla Nro. 12

#### *Nivel de riesgo por consumo de cannabis*

<b>Riesgo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Alto</b>	0	0
<b>Moderado</b>	1	0,57
<b>Bajo</b>	174	99,43
<b>Total</b>	175	100

Fuente: Test ASSIST V3.0  
Elaboración: Mercy Puente

**Interpretación:** El riesgo por consumo de cannabis es moderado que es el 0,57% y bajo que es 99,43% señalando que el consumo de cannabis lo hacen muy pocos trabajadores

### Tabla Nro. 13

#### *Nivel de intervención por consumo de Cannabis*

<b>Intervención</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Tratamiento intensivo</b>	0	0
<b>Intervención breve</b>	1	0,57
<b>Sin intervención</b>	174	99,43
<b>Total</b>	175	100

Fuente: Test ASSIST V3.0  
Elaboración: Mercy Puente

**Interpretación:** El tipo de intervención por consumo de cannabis es el 0,57% intervención breve y el 99,43% sin intervención, y para tratamiento intensivo no se evidencia ningún trabajador

### Tabla Nro. 14

#### *Total de consumo de alcohol y drogas por sustancia*

Sustancia	Frecuencia	%
<b>ALCOHOL</b>	<b>118</b>	<b>67,43</b>
<b>TABACO</b>	75	42,86
<b>CANNABIS</b>	3	1,71
<b>COCAINA</b>	2	1,14
<b>ANFETAMINAS</b>	2	1,14
<b>INHALANTES</b>	1	1,14
<b>SEDANTES</b>	1	1,14
<b>ALUCINÓGENOS</b>	2	1,14
<b>OPIÁCEOS</b>	2	1,14
<b>OTRAS DROGAS</b>	2	1,14

Fuente: Test ASSIST V3.0  
Elaboración: Mercy Puente

**Interpretación:** El mayor consumo de sustancias es el alcohol con el 67,43%, pero con un riesgo moderado e intervención breve menor que la del tabaco. La segunda sustancia más consumida en los trabajadores es el tabaco representa el 42,86% pero ocupa el primer lugar en riesgo e intervención. Otra droga que se consume es el cannabis que representa el 1,71% seguido del consumo de cocaína, anfetaminas, alucinógenos, opiáceos y otras drogas con 1,14% y 0,57% para inhalantes y sedantes que a pesar de ser bajo si existe el consumo.

**Tabla Nro. 15**

***Total consumo de alcohol y drogas según nivel de riesgo e intervención***

SUSTANCIA	Riesgo bajo/sin intervención		Riesgo moderado/Intervención breve		Riesgo alto/tratamiento intensivo		TOTAL
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
<b>ALCOHOL</b>	128	73,14	45	25,71	2	1,14	175
<b>TABACO</b>	123	70,29	49	28,00	3	1,71	175
<b>CANNABIS</b>	174	99,43	1	0,57	0	-	175
<b>COCAINA</b>	174	99,43	1	0,57	0	-	175
<b>ANFETAMINAS</b>	173	98,86	2	1,14	0	-	175
<b>INHALANTES</b>	173	98,86	2	1,14	0	-	175
<b>SEDANTES</b>	174	99,43	1	0,57	0	-	175
<b>ALUCINÓGENOS</b>	175	100,00	0	-	0	-	175
<b>OPIÁCEOS</b>	175	100,00	0	-	0	-	175

OTRAS DROGAS	175	100,00	0	-	0	-	175
--------------	-----	--------	---	---	---	---	-----

Fuente: Test ASSIST V3.0  
Elaboración: Mercy Puente

**Interpretación:** De n=175 trabajadores 73,14% no requieren intervención por consumo de alcohol y 25,71% son de riesgo moderado e intervención breve, y el 1,14% son de alto riesgo. Para el tabaco el 70,29% son de riesgo bajo, y el 25,71% son de riesgo moderado e intervención breve y riesgo alto el 1,14%. El cannabis, cocaína y sedantes por ser de consumo bajo no requieren intervención el 99,43% y sí necesita ser intervenido moderadamente el 0,57%, Las anfetaminas y los inhalantes no requieren intervención el 98,86% y sí lo necesita moderadamente el 1,14%, mientras que los alucinógenos opiáceos y otras drogas no son consumidas por la población en estudio.

## 7. Discusión

No son muchos los estudios académicos encontrados en nuestro medio referente a los riesgos laborales por consumo de alcohol y drogas ya que es un tema de salud nuevo vigente en la legislación del Ecuador en su artículo 14 de la Promoción de salud e igualdad en gestión interna de salud ocupacional aprobada en noviembre del 2013. (Ministerio de salud Pública del Ecuador 2015)

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas constituyen una realidad que afecta tanto a las personas trabajadoras como a las empresas, y por tanto son susceptibles de ser tratados dentro del marco de actividades de prevención del trabajo.

Según Reynaldo Mauricio Rodríguez Amaya, en su artículo de investigación publicado en mayo 2017 en Colombia menciona que la población que consume alcohol son mayormente personas adultas mayores y que corresponden al desempeño de obreros dentro de sus funciones y que la mayoría de la población de estudio fueron varones. Esta relación y comparación ayuda a nuestro estudio a confirmar que de nuestra área de estudio fue mayoritariamente hombres y por tanto los consumidores de alcohol y sustancias corresponde a adultos mayores y del sector obrero.

Para Laura Hinojosa García el consumo de alcohol excesivo es un problema de salud pública en los trabajadores lo cual afecta el desempeño laboral, encontrando una relación negativa y significativa entre edad y consumo de alcohol, siendo los varones los que presentan mayor consumo de alcohol que las mujeres, y los no profesionales consumen más que los profesionales. Lo menciona en su estudio investigativo realizado en la ciudad de México a la población salud en el años 2013 aproximándose en gran manera a nuestro estudio el mismo que refleja mayor consumo en varones que en mujeres quizá por ser los varones la población que predomina en estas actividades en relación a las mujeres, y en cuanto a la edad concuerda que la de mayor consumo es la edad adulta que se dedica a actividades como obreros.

El abuso de drogas por parte de los individuos no solamente disminuye la cantidad de tiempo que dedican a su labor (ausentismo y/o retrasos) sino que también afecta negativamente a la productividad en el trabajo (menor calidad, menor esfuerzo, mayor frecuencia de errores, entre otros). Adicionalmente, los problemas del trabajador consecuentes al abuso pueden afectar la productividad de sus compañeros de trabajo y la de sus supervisores o subordinados considerándose en gran manera un factor de riesgo (CICAD, 2006).

Otros estudios mencionan que los efectos del consumo de alcohol en el trabajo se manifiestan, según el repertorio de repercusiones prácticas de la Organización Internacional del trabajo (OIT), además del problema de pérdida de salud, deterioro de las relaciones personales, incremento del absentismo, disminución del rendimiento del trabajo y de la

productividad, aumento de accidentes de trabajo, aumento de problemas disciplinarios y daños en la reputación e imagen de la empresa. (Raquel Poquet Catalá @ 2017 ADAPT University Press).

Este indicador considera el número de individuos inhabilitados para trabajar por encontrarse en tratamiento, personas que se ausentaron de sus trabajos por consumo de drogas, por encontrarse arrestadas debido al tráfico de drogas o delitos asociados a drogas, y el ausentismo definitivo como consecuencia de las muertes prematuras. (Secretaría técnica de drogas del Ecuador 2015).

Los datos del presente estudio alcanzaron sus objetivos ya que se logró categorizar a los trabajadores por grupos de edad y riesgo y por consiguiente su nivel de intervención frente al consumo de sustancias psicoactivas, por medio de la información recolectada del test OMS ASISST V3.0 encontrando que el nivel de riesgo e intervención de consumo es el siguiente: en la sustancia **alcohol** se presenta el consumo moderado (25,14%) y una intervención breve (25,14%) de los 175 trabajadores y para riesgo alto, un tratamiento intensivo únicamente de (1,14%), considerando que el consumo se da mayoritariamente en varones debido a que en las empresas de estudio más labora esa población, comparando con otro estudio realizado por la Universidad de Manizales por Rodríguez Amaya y Reynaldo Mauricio (2017) donde encuentran que el 62% de 186 trabajadores reportan ser consumidores de alcohol; Por tanto este trabajo si contrasta con los resultados obtenidos ya que si existen consumidores de alcohol, pese a ser menor la cifras encontradas en nuestro medio no deja de ser un problema de salud y preocupación en el sector laboral, Otra estudio realizado en Por Raquel Catalá en el 2017 en España menciona que cada año aumenta considerablemente el consumo de alcohol de un 88,8% a un 93,1%. En consumo de tabaco fue del 23%; así, en la población de ésta investigación se encontró que la sustancia tabaco presenta un consumo de riesgo moderado y un nivel de intervención breve de (28,00%), y para riesgo alto y tratamiento intensivo (1,71%), comparando con resultados de la Universidad de Manizales(2017) no existe gran diferencia de manera que el consumo de tabaco y alcohol ocupan los primeros lugares desde hace mucho tiempo como lo menciona la Organización de Naciones Unidas(ONU, 2015), la mayoría de los “abusadores” de alcohol y drogas, trabajan (están empleados).

Otro estudio realizado a través de una tesis en Cañar por la Dra. Sanango Aucacama Rosa María ESP.en el 2017 indica que el consumo de tabaco es el 20% y son fumadores activos

dentro del horario de trabajo, contrastando con nuestro estudio tenemos que en nuestra población es de 23%.

En Junio del 2015 el Gobierno de Colombia realizó un estudio indicando que el consumo de drogas ilícitas fue reportado por el 3,6% de los encuestados y el consumo es superior en varones y la edad consumo fluctúa entre los 25 a 35 años. Mientras que nuestro estudio indica que 1,14% y el 0,57% consumen entre anfetaminas, sedantes y opiáceos que están dentro de las drogas ilícitas que las consumen como psicofármacos sin prescripción médica, y la edad de consumo es de 26 a 45 años varones.

El consumo de cannabis, cocaína y sedantes presenta un riesgo moderado y una intervención breve de (0,57%), y para anfetaminas e inhalantes el riesgo es moderado y una intervención breve de (1,14%) y bajo de 98,86%, y para otras drogas refleja un riesgo e intervención de 0%, estudios realizados por la Dra. Rosa Sanango de la universidad Autónoma de Ambato (2017) El consumo de otras drogas es muy prevalente en el medio laboral. Se estima que el 30% de los activos laboralmente son consumidores ocasionales y el 2% lo hacen de forma mensual por lo que este porcentaje pequeño constituye un riesgo para su salud.

En cuanto al consumo de drogas en nuestra población la tasa de consumo es baja en relación a los estudios de la Dra. Rosa Sanango, no concuerda con sus resultados, demostrando que en estas empresas el consumo es bajo.

Enriqueta Ochoa Mangado menciona en su artículo publicado en Diciembre 2014 en Madrid España que el cannabis es la sustancia psicoactiva ilegal más consumida y que un 54% de trabajadores ha consumido la sustancia alguna vez en su vida y que el 34% la ha consumido en los últimos 12 meses y que el 10% de los trabajadores refiere un consumo habitual y los varones son los que más consumen y fluctúan entre la edad de 16 a 34 años, y manifestando un gran riesgo de consumo, haciendo un análisis con nuestro estudio los que mayor consumen son los varones entre la edad de 26 a 30 años y representan el 1,71% de la población obrera representando un riesgo moderado por consumo de cannabis

En el mismo Artículo en relación al consumo de cocaína menciona que es más esporádico y que los que más consumen son los varones de 16 a 34 años y en los últimos años su consumo ha aumentado entre el 1,6% al 3%, ocasionando riesgo para la salud y la productividad empresarial, nuestro estudio concuerda con éste artículo que los que mayor consumen son

varones y de edad de 26 a 40 años trabajadores y que su consumo representa el 1,14% considerándolo de riesgo moderado.

El consumo de alucinógenos, drogas de síntesis y anfetaminas están muy asociadas entre ellas, aunque su uso no es muy amplio, en ciertos segmentos de la población laboral especialmente en varones de 16 a 24 años el consumo ha aumentado en los últimos años pasando del 1% al 3% causando factores riesgos multifactorial incluyendo personales, familiares y sociales y el consumo puede influir en factores riesgo laborales y no laborales, es lo que nos indica el artículo publicado por Scielo de Enriqueta Ochoa Mangado, mientras que nuestro estudio en relación a esta clase de drogas refleja que para alucinógenos, anfetaminas y otras drogas representa el 1,14% y los de mayor consumo son igualmente varones de 26 a 45 años y su riesgo está clasificado según la tabla ASSIS V3.0 como moderado.

## **8. Conclusiones**

- La población de estudio fueron mayoritariamente hombres cuya actividad es de vendedores.
- Las características de la población investigada fueron más hombres que mujeres ya que las empresas en estudio más requieren mano de obra de varones por ser trabajos que demandan de mucho esfuerzo, y la edad que más consume alcohol es de 31 a 35 años siendo la misma población la de riesgo moderado e intervención breve por ésta sustancia.

- El tabaco es la segunda sustancia más consumida en los trabajadores de 26 a 30 años de edad; y la edad de riesgo moderado e intervención breve, es a las personas de 31 a 35 años, y ocupa el primer lugar en intervención y riesgo en relación al alcohol.
- De los estupeficientes el que mayor consumo presenta la población son las anfetaminas y los inhalantes que corresponden a un riesgo moderado y a una intervención breve seguida de consumo de cannabis cocaína y sedantes, que aunque su consumo sea bajo no deja de ser importante para la intervención de la salud.
- Se ha diseñado un plan de intervención, el mismo que será entregado en cada una de las empresas en donde se ha permitido el estudio y sea aplicado a sus trabajadores.
- Durante la investigación se pudo notar que los trabajadores si conocen los riesgos y peligro que corre su salud por el consumo de alcohol y drogas; a pesar de ello lo practican.

## **9. Recomendaciones**

Se recomienda a las empresas continuar con el seguimiento de sus trabajadores y aplicación de estudios e investigaciones para detectar oportunamente a un consumidor y de ser un consumidor leve, no pase a consumidor moderado, ni mucho menos pase a ser alto.

Se recomienda a las empresas la aplicación de un plan de intervención que servirá para promocionar hábitos saludables y prevenir las consecuencias tanto en su vida como en el ambiente laboral. Y evitar la tendencia hacia el hábito de consumo.

Se recomienda a las empresas que los estudios obtenidos sean analizados conjuntamente con miembros del MSP y elaboren estrategias de promoción y prevención frente al no consumo ya que generar estrategias o charlas en el medio laboral, invita a los trabajadores

involucrados a adoptar estilos y hábitos saludables, que mejoren su calidad de vida laboral, familiar y social.

Sugerir a los accionistas de las empresas que organicen espacios de escucha activa, participación y orientación, ya que el consumo existe, y su nivel de riesgo es significativo. Es por esto que las acciones transformadoras deben darse de manera rápida, contundente y pensada en entender la situación real.

Incentivar a las autoridades de la Universidad Nacional de Loja, para que promocionen estos campos investigativos y puedan detectar oportunamente si existe consumo y sugerir al Ministerio de Salud las principales causas, riesgos e intervenciones que se presenten a causa del consumo de alcohol y drogas.

Incentivar a los departamentos de Talento Humano de cada una de las empresas para que sean capacitados, orientados y restituidos los trabajadores que se encuentran en determinado nivel de consumo.

## 10. Referencias bibliográficas

ARCSA, A. N. (2015). *Empresas procesadoras de alimentos*. QUITO.

ARTICULO. (18 de MAJO-JUNIO de 2010). EL CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAL ADMINISTRATIVO Y DE SERVICIOS EN UNA UNIVERSIDAD DEL ECUADOR . *EL CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAL ADMINISTRATIVO Y DE SERVICIOS EN UNA UNIVERSIDAD DEL ECUADOR*. GUAYAQUIL , GUAYAQUIL , ECUADOR : REV. LATINO- ARM. ENFERMAGEM.

ARTICULO. (20 de DICIEMBRE de 2016). RIESGO DE DEPRESIÓN, ALCOHOLISMO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PERSONAL DE ENFERMERIA DE MEDELLIN . *RIESGO DE DEPRESIÓN, ALCOHOLISMO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PERSONAL DE ENFERMERIA DE MEDELLIN* . MEDELLIN , ÁREA MERPOLITANA DE MEDEDELLIN , MEDELLIN : UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA .

- ARTICULO. ALDRI ROYER REYES, L. A. (NOVIEMBRE de 2017). ESRÉS LABORAL, RESILIENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL ACERO . *ARTICULO* . MEXICO , MEXICO , MEXICO: HEALTH AND ADDICIONS.
- ARTICULO. CLAUDIA CABRERA, C. V. (11 de MARZO de 2016). NIVEL DE RIESGO FRENTE AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSIACTIVAS EN TRABAJADORES. *NIVEL DE RIESGO FRENTE AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSIACTIVAS EN TRABAJADORES*. COLOMBIA , PASTO , COLOMBIA : REVISTA CRITERIOS .
- CONSUMO, I. N. (2016). *adicción a las drogas*.
- CTO. (2014). MANUAL DE MEDICINA Y CIRUGIA. En Á. H. VILLAMIL, *PSIQUIATRÍA* (págs. 44-54). MADRID: GRUPO CTO.
- Dorrego, C. O. (2017). Medicina y seguridad del trabajo. *Drogo dependencia en el lugar de trabajo*, 172.
- DSM-5. (2013 ). GUÍA DE CONSULTA DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM-5 . En A. A. PSIQUIATRÍA, *DSM-5* (págs. 260-277). EEUU: ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRIA .
- GARCÍA, A. L. (19 de OCTUBRE de 2011). TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL . *TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL* . MEXICO , MEXICO : LAURA HINOJOSA GARCÍA .
- Grup Atra, J. S. (2018). *El alcohol y otras drogas en el ambito laboral* . Europa : Asepeyo. Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 151 .
- HARRISON. (2012 ). PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA . En HARRISON, *PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA* (págs. 2725 - 2729). MEXICO : MC GRAW HI INERAMERICANA .
- INEC. (2017). MEDIANAS EMPRESAS/TRABAJO Y EMPLEO . *MEDIANAS EMPRESAS/TRABAJO Y EMPLEO* . ECUADOR , ECUADOR , ECUADOR : INEC .
- MARÍA, D. S. (OCTUBRE de 2017). PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL USO Y CONSUMO DE. *Dra SANANGO*. AMBATO, AMBATO, ECUADOR: TESIS.
- MSP. (2015).
- OMS. (ENERO de 2015).
- OPS, O. E. (2015- 2017 ). SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS . *SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS* . ECUADOR , ECUADOR , ECUADOR : OPS-OMS .
- PERMUY, A. D. (MARZO de 2017). ALCOHOLISMO EN MUJERES . *ALCOHOLISMO EN MUJERES* . BOGOTÁ , BOGOTÁ , COLOMBIA : REVISTA DE LA FACULAD DE MECINA SANIAGO DE COPOSTELA .
- Reyes, G. A. (12 de ENERO de 2017). "LA DEPRESIÓN EN PERSONAS QUE ASISTEN A LA COMUNIDAD DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS DE LA CIUDAD DE LOJA". LOJA- ECUADOR, LOJA, ECUADOR.

Villamil, A. H. (2014 ). Manual CTO de Medicina y Cirugía . En A. H. Villamil, *CTO PSIQUIATRIA* (págs. 45-54 ). MADRID : GRUPO CTO .

## 11. Anexos

### Anexo 1

#### Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ASSIST V3.0

Entrevistado:

Nº HCL:

Fecha:

Edad:

---

#### **INTRODUCCIÓN (Léalo por favor al participante)**

*Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).*

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico.

Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad

**Pregunta 1:**

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	SÍ	NO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin /Alprazolam /Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas: Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.

Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 "¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?" para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

**Pregunta 2**

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses, (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

### Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros – especifique	0	3	4	5	6

### Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2	Cada	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7

### Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2	Cada	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco	0	5	6	7	8

b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

### Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consume de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

### Pregunta 7

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3

g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

### Pregunta 8

¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	No, Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
	0	2	1

#### NOTA IMPORTANTE:

A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

PATRÓN DE INYECCIÓN	GUÍAS DE INTERVENCIÓN
Una vez a la semana o menos o Menos de 3 días seguidos	<i>Intervención Breve, incluyendo la tarjeta "riesgos asociados con inyectarse"</i>
Más de una vez a la semana o 3 o más días seguidos	<i>Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo*</i>

#### CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (etiquetadas de la a. la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**

#### EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para sustancia específica	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol		0 – 3	4 – 26	27+
c. Cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d. Cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e. Anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. Sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h. Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

---

NOTA: \*UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.

FIRMA:

---

NOMBRES Y APELLIDOS:

---

CARGO:

---

## Anexo 2

### ASSIST V3.0 - TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes

<b><i>Tarjeta de respuesta - sustancias</i></b>
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Diazepam/Valium, Alprazolam/Trankimazin/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)

i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, petidina/dolantina, etc.)
j. Otros - especifique:

**Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 2 – 5)**

Nunca: no he consumido en los últimos 3 meses.
Una o dos veces: 1-2 veces en los últimos 3 meses.
Mensualmente: 1 a 3 veces en el último mes.
Semanalmente: 1 a 4 veces por semana.
Diariamente o casi a diario: 5 a 7 días por semana.

**Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 6 - 8)**

No, nunca
Sí, pero no en los últimos 3 meses
Si, en los últimos 3 meses

### Anexo 3

#### FORMULARIO DE CONCENTIMIENTO

He sido invitado a participar de esta investigación del consumo de alcohol y drogas en trabajadores de ésta empresa.

Entiendo que se me aplicará test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de entrevista. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y tarjetas de respuesta para los Pacientes.

Sé que puede existir, o no existirán riesgos a mi persona, únicamente no funcionará de igual manera que en otros la aplicación de los programas de prevención de consumo de alcohol y drogas.

**He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.**

**Consiento voluntariamente, participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento si que me afecte de ninguna manera.**

Nombre del participante-----

Firma del participante: -----

Fecha: Día/mes/año: -----

**Si es analfabeto**

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo a dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo -----

Huella dactilar del participante: -----

Firma del testigo-----

Fecha: Día/mes/año: -----

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado, para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador -----

Firma del investigador -----

Fecha: Día/mes/año: -----

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado

MPP



## Anexo 4



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
AREA DE LA SALUD HUMANA  
DIRECCION DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

---

**MEMORÀNDUM Nro. 0170-D-CMH-FSH-UNL**

**PARA:** Srta. Mercy Paulina Puente Gómez  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Dra. Elvia Ruíz Bustán  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 23 de Mayo de 2018

**ASUNTO: APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS**

---

En atención a su comunicación presentada en esta Dirección, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo **se aprueba** su tema de trabajo de tesis denominado: **“CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN TRABAJADORES DE EMPRESAS PRIVADAS DE PROCESAMIENTO DE ALIMENTOS DE LA CIUDAD DE LOJA”** por consiguiente deberá continuar con el desarrollo del mismo.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruíz Bustán,  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA  
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA-UNL**



C.c.- Archivo

## Anexo 5



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

## MEMORÁNDUM Nro. 493 CCM-FSH-UNL

**PARA:** Dr. Diego Guerrero  
**MÉDICO OCUPACIONAL DE LA CONSULTORA SGA.**

**DE:** Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 06 de Julio de 2018

**ASUNTO:** **SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseando le éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la **Srta. Mercy Paulina Puente Gómez**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda acceder a datos estadísticos; y, aplicación de encuestas y entrevistas a los y las trabajadores(as) de dichas empresas, y, que cumplan con los criterios de inclusión del proyecto, información que le servirá para la realización de la tesis: "**CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN TRABAJADORES DE EMPRESAS PRIVADAS DE PROCESAMIENTO DE ALIMENTOS DE LA CIUDAD DE LOJA**", trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la **Dra. Ana Puertas**, Catedrático de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA  
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**  
C.c.- Archivo  
Bcastillo



*Elvia Raquel Ruiz Bustán*  
17-Jul-2018  
1249