

# Campaña de prevención de alcoholismo y drogodependencia en el medio laboral en el ámbito de la prevención de riesgos laborales. La experiencia del sector de estiba del Puerto de Barcelona

González, J. C. y Salgado, E.

---

## RESUMEN

El alcoholismo y las drogodependencias son en la actualidad uno de los problemas de salud pública que más se ha incrementado y que afecta a una parte importante de nuestra sociedad. Las razones son probablemente de origen multicausal pero sin duda, las condiciones laborales son en ocasiones causa de insatisfacción y estrés laboral que generan en el individuo una necesidad de «evasión» que, con frecuencia, comporta la predisposición al abuso de drogas que va a traducirse en una serie de problemas sociolaborales como un aumento de la accidentabilidad, absentismo y disminución de la productividad.

El objetivo de este trabajo es describir la organización y primeros resultados de una campaña de información, detección precoz y tratamiento de drogodependencias en el Sector de la Estiba del Puerto de Barcelona, compuesto la Sociedad de Estiba y por las empresas estibadoras, las cuales han constituido un Servicio de Prevención Mancomunado. Los resultados de 806 muestras de orina realizadas fueron positivas en un total de 26 muestras (3,2%); con 17 muestras positivas a cocaína (65,4%), ocho a cannabis (30,8%) y una a anfetaminas y derivados (3,8%). En cuanto al control de drogas en orina a nuevos trabajadores, se analizaron un total de 486 muestras con un total de 20 resultados positivos (4,1%). De estos se hallaron 14 muestras positivas a cocaína (70%), cuatro a anfetaminas y derivados (20%) y dos a cannabis (10%). Por otro lado, se han realizado un total de 2.381 controles de alcoholemia que han dado seis resultados positivos (0,25%). Cinco trabajadores han seguido el plan con resultados satisfactorios al mantenerse abstinentes del consumo de drogas todos ellos e incluso en dos de los casos tras 2 años de seguimiento.

La aplicación del plan nos ha permitido una visión moderadamente optimista de la problemática de las drogodependencias en el entorno laboral. Ha generado un clima de confianza y colaboración a la vista de los resultados obtenidos en los trabajadores afectados, que han podido reincorporarse con plena disposición y garantías a su lugar de trabajo habitual. Su aplicación constituye una herramienta de estudio y control para futuras evaluaciones periódicas y un apoyo importante en el ámbito de la problemática legal que acompaña a la actuación de los servicios de prevención.

## PALABRAS CLAVE

Plan de Prevención de Drogodependencias, entorno laboral, puerto.

---

## CAMPAIGN FOR PREVENTING ALCOHOLISM AND DRUG DEPENDENCE IN THE OCCUPATIONAL SETTING WITHIN THE CONTEXT OF OCCUPATIONAL RISK PREVENTION. EXPERIENCE IN THE LONGSHOREMAN SECTOR OF THE PORT OF BARCELONA, SPAIN

## ABSTRACT

Alcoholism and addictive disorders is nowadays one of the most important public health problems with an increased number of cases in the society. Several reasons are probably the main causes to explain addictive disorders, but obviously working conditions can be identified as a stress situations that origin or partly cause the necessity of "evasion" using drugs that generate high rates of absenteeism, injuries and decreased productivity.

The aim of this study is to describe the organisation and first results of an addictive disorders plan for information, early diagnosis and successful treatment in the Stowage Sector of Port de Barcelona workers. In this paper, we present the legal control strategies and furthermore, the addictive disorders prevention plan based on the three preventive levels.

---

Servicio Salud Laboral. Unidad Básica de Salud. Sociedad Estatal de Estiba y Desestiba. Servicio de Prevención Mancomunado del Sector de Estiba y Desestiba del Puerto de Barcelona.

Correspondencia:  
J. C. González González  
C/ Aragón, 530, 4.º 2.º. 08013 - Barcelona.  
e-mail: jcgonzalez@estibarna.es

Trabajo recibido el 25/II/00. Aceptado el 10/VII/00.

A total of 26 positive results were obtained from the 806 urine analysis performed. 17 were positive to cocaine (65,4%), eight were positive to cannabis (30,8%) and one were positive to amphetamin (3,8%). 486 urine analysis were carried out to new workers obtaining a total of 20 positive results; 14 positive to cocaine (70%), four were positive to amphetamin (20%) and one were positive to cannabis (10%). A total of 2381 alcohol test were performed obtaining six positive results. Five workers have been followed the treatment plan with successful results.

The application of the plan let us an optimistic point of view of the addictive disorders prevention in the workplace. It is currently sparked with confidence and collaboration through the optimistic results from the affected workers reincorporated to the usual work activity. Its application represents a control tool for futures periodic evaluations, a screening for early clinical diagnosis and successful treatment and finally, as an important tool in the field of legal problems in the activity of a prevention service.

#### KEY WORDS

Harbour, workplace, alcoholism, addictive disorders, prevention plan.

## INTRODUCCIÓN

El alcoholismo y las drogodependencias es uno de los problemas de salud pública que más se ha incrementado y que afecta a una parte importante de nuestra sociedad en la actualidad. En este sentido, España ocupa el primer lugar dentro de la Unión Europea en oferta y accesibilidad al consumo de bebidas alcohólicas con un bar por cada 169 habitantes, siendo el tercer país del mundo en cuanto a consumo *per capita*. Estudios españoles revelan porcentajes de bebedores excesivos entre un 20,2-22,8% para los varones y un 1,9-2,5% para las mujeres<sup>1-3</sup>. En cuanto al uso de drogas, un estudio expuesto recientemente expone que el 49% de los jóvenes entre 16 y 20 años ha consumido cannabis alguna vez, un 10,6% ha consumido drogas de síntesis, un 8,1% ha consumido cocaína y un 1% ha consumido heroína<sup>4</sup>.

Las razones que explican este problema son difíciles de identificar al ser probablemente de origen multicausal, pero sin duda el trabajo y las condiciones de trabajo son en ocasiones causa de insatisfacción, ansiedad, tensión y estrés laboral que generan en el individuo una necesidad de «evasión» que, con frecuencia, comporta la predisposición al abuso de drogas. El consumo excesivo de alcohol o la utilización de drogas se verá favorecido si la persona carece de medios para modificar su situación conflictiva, si tiene dificultades para controlar su respuesta y, si no cuenta con el apoyo social del entorno: familia, amigos, compañeros de trabajo, jefes, etc. Obviamente, esto va a traducirse en una serie de problemas sociolaborales identificados como falta de puntualidad, disminución del rendimiento, aumento de la conflictividad, aumento del absentismo y, por último, un aumento de la accidentabilidad<sup>1-8</sup>.

En nuestro ámbito, el trabajo portuario que engloba de forma genérica la manipulación de materiales o mercancías y el manejo de medios mecánicos que representan un riesgo latente es imprescindible que el personal que debe realizar el conjunto de operaciones se encuentre en las adecuadas condiciones físicas y psíquicas, a fin de trabajar con las máximas garantías en relación al ambiente de accidentalidad a que se halla expuesto. Por otro lado, no debemos olvidar que nuestro colectivo presenta una serie de características propias que generan unas condiciones de trabajo no adecuadas, como son el ritmo de trabajo a destajo (para acabar lo antes posible) y la turnicidad que provoca un aumento de estrés del colectivo, con una re-

percusión inmediata en la salud colectiva e individual y unos factores predisponentes al consumo de drogas.

El objetivo de este trabajo es describir la organización y primeros resultados de una campaña de información, detección precoz y tratamiento de drogodependencias en el Sector de la Estiba del Puerto de Barcelona, compuesto la Sociedad de Estiba y por las empresas estibadoras, las cuales han constituido un Servicio de Prevención Mancomunado.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La plantilla de trabajadores está compuesta por 705 trabajadores, 21 integrantes de la parte administrativa y 684 especialistas divididos entre las 4 especialidades existentes: a) estibador (21,2%); b) oficial manipulante (55,1%); c) controlador de mercancía (14%), y d) capataz (9,6%). La edad media era de 42 años y el 51,6% tenían una antigüedad en la empresa de más de 20 años. Las funciones de cada grupo profesional se describen en la tabla 1.

### Aspectos legales y organizativos del control de alcoholemia y drogas

En cualquier plan de prevención de drogodependencias deben tenerse en cuenta dos ejes fundamentales: por un lado, los aspectos legales de control que se han visto formalizados mediante la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y, por otro lado, de mayor importancia, los aspectos preventivos y de diagnóstico y tratamiento precoz.

En primer lugar, y ante la dificultad de articular el control exponemos la aplicación de las normativas de prevención en nuestro ámbito. Así, mediante la resolución de 10 de abril de 1996 de la Dirección General de Trabajo<sup>9</sup>, por la que se aprueba el Régimen Disciplinario del Sector de Estiba, se establece como falta grave en su artículo 8 «La negativa a someterse a los controles de alcoholemia y drogadicción, a requerimiento de la Sociedad de Estiba».

Con el fin de la aplicación de dicho régimen en nuestra empresa, la Sociedad de Estiba y Desestiba del Puerto de Barcelona, acordó en reunión de la Comisión de Seguimiento del Centro Asistencial (compuesta por representantes de la empresa, servicio de prevención, servicio

Tabla 1. Funciones de los diferentes grupos de profesionales<sup>1</sup>

Estibador	Profesional portuario que realiza las tareas de manipulación de mercancías en la carga/descarga y labores complementarias, tanto en la bodega como en la cubierta de los buques y en la totalidad de la zona de servicio del puerto
Oficial manipulante	Operador de maquinaria que conduce y maneja los diferentes vehículos empleados en las operaciones portuarias y en cualquier otro desplazamiento de mercancía. También, realiza funciones de oficial de cubierta dirigiendo los movimientos de elevación y traslado en suspensión, hasta el posterior estibado en bodega o depósito en el muelle de mercancías
Controlador de mercancías	Responsables de la planificación, coordinación y control administrativo de los movimientos de mercancías (número, peso, ubicación, identificación, etc.)
Capataz	Encargado de la dirección y coordinación, bajo la dirección de la empresa estibadora, de las operaciones portuarias. También es el responsable de los rendimientos, seguridad y disciplina en el ámbito funcional y espacial de la operativa portuaria

<sup>1</sup>La existencia de estos grupos profesionales no coarta el principio de la polivalencia, si las necesidades del servicio lo exigen. Cuando no existen trabajadores disponibles de un determinado grupo, se puede acudir a los de otro grupo profesional, siempre que tengan acreditada la capacidad para el desempeño de dichas funciones, teniendo en cuenta que todos ellos disponen de los requisitos mínimos formativos en el manejo de vehículos.

médico y delegados de prevención) disponer en el centro de trabajo de los aparatos pertinentes homologados legalmente para poder dar cumplimiento a las obligaciones que se deriven.

En dicha reunión se acordó como medida preventiva, por motivos de seguridad propia y de terceros, y al estar obligados a prevenir los problemas derivados del consumo de alcohol y drogodependencias, realizar las siguientes pruebas: 1) control de alcoholemia al azar previo a la actividad laboral, escogiendo dos trabajadores cada mañana; 2) control de alcoholemia al azar durante la actividad laboral, escogiendo dos trabajadores cada mañana; 3) control de alcoholemia a petición de la empresa estibadora; 4) control de alcoholemia a realizar siempre en caso de accidente; 5) control de alcoholemia voluntario a petición del trabajador; 6) control de drogas en orina en la revisión médica prelaboral y 7) control de drogas en orina de manera aleatoria entre la población estibadora, realizándose sin previo aviso en el 15-20% de los trabajadores semestralmente.

Este acuerdo se basa en la Ley 31/1.995 de Prevención de Riesgos Laborales<sup>10</sup>, que en su artículo 22, 1.º establece

textualmente que «el empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo. Esta vigilancia sólo podrá llevarse a cabo cuando el trabajador preste su consentimiento voluntario. De este carácter voluntario sólo se exceptuarán, previo informe a los representantes de los trabajadores, los supuestos en los que la realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores o para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.» Para salvaguardar la integridad de estos controles y mantener una presunción de veracidad se estableció que los controles de alcoholemia y de drogas en orina deberán ser realizados por los siguientes miembros: a) un representante del Comité de Empresa; b) un representante del Servicio Médico, ya sea Médico o Diplomado en Enfermería, que será el responsable del aparato medidor y quien realizará la prueba, en presencia de los demás miembros, y c) un representante del Servicio de Prevención Mancomunado. Además, facultativamente podrá requerirse la presencia de cualquier otra persona integrante de la empresa si se estimase necesario.

#### Metodología del control

Se entenderá que un control de alcoholemia realizado a un trabajador tiene un resultado positivo, siempre que transgreda los límites marcados por la ley y que actualmente se rigen por el Real Decreto 2282/1998, de 23 de octubre<sup>11</sup>, siendo los índices máximos marcados por éste los siguientes: para los conductores de vehículos una tasa de alcohol en sangre superior a 0,5 gramos por litro o de alcohol en aire espirado superior a 0,25 miligramos por litro. Cuando se trate de conducción de vehículos destinados al transporte de mercancías con un peso máximo autorizado superior a 3.500 kilogramos, al de mercancías peligrosas, los conductores no podrán hacerlo con una tasa de alcohol en sangre superior a 0,3 gramos por litro, o de alcohol en aire espirado a 0,15 miligramos por litro.

Si el resultado de la prueba, practicada mediante alcoholímetro Dräger modelo 7410, ofrece un grado de impregnación alcohólica superior a 0,25 miligramos de alcohol por litro de aire espirado, el trabajador abandona la actividad laboral inmediatamente, trasladándose junto con los miembros que integren el control de alcoholemia a las dependencias de la Unidad Básica de Salud donde se le realizarán dos pruebas más con un intervalo mínimo entre ellas de diez minutos mediante prueba de detección alcohólica, utilizando el etilómetro Dräger modelo 7110. Todos los datos referentes a estos controles de alcoholemia están almacenados en la Unidad Básica de Salud junto con el resto de la historia clínica del paciente, tratándose obviamente de información confidencial entre el médico y el paciente.

## Controles analíticos

En la detección de drogas en orina la metodología analítica utilizada fue, en primer lugar, un análisis presuntivo inicial (Enzimoimmunoensayo homogéneo tipo EMIT) y, en segundo lugar, un análisis confirmativo posterior de muestras positivas: (cromatografía en capa fina de alta resolución —HPTLC— y cromatografía gaseosa con detector por espectrometría de masas —GC/MS—). Los umbrales de detección<sup>18</sup> fueron, para el análisis presuntivo, opioides y cocaína: 300 ng/ml, cannabis: 100 ng/ml y anfetaminas: 1.000 ng/ml; y para el análisis confirmativo, opioides y cocaína: 150 ng/ml, cannabis: 15 ng/ml y anfetaminas: 500 ng/ml.

Cuando un trabajador da positivo en el control de alcoholemia o positivizase un control de drogas en orina, se deriva a la Unidad Básica de Salud del Servicio de Prevención Mancomunado que decide y ofrece la ayuda especializada en cuanto al tratamiento. La empresa ofrece todas las facilidades para tratar al trabajador, abriéndose a tal efecto el correspondiente expediente donde se registrará el seguimiento de dicho trabajador sin tener acceso, obviamente, a los datos estrictamente confidenciales sobre su tratamiento.

## Plan de prevención de alcoholismo y drogodependencias

Las actividades de prevención asumibles en una Unidad Básica de Salud en el ámbito de la Vigilancia Médica de la Salud, se resumen en la tabla 2. En la etapa de prevención primaria, se realizó una campaña de sensibilización a nivel de toda la empresa, dirigida por terapeutas formadores profesionales. Para ello, se formaron grupos de 30 personas, hasta el total de 705 trabajadores que recibieron charlas educativas de 4 horas sobre el problema de las drogodependencias. La estrategia es la detección precoz de casos, mediante la identificación oportunista de los bebedores o consumidores de riesgo que no han llega-

do todavía a desarrollar dependencia, ni otros trastornos relacionados con el alcohol o las drogas.

La prevención secundaria fue realizada en nuestro caso cuando el paciente acude a la Unidad Básica de Salud. La detección precoz se llevaba a cabo cuando: a) el trabajador daba positivo en un control de alcoholemia preventivo; b) por petición propia; c) al positivizar marcadores biológicos descritos relacionados con el consumo excesivo de alcohol (enzimas hepáticas, volumen corpuscular medio, triglicéridos y ácido úrico) durante la revisión médica laboral anual, y d) al detectar la presencia de drogas en orina, en cualquiera de los controles.

Esta estrategia fue secundada por un grupo de voluntarios no profesionales formados específicamente de entre los propios trabajadores de la empresa (tres trabajadores —entre ellos un delegado de prevención— y los propios trabajadores exdependientes), apoyados por el médico de empresa que constituyen un grupo de autoayuda y apoyo al trabajador afectado. Este grupo, en un ambiente de total confidencialidad y ayuda, trata cada caso específicamente con la mayor sensibilidad posible y, sobre todo, recordando que a partir de aquí nunca se iniciarán acciones punitivas con respecto al trabajador. El grupo se reúne semanalmente o siempre que se considere necesario.

Las técnicas de intervención breve que se utilizan consisten en el consejo médico encaminado a la modificación del patrón de consumo. Este consejo es personalizado e incluye: a) la información positiva sobre los beneficios de la moderación del consumo de alcohol y sobre el peligro de la ingesta excesiva; b) la negociación de la reducción, llegando a un pacto de consumo en la franja de bajo riesgo (14 Unidades/semana en la mujer y 21 Unidades/semana en el hombre)<sup>1-3</sup>, y c) la información sobre el peligro del consumo de drogas y recomendación de abstinencia.

El seguimiento del paciente se practica en visitas sucesivas, para reforzar y mantener el pacto, ya que el número de visitas parece guardar relación con una disminución en el consumo, aunque el consejo durante una única visita ha demostrado una reducción en el consumo de alcohol y/o drogas<sup>1-3</sup>.

El tiempo necesario para la primera entrevista en ambos tipos, incluyendo cuantificación del consumo, exploración, resultados analíticos, prueba de cribado-diagnóstico de dependencia (CAGE y MALT-Subjetivo y MALT-Objetivo) y asesoramiento, oscilaría entre los 15 y 20 minutos. Las sesiones de seguimiento no excederían los 10 minutos y en éstas se reiteraría el «pacto» de consumo establecido, una comprobación con los resultados clínicos y analíticos obtenidos y asesoramiento sobre los problemas surgidos. En el caso de tratarse de bebedores de riesgo y/o consumidores de drogas, se realizan controles anuales finalizado el primer año de seguimiento<sup>1</sup>.

Durante estos controles de seguimiento pueden aparecer diferentes conductas sobre el consumo (precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento, recaída, finalización), que debemos conducir y tratar con objetivos definidos y que han sido expuestos anteriormente por varios autores en la literatura científica<sup>1-8</sup>.

Tabla 2. Etapas, objetivos y responsables de los diferentes niveles preventivos en la campaña antidrogodependencias

Etapa	Objetivo	Responsable
Prevención primaria	Campaña de sensibilización	Centro de tratamiento residencial R-12, Oporto (Portugal)
Prevención secundaria	Detección precoz	Grupo de Autoayuda
Prevención terciaria	Asesoramiento	Estibarna
	Desintoxicación	Centro de tratamiento residencial R-12,
	Deshabitamiento	Oporto (Portugal)
	Tratamiento	
	Control de postratamiento	
Reinserción laboral	Reinserción laboral	Grupo de Autoayuda Estibarna

La responsabilidad en la prevención terciaria es realizada por un segundo nivel de atención sanitaria, que en nuestro caso se trata del centro de tratamiento especializado residencial R-12 situado en Oporto (Portugal). El centro sigue la metodología conocida como el modelo Minnesota o de abstinencia siguiendo el programa de los 12 pasos como programa terapéutico. El elemento clave de esta nueva aproximación al tratamiento de las adicciones es un plan individualizado para cada dependiente durante un mínimo de 90 días con implicación activa de la familia. La educación del paciente y su familia sobre la enfermedad adictiva configuran un programa de trabajo apretado durante todo el día en los siete días de la semana<sup>12-15</sup>. Una vez el trabajador afectado se reintegra a su situación habitual acude, por un lado, a las sesiones diarias de los grupos de autoayuda (alcohólicos anónimos, narcóticos anónimos) y, por otro lado, es ayudado a reintegrarse sociolaboralmente desde el grupo formado en nuestra empresa<sup>17</sup>. En la figura 1 se exponen las relaciones entre los elementos que compo-

nen el plan de prevención de drogodependencias en nuestro medio.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de muestras positivas en personal estibador son ligeramente inferiores a los presentados por otros autores<sup>18-20</sup>. De un total de 806 muestras de orina se identificaron 26 resultados positivos (3,2%). De éstos, se hallaron 17 muestras positivas a cocaína (65,4%), ocho a cannabis (30,8%), y una a anfetaminas y derivados (3,8%). La edad media de los trabajadores con muestras positivas fue de 26,4 años, con una antigüedad media en la empresa de 2,1 años. No existieron diferencias significativas en la edad media y antigüedad entre los diferentes grupos.

En cuanto al control de drogas en orina incluido en la revisión médico-laboral a los trabajadores de nuevo ingreso, se analizaron 486 muestras con un total de 20 re-

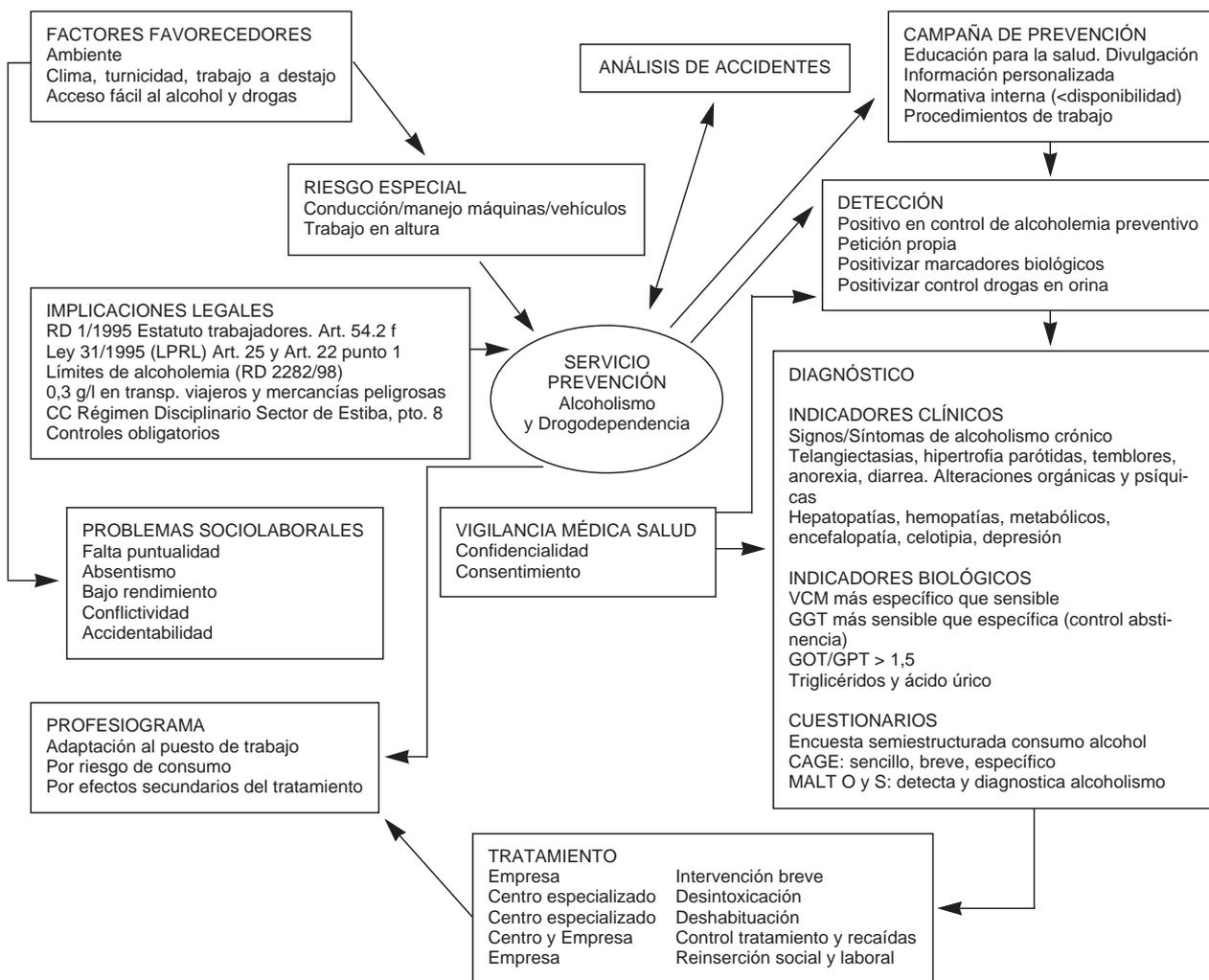


Figura 1.

sultados positivos (4,1%). De éstos, se hallaron 14 muestras positivas a cocaína (70%), cuatro a anfetaminas y derivados (20%) y dos a cannabis (10%). La edad media de los trabajadores con muestras positivas fue de 23,9 años. No existieron diferencias significativas en la edad media entre los diferentes grupos.

Por otro lado, se han realizado un total de 2.381 controles de alcoholemia en personal estibador que han ofrecido 6 resultados positivos (0,25%). La edad media de los trabajadores con muestras positivas fue de 51,2 años, con una antigüedad media en la empresa de 27 años.

Un total de cinco trabajadores han seguido el plan con resultados francamente satisfactorios al mantenerse abstinentes del consumo de drogas todos ellos e incluso en dos de los casos tras 2 años de seguimiento.

## DISCUSIÓN

La exposición de los resultados no pretende sino mostrar una experiencia en un campo de prevención con grandes dificultades para su detección y tratamiento, agravándose todavía más en el entorno laboral. En este sentido, creemos que no debemos olvidar una serie de elementos imprescindibles para llevar a cabo estos programas.

En primer lugar, la metodología del control debe ser muy bien conocida por los cuatro agentes del entorno laboral: técnicos del Servicio de Prevención, empresa, comité de empresa (Delegados de Prevención) y trabajadores. Segundo, la metodología debe estar documentada y apoyada legalmente, así como estar aprobada por los trabajadores. En tercer lugar, la empresa debe crear el clima propicio, nunca generando acciones punitivas, para que el trabajador afectado acuda o solicite ayuda especializada en su tratamiento. Cuarto, la empresa debe conocer y favorecer los recursos asistenciales de tratamiento especializado. Quinto, la empresa debe facilitar todos los medios necesarios a su alcance con el fin de la reincorporación laboral y velar por la reinserción social del trabajador afectado una vez ha finalizado el período de tratamiento residencial. Finalmente, en nuestro caso, la selección de un grupo de trabajadores sensibilizados por el problema y mínimamente formados puede ser una inestimable ayuda en la detección precoz de casos y en la generación de un clima de confianza hacia el plan.

En resumen, el plan ha permitido desarrollar una visión optimista del problema de las drogodependencias en el entorno laboral. Así, en nuestro caso, se ha generado un clima de confianza y colaboración a la vista de los resultados obtenidos en los trabajadores afectados, que han podido reincorporarse con plena disposición y garantías a su lugar de trabajo habitual. En este sentido, debe decirse que la detección precoz de casos es uno de los grandes campos de actuación sobre el uso de drogas en el medio laboral. A pesar de ello, creemos que en nuestro caso, tal y como ocurre con lo publicado por otros estudios<sup>20-23</sup>, se produce una infradetección de casos, sobre todo en el caso del uso de drogas, que dificulta la evaluación com-

pleta de la eficacia de los planes descritos. Aspecto este, de la evaluación, en la que es necesario seguir trabajando.

Finalmente, creemos que el presente plan puede constituir una herramienta de control para futuras evaluaciones periódicas, un apoyo al diagnóstico clínico precoz y al tratamiento terapéutico, como instrumento de disuasión al consumo, y por último, como herramienta importante en la medicina legal y en los servicios de prevención.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Alcohol en Atención Primaria. Programa de actualización en Medicina de Familia y Comunitaria 1997; 3 supl 4.
2. Estebanell MP, Uriel JA, Martín V, García-Pellicer MP, Esteban C, Córdoba R. Actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas. Aten Primaria 1992; 10: 539-42.
3. Aubà J. El consejo médico a los consumidores excesivos de alcohol. Aten Primaria 1993; 12: 166-72.
4. Surís JC, Parera N. Estudio sobre drogas y alcohol. El Periódico de Catalunya. 13 Abr 2000, 2-3.
5. World Health Organization (WHO). Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on phase II: a randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. Ginebra: WHO, 1992.
6. Peteeet JR, Brenner S, Curtiss D, Ferrigno M, Kauffman A. A stage of change approach to addiction in the medical setting. J. Gen Hosp Psychiatry 1998; 20: 267-73.
7. Farrell M. Addicted. BMJ 1999; 318: 404.
8. Moore DP. Treatment for alcohol-abusing workers. N Engl J Med 1992; 326: 1429-31.
9. Régimen Disciplinario del Sector de Estiba de 10 de Abril de 1996. BOE n.º 102, de 27 de Abril.
10. Ley 31/95, de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE n.º 269, de 10 de Noviembre.
11. Real Decreto 2282/1998, de 23 de octubre, por el que se modifican los artículos 20 y 23 del Real Decreto 13/1992 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento General de Circulación. BOE n.º 266 de 6 de noviembre.
12. Goodwin DW. Inpatient treatment of alcoholism -new life for the Minneapolis plan. N Engl J Med 1991; 325: 804-6.
13. Anderson DJ, McGovern JP, DuPont RL. The origins of the Minnesota model of addiction treatment -a first person account. J Addict Dis 1999; 18: 107-14.
14. Chappel JN, DuPont RL. Twelve-steps and mutual-help programs for addictive disorders. Psychiatr Clin North Am 1999; 22: 425-46.
15. Salaspuro M, Keso L. Alcoholism treatment and the Minnesota model. Lancet 1991; 338: 889-90.
16. Salaspuro M, Keso L. Alcoholism treatment according to the Minnesota model. Lancet 1991; 337: 1550.
17. Caldwell PE, Cutter HS. Alcoholics anonymous affiliation during early recovery. J Subst Abuse Treat 1998; 15: 221-8.
18. Swotinsky RB, Chase KH. The Medical Review Officer. J Occup Med 1990; 32: 1104-7.
19. Atherley GR, Bresnitz EA, Cullen MR, Falk LA, Fine LJ, Goldman RH y cols. Drug screening: ethical guidelines. J Occup Med 1987; 29: 300-6.
20. Schuckit MA, Tipp JE, Smith TL, Buchholz KK. Periods of

- abstinence following the onset of alcohol dependence in 1853 men and women. *J Stud Alcohol* 1997; 58: 581-9.
21. Scotch FL, Flegler-Berman L, Shaffer HJ. Evaluating the impact of a clinical training program in the addictions. *Subst Use Misuse* 1997; 32: 1331-48.
  22. Terenius L. Rational treatment of addiction. *Curr Opin Chem Biol* 1998; 2: 541-7.
  23. Avila Escribano JJ, Pérez Madruga A, Rodríguez Treceno M. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1994; 22: 6-12.