

# El abordaje de las drogodependencias en el mundo laboral. Experiencia en el sector del transporte

*Cabrero, E<sup>a</sup>.; Posé, E<sup>b</sup>.; Luna, A<sup>c</sup>.*

---

## RESUMEN:

Las principales actuaciones sobre drogodependencias acontecidas en el medio laboral durante los últimos 30 años han sido revisadas, mostrando la prevalencia de los diferentes consumos de sustancias tóxicas, en el ámbito español y en diferentes sectores de la producción. Igualmente, se describen los principales programas implantados por la Dirección de los Servicios Médicos de la Red Nacional de los Ferrocarriles Españoles y sus principales logros. También se exponen los diversos programas contra las drogodependencias y el alcoholismo existentes en las empresas (de asesoramiento y referencia, preventivos, disuasorios y asistenciales), así como diversas actuaciones desafortunadas realizadas por algunas empresas en relación con este problema. Por último, se anima a corresponsabilizarse a empresarios, representantes sindicales y responsables de los servicios de prevención (Unidad Básica de Salud) en el enfoque, diseño de programas contra el alcoholismo y las otras drogodependencias en la empresa, además de en la detección y seguimiento de la reinserción laboral de los pacientes afectados por estas enfermedades. También se recomienda la inclusión con fines preventivos de preguntas relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en los protocolos de los exámenes de salud de riesgos laborales de los trabajadores.

## PALABRAS CLAVE:

Salud laboral. Población ferroviaria. Alcoholismo. Tabaquismo. Drogodependencias. Programas preventivos. Programas asistenciales.

---

# Approaching drug-addiction in the workplace. Experiences in the Transport Sector

## SUMMARY:

A review of the main interventions on drug-dependencies which took place in the workplace for the last 30 years was carried out. It showed the prevalence of the different consumptions as a general level in Spain as well as particular studies carried out in several other economic sectors. The main programmes against drug-dependencies implemented by Occupational Service Management of the National Railway Network of Spain and their main achievement are related. Also, several company programmes against drug-dependencies are exposed (advice and reference, prevention, dissuasion and treatment), as well as, some inadvisable actions realised by some companies in relation to this problem. Employers, trade unionists and personnel of prevention services (occupational health units) must encourage co-responsibility in the approach, implementation, detection and surveillance of the occupational reinstatement of these patients (sick workers). The inclusion of the answers related to the consumption of alcohol, tobacco and other drugs with the only preventive aim in all healthy questionnaires of the workers' check-ups about industrial risks is recommended.

## KEY WORDS:

Occupational health. Railway-working population. Alcoholism. Smoking habit. Drug-dependencies. Preventive programmes. Treatment programmes.

---

a Servicio Médico de RENFE de Valencia y Murcia.

b Servicio de Prevención de la Diputación Provincial de Málaga.

c Cátedra de Medicina Legal y Toxicología de la Universidad de Murcia.

## Correspondencia:

E. Cabrero Cabrero  
Jefe del Servicio Médico  
Avda. de Salamanca, 1  
Estación de RENFE  
03005 Alicante.

Teléfono: 965 92 65 66 Fax: 965 12 40 50

E-mail: estanislaocabrero@ono.com

## INTRODUCCIÓN

La alteración del comportamiento debido al consumo de sustancias tóxicas tiene una repercusión negativa sobre el trabajo, tanto si se consume alcohol de forma abusiva como sustancias ilícitas o psicofármacos<sup>1,2</sup>. En España, con excepción del consumo de las bebidas alcohólicas, el tabaco y los medicamentos registrados por Sanidad, el consumo de todos los demás tóxicos (*cannabis*, heroína, cocaína, derivados anfetamínicos, alucinógenos, etc.) es considerado ilegal. También existen medicamentos de venta en farmacias que no precisan de prescripción médica y que se usan o se han usado con fines adictivos, como son los analgésicos, ansiolíticos, antidepresivos, tranquilizantes, anorexígenos, etc. Pero, desde el punto de vista laboral, también es ilegal el consumo de cualquier sustancia que pueda modificar las condiciones psicofísicas del trabajador, por lo que el consumo de alcohol y psicofármacos poseen esta consideración de ilegalidad en trabajos de riesgo<sup>3</sup>.

El tabaco, que es la segunda sustancia tóxica más consumida, después del alcohol, no parece que vaya a afectar de forma importante el comportamiento de los individuos en el trabajo, aunque a medio y largo plazo sí va a producir efectos deletéreos sobre su salud (bronquitis, cánceres, infarto agudo de miocardio, etc.)<sup>4,5</sup>. El consumo de todas las demás sustancias durante la jornada laboral o en las horas previas inmediatas a la misma va a producir una alteración del comportamiento del trabajador y efectos perjudiciales sobre su salud psíquica, física y social a corto, medio y largo plazo.

## ANTECEDENTES

La Unión Europea considera a la empresa, junto con la familia y la escuela, uno de los pilares básicos de abordaje de las drogodependencias<sup>6,7</sup>. El fenómeno social de las drogodependencias afecta básicamente al adulto en la etapa productiva de su vida y le produce una pérdida importante de salud, además de tener unas repercusiones económicas considerables para las empresas y la sociedad, lo que hace rentable un programa dirigido a la detección, tratamiento y reinserción de los trabajadores afectados, con la finalidad de promocionar la salud del trabajador y evitar las consecuencias perjudiciales que las drogodependencias pueden ocasionarle a él mismo, a sus propios compañeros y a terceros<sup>8</sup>. Estas consecuencias deben evitarse sobre todo en el caso de los trabajadores de riesgo especial, que manipulan sustancias o energías potencialmente peligrosas (productos tóxicos, explosivos, alta tensión, centrales nucleares, etc.), y otros trabajos relacionados con la seguridad pública (control del tráfico aéreo, marítimo o ferroviario, conductores de transportes públicos, miembros de la policía, bomberos o militares, profesionales de los servicios médicos, en especial de las urgencias médicas), que no pueden permitirse estar bajo la influencia de las drogas o el alcohol u otras situaciones derivadas de su uso, como la abstinencia, cuando están de servicio<sup>9-12</sup>.

La percepción sociolaboral dada a las personas que presentan un patrón de consumo abusivo de determinadas sustancias ha sido la impuesta por el conocimiento que la sociedad, la empresa y la propia medicina laboral han ido

adquiriendo. En nuestro país, en un primer momento, las empresas procedieron a la aplicación del Estatuto de los Trabajadores promulgado en 1979, fecha casi coincidente con la aparición del fenómeno del consumo de drogas ilegales entre los trabajadores, motivo por el que la respuesta inicial dada se puede resumir en el despido. Posteriormente, aquellas empresas en las que la representación sindical tuvo un peso fuerte optaron por la inaptitud para su puesto de trabajo y, finalmente, por el desarrollo de un Programa contra las drogodependencias y el alcoholismo, que pretende la máxima recuperación de la salud del trabajador y su reinserción laboral y social<sup>13,14</sup>.

En España, a nuestro modo de ver, el intento de abordar de forma global y seria el problema de las drogodependencias en la empresa tiene fecha reciente y viene suscitado por el carácter de epidemia que adquiere a principios de los años ochenta el consumo de drogas, diferentes del alcohol y del tabaco<sup>14,22</sup>. En esta evolución hay que recordar que hace veinte años, al inicio de los ochenta, ya se observaban las consecuencias del consumo de drogas en las empresas, y no se trataba sólo del consumo de alcohol, que era clásicamente tolerado siempre que el trabajador no originase problemas por «no saber beber». A final de los años ochenta se comienza a reconocer la existencia de trabajadores con problemas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, tanto en las empresas como en las centrales sindicales. Así al menos ocurría en los servicios médicos de las principales empresas y mutuas españolas (empresas como Iberia, RENFE, Metro, etc., que parecen tener una mayor obligación de garantizar el buen estado psicofísico de sus trabajadores). Cuando las centrales sindicales mayoritarias (UGT y CCOO) expusieron cuáles eran sus respectivas políticas frente a los trabajadores que consumen drogas, el servicio médico pudo ser más operativo a la hora de abordar este tema.

## EPIDEMIOLOGÍA Y MAGNITUD DEL PROBLEMA

El último gran estudio realizado en España fue llevado a cabo en 1996 por EDIS en colaboración con la FAD<sup>22</sup>. Entre los resultados obtenidos, podemos destacar los siguientes: 1) Un 78,8% de los trabajadores toman diariamente bebidas alcohólicas con un consumo medio de unos 70 ml de etanol puro al día, de los que un 14,4% serían bebedores excesivos con consumos superiores a los 75 ml de etanol puro al día. 2) Un 48,3% de fumadores diarios de tabaco con un consumo medio de unos 10 cigarrillos al día. 3) Un 12,1% de los entrevistados consumen medicamentos más de una vez por semana con fines no exclusivamente terapéuticos. 4) Finalmente, entre un 3 y un 4% consumen más de una vez por semana drogas ilegales.

La variación en el consumo de las diferentes sustancias, desde el anterior estudio de EDIS-UGT en 1987<sup>21</sup>, ha mostrado una disminución del 9,7% en el caso de los consumidores excesivos de alcohol, un descenso del 5,8% en el número de fumadores habituales de tabaco, la consideración de los psicofármacos como drogas de abuso y el mantenimiento de la prevalencia global del consumo de drogas ilegales.

El consumo de tabaco en población trabajadora (ver Tabla 1) ha sido estudiado ampliamente, aunque todavía

**Tabla 1.** Resultados de los principales estudios sobre consumo de tabaco en trabajadores.

Autor (referencia)	Año	Ámbito	Sector	Consumo medio cigarrillos/día	No Fumadores	Ex Fumadores	= 20 cig./día	>20 cig./día
UGT (21)	1987	Nacional	Todas		45,9%			
Pascual (43)	1990	Madrid	Ferrocarril		49,0%		23,0%	28,0%
Cabrero (44)	1996	Levante	Ferrocarril	10,7±13,0	48,7% <sup>1</sup>		31,6%	19,7%
Morales (37)	1996	Valencia	Mar		21,4%	7,7%	55,4%	15,3%
Gea (38)	1996	Cartagena	Mar		33,0 <sup>1</sup>			
FAD (22)	1996	Nacional	Todas	18,1 <sup>2</sup>	47,4%		39,7%	12,9%
Alonso (45)	1999	Galicia	Sanidad		33,8%	30,6%		
Mira (46)	1999	Barcelona	Transporte		47,0	10,7%		
Gil (40)	2000	Nacional	Sanidad		31,7%	28,3%		
Cabrero (7)	2001	Levante	Ferrocarril	10,4±13,1	32,1%	16,7%	34,9%	16,4%

1 Incluye exfumadores. 2 Consumo medio de los que consumen.

faltan por incluirse algunas variables más, como la edad del primer consumo, la edad de inicio en el consumo regular, el nivel de motivación para dejar de fumar según el test de Richmond, el nivel de dependencia según el test de Fagerström, los intentos de abstinencia definitivos, etc., que dejan el campo abierto a trabajos futuros y a programas de intervención sobre el tabaquismo<sup>23-25</sup>.

En las Tablas 2 y 3 se presentan los resultados de los principales estudios sobre el consumo excesivo de alcohol entre los trabajadores desde 1970. Aunque en el transcurso de estos años los tipos de consumo han cambiado, con el incremento de las bebidas destiladas y los combinados, lo que más ha variado ha sido el criterio de inclusión de bebedor excesivo, que se ha reducido progresivamente a la mitad y a un cuarto del consumo inicial. Así, hemos pasado de

considerar bebedor excesivo a aquel que consumía por encima de los 150 ml de alcohol puro y día de 1970<sup>26,27</sup>, al que consumía por encima de 1 g/kg de peso y día para el hombre o 0,5 g/kg de peso y día para la mujer de mediados de los años ochenta<sup>28,29</sup>, para llegar al actual criterio de superar los 280 g de alcohol a la semana para el hombre y los 168 g para la mujer, o la ingestión de 80 g un solo día al mes. Últimamente, se ha creado el concepto de unidad de bebida alcohólica (UBA) o estándar que equivale a unos 8-10 g de alcohol etílico puro por unidad. Esta cantidad está contenida en unos 200 ml de cerveza, 100 ml de vino o 25 ml de las bebidas destiladas de alta graduación. Con este concepto se define como bebedor de riesgo a aquel individuo que consuma más de 35 UBA a la semana si es hombre, 21 UBA si es mujer, o a cualquiera que consuma 10 o más UBA, aunque fuese una sola vez al mes<sup>30-32</sup>.

Pero este no es el único problema, puesto que cada autor considera criterios de inclusión de consumidor excesivo de alcohol diferentes: las ya referidas cifras de consumo obsoletas, los marcadores biológicos de consumo crónico de alcohol (volumen corpuscular medio, alanino aminotransferasa, aspartato aminotransferasa, gamma glutamiltranspeptidasa, transferrina deficiente en carbohidratos, alcohol deshidrogenasa, etc.) o cuestionarios de detección (encuestas de consumo, CAGE, MALT, MAST, AUDIT, etc.), lo que dificulta muchas veces la comparación<sup>12,28,33-36</sup>. Así, en la encuesta efectuada por Morales y cols. (1996) a 707 trabajadores del mar de Valencia, un 15,8% dice consumir alcohol de forma elevada<sup>37</sup>. Gea y cols. (1996) realizan la misma pregunta a 304 trabajadores del mar en Cartagena y obtienen un 12,3%, mientras que en una encuesta de consumo a una muestra de 112 de estos mismos trabajadores observan que los días laborables el 46,4% de ellos consumen por encima de 80 g/día, y los días festivos lo hace el 77,4% de los mismos<sup>38</sup>, un criterio que viene a indicar que sería suficiente consumir dicha cantidad un solo día al mes para ser considerado bebedor de riesgo<sup>31</sup>.

La Tabla 4 incluye los datos relativos al consumo de drogas ilegales. Hemos recogido en algunos estudios la prevalencia de la droga más consumida, que suele ser el

**Tabla 2.** Prevalencia del consumo excesivo de alcohol por los trabajadores según diversos estudios.

Autor (referencia)	Año	Ámbito	Sector	%
Coullaut (26)	1970	Nacional	Ferrocarril	14,0
Cantera (47)	1980	Cantabria	Todas	40,0
Estévez (48)	1982	Asturias	Metalurgia	7,0
UGT (21)	1987	Nacional	Todas	24,1
Pascual (43)	1990	Madrid	Ferrocarril	7,0
Pacheco (49)	1993	Murcia	Aviación	0,3
Aubà (51)	1993	Barcelona	Transporte	20,0
Cabrero (52)	1994	Levante	Ferrocarril	8,4
Girela (53)	1994	Granada	Varios	27,0
Aurrekoetxea (54)	1995	Vizcaya	Siderurgia	29,5
González (55)	1996	Asturias	Ferrocarril	21,0
Cabrero (56)	1996	Levante	Ferrocarril	8,9
Cabrero (44)	1996	Levante	Ferrocarril	8,5
Morales (37)	1996	Valencia	Mar	15,8
Gea (38)	1996	Cartagena	Mar	46,4
FAD (22)	1996	Nacional	Todas	14,4
Cabrero (7)	2001	Levante	Ferrocarril	11,1

**Tabla 3.** Consumo de alcohol por los trabajadores según diversos autores.

Autor (referencia)	Año	Consumo <sup>1</sup> (ml/d)	Abstemios	<25 ml/d	26-75 ml/d	>40 ml/d	>75 ml/d
Cantera <sup>2</sup> (47)	1980	100,9±68,6	9,8%				>40,0%
UGT (21)	1986	72,3	29,8%	19,4%	26,7%		24,1%
Aubà (51)	1993	24,1±22,6				20,0%	
Aurrekoetxea <sup>3</sup> (54)	1995		30,4%			43,8%	29,5%
González (55)	1996						21,0%
Cabrero	1996	19,9±21,3	34,2%	33,6%	63,7%	17,2%	2,7%
Morales (37)	1996		48,3%				
Gea (38)	1996	109,7±69,0					
FAD (22)	1996	70,2	20,4%				19,9%
Cabrero (7)	2001	18,3±17,8	21,1%			11,1%	

1 Media ± desviación estándar. 2 El 40,0% es para cantidades de 100 ml/día o más. 3 El 43,8% es para cantidades de 300 g/semana o más, y el 29,5% para 100 g/día o más.

*cannabis*, de modo que suponemos que el consumo ha de ser mayor dado que algún trabajador consumirá otras drogas.

En cuanto a sexo, predominan los trabajadores masculinos en todos los consumos, pero debemos resaltar que el tabaco se extiende cada vez más entre las trabajadoras, lo que iguala los consumos por sexos, y en muchos sectores incluso lo encabezan las mujeres, sobre todo las trabajadoras de los niveles socioprofesionales más elevados<sup>39-41</sup>. Este fenómeno de mayor consumo en las trabajadoras de nivel socioprofesional más alto respecto a las de nivel más bajo también podría verse reflejado en un futuro próximo en el consumo de alcohol, al menos ésta ha sido nuestra experiencia, aunque no haya resultado significativa<sup>42</sup>.

**Tabla 4.** Prevalencia del consumo de drogas según diversos estudios.

Autor	Año	Ámbito	Sector	%
UGT <sup>1</sup> (21)	1987	Nacional	Todas	>3,8
Gómez-Acebo <sup>2</sup> (16)	1987	Nacional	Ferrocarril	3,9
Estévez (15)	1987	Asturias	Metalurgia	0,2
Lareo <sup>1</sup> (18)	1987	Nacional	Aviación	>1,0
Cabrero <sup>2</sup> (56)	1996	Levante	Ferrocarril	3,6
FAD <sup>1</sup> (22)	1996	Nacional	Todas	>3,6
González <sup>2</sup> (57)	2000	Barcelona	Mar	3,6
Cabrero (7)	2001	Levante	Ferrocarril	1,1

(1) Se da la prevalencia de la droga más consumida (en los tres casos *cannabis*). (2) Contienen candidatas a ingreso.

## EXPERIENCIA EN EL SECTOR DEL TRANSPORTE

Entre los años 1977 y 1979, realizamos un primer estudio en una empresa del ramo del metal, con una plantilla media

de 3.820 trabajadores/año, encontrando una sola baja con el diagnóstico de alcoholismo entre 7.851 procesos de incapacidad temporal<sup>58</sup>. En aquel momento, las preocupaciones de la medicina laboral en este campo no estaban centradas en el consumo de las demás drogas. El problema entonces era poder decir qué hacíamos y qué habíamos encontrado<sup>15,58</sup>, máxime con la reciente promulgación en aquellos años del Estatuto de los Trabajadores (1979), por lo que tuvimos que esperar un tiempo para poder decirlo.

Estudios realizados en el Levante sobre el consumo de alcohol en otros medios de transporte, como el aéreo, por Pacheco y cols. (1993, 1994) detectan un 0,3% de consumidores excesivos de alcohol, utilizando como método de detección marcadores bioquímicos de consumo crónico y reciente de alcohol<sup>49,50</sup>. También el ya comentado de Gea y cols. (1996), que detectan un 46,6% de trabajadores del mar como consumidores excesivos mediante una encuesta de consumo<sup>38</sup>, observándose dos prevalencias extremas. Parece lógico que entre pilotos militares y civiles el consumo de alcohol sea el más bajo, algo que se explica por la preparación continuada, el nivel de cualificación profesional, la exigencia en el mantenimiento de la licencia de volar, etc., mientras que entre los marineros de barcos mercantes y de pesca no sólo no se dan estas circunstancias, sino que además existe una subcultura de consumo, desarraigo, aislamiento social, etc., que pueden favorecerlo<sup>59</sup>.

Hemos realizado varios estudios sobre el transporte ferroviario en la zona del Levante español, que hemos recogido en la Tabla 5. El consumo de sustancias tóxicas presenta diferente prevalencia según sea la finalidad buscada, como ya hemos dicho. En nuestro caso se trataba de las consecuencias del consumo de las diversas sustancias tóxicas, la comprobación de métodos diagnósticos clínicos (test de Le Gô, encuesta de consumo, test de CAGE, etc.), su comparación con los marcadores biológicos clásicos (volumen corpuscular medio, alanino aminotransferasa, aspartato aminotransferasa, gamma glutamiltranspeptidasa, etc.), la reinserción laboral entre los trabajadores afectados por las drogodependencias, etc.<sup>7,42,44,56</sup>.

**Tabla 5.** Prevalencia de las drogodependencias según diferentes estudios realizados entre la población ferroviaria en la región de levante

Período	Drogas %	Alcohol %	Tabaco %	Trabajadores estudiados N	Trabajadores totales N	Objetivo (referencia)
1988-92	3,6	8,4	-	800	1.357	Consecuencias de las drogodependencias (56)
1988-92	-	8,6	51,3	152	405	Evaluar el test de Le Gô (44)
1993-95	1,4	5,6	-	993	1.208	Reinserción profesional y drogodependencias (7)
1996-97	1,1	11,4	50,6	650	1.063	Evaluar encuesta de consumo de alcohol (7)
1999	0,0	9,9	50,0	193	913	Evaluar el test de CAGE (7)

Así pues, realizamos un estudio para comprobar cuáles eran las consecuencias del consumo de las diversas sustancias tóxicas entre 1988-92 y encontramos una prevalencia de un 8,4% de consumidores excesivos de alcohol, de  $45,8 \pm 12,7$  años (media  $\pm$  desviación estándar), y un 3,6% consumidores de tóxicos ilegales, de  $27,6 \pm 8,3$  años, consumiendo el 2,6% *cannabis*, el 0,7% cocaína y 0,3% opiáceos. Hubo 5 casos de politoxicomanía y no hubo ninguna mujer entre los consumidores de ambos grupos. Las toxicomanías fueron responsables del 26,7% de los casos de no incorporación al primer empleo y del 47,3% de los cambios de puesto de trabajo: el 8,8% por traslado a otra ciudad y el 23,3% por deterioro psicoorgánico (reinserción laboral), mientras que el 15,2% causó baja prematura en la empresa. También fueron importantes las consecuencias de absentismo y accidentalidad, respectivamente, que referidos a la totalidad de la plantilla resultaron entre 1,5 y 2,0 veces superiores en los consumidores excesivos de alcohol y entre 4,0 y 4,5 veces más en los consumidores de sustancias tóxicas ilegales<sup>56</sup>. Gómez-Acebo (1987) obtiene un 3,9% de positivos a drogas ilegales en 10831 determinaciones analíticas a trabajadores y aspirantes en nuestra empresa<sup>16</sup>.

En otro colectivo de la misma empresa y durante el mismo período observamos que el 51,3% de nuestros trabajadores fumaban tabaco, con un consumo de  $10,7 \pm 13,0$  cigarrillos/día<sup>44</sup>.

En otro estudio, realizado también en el mismo período, encontramos un 8,9% de consumidores excesivos de alcohol de  $45,9 \pm 10,4$  años, entre los que se encontraba una mujer. En este caso lo que investigábamos eran las tasas de absentismo y de accidentalidad (frecuencia y duración), que fueron entre 1,6 y 4,1 veces superiores en los consumidores excesivos de alcohol respecto a los que o bien lo consumían ocasionalmente en cantidades moderadas, o bien eran abstemios ( $P < 0,05$ )<sup>42</sup>.

En un estudio realizado durante el período 1993-95, en el que analizábamos las causas médicas de la readaptación laboral, pudimos observar que la prevalencia del alcoholismo era del 5,6%, mientras que la de las otras drogodependencias era del 1,1%<sup>7</sup>. A pesar de dicha prevalencia, el alcoholismo era responsable del 26,6% de los casos de readaptación laboral, el consumo de *cannabis* del 5,7% y el consumo de heroína y de cocaína del 0,5% cada uno. Las demás patologías agrupadas por especialidades médicas eran: endocrinología-hematología-metabolismo (24,3%), audición (15,7%), cardiovascular (13,8%), psiquiatría-neurología (7,1%), visión (2,9%), locomotor (1,9%) y respiratorio (1,0%).

Finalmente, hemos introducido el test de CAGE en 1999 como método diagnóstico, en su modalidad conocida como «cuestionario general de hábitos de vida», que complementa la encuesta de consumo de alcohol y forma parte además del protocolo de estudio del alcoholismo dentro de nuestro trabajo. Mediante este cuestionario, aplicando el criterio más restrictivo de una respuesta positiva, hemos observado un 9,9% de trabajadores dependientes de alcohol; también en este mismo estudio hemos detectado un 50,0% de fumadores de tabaco y ningún caso de consumo de las otras drogas<sup>7</sup>.

En estos años de trabajo en el campo de las drogodependencias, se han podido introducir preguntas directas sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias (encuesta de consumo de alcohol, test de CAGE) y utilizar los métodos indirectos (marcadores biológicos de consumo crónico de alcohol, test de Le Gô) como método de apoyo (7,44,56). Estas iniciativas requieren de un trabajo continuado y eficaz que debe contar con el apoyo de los representantes sindicales y de la dirección<sup>2</sup>.

#### PLAN DE ACCIÓN CONTRA LA DROGODEPENDENCIA Y EL ALCOHOLISMO DE RENFE

La implantación, puesta en práctica y seguimiento de este Plan están a cargo de la Dirección de Servicios Médicos y el coste del mismo al Fondo de Política Social de la empresa.

Los resultados del Plan de Acción contra la Drogodependencia y el Alcoholismo de RENFE para el período de 1990-2000, empresa que con una plantilla media de 41.705 trabajadores, 38.323 de ellos hombres (91,9%) y 3.382 mujeres (8,1%), ha permitido tratar a 648 ferroviarios con problemas derivados del consumo de alcohol y/o drogas (1,6%). Centrándonos en el período 1990-97, que incluía a 477 trabajadores con problemas derivados del consumo de alcohol y/o drogas ilegales (1,1%), observamos que en la empresa la proporción de mujeres era menor, pero también eran menos las que se veían afectadas por el consumo de drogas, datos que, expresados de forma estadísticamente significativa, corresponderían a 465 hombres (97,5%) y 12 mujeres (2,5%) ( $P < 0,00001$ ). En segundo lugar, podemos resaltar que la edad media era de 39,8 años, siendo la de los consumidores de alcohol de 43,4 años y la de los consumidores de opiáceos, *cannabis* y cocaína en torno a los 36,0, mientras que la de los consumidores de las otras drogas era de 33,5 años ( $P < 0,00001$ ). El alcoholismo está presente en el 53,7% de estos trabajadores, seguida del consumo de

opiáceos (30,0%), y del consumo de *cannabis* (14,5%), de cocaína (11,5%) y de otras drogas (éxtasis, *speed*, benzodiazepinas, anfetaminas y barbitúricos, 2,5%). La politoxicomanía con dos sustancias tóxicas fue observada en el 10,3% de los ferroviarios con problemas de consumo, con tres en el 1,3% y con cuatro en el 0,6%<sup>13</sup>.

Un primera conclusión de los resultados nos lleva a afirmar que alrededor del 10% de los trabajadores consumen alcohol en exceso y entre un 3 y un 4% consumen algún tipo de droga, pero sólo entre un 1 y un 2% presentan problemas en el trabajo como consecuencia de su consumo.

En los siguientes apartados se revisan los aspectos éticos, legales y técnicos del programa

## ASPECTOS ÉTICOS

Este es un tema en el que resulta muy fácil transgredir la ética profesional, dados los apoyos terapéuticos y las fuentes de detección que se precisan (mandos, compañeros, representantes sindicales, familia, técnicos de prevención, profesionales parasanitarios), puesto que todos nos transformamos en agentes para la salud. Las normas mínimas que se desarrollen deben ser consensuadas con la representación de los trabajadores, traducidas a un texto laboral y estar presentes sea cual sea el tipo de programa que creemos que ha de implantarse en nuestra empresa (de prevención, asistencial, disuasorio, de detección, de asesoramiento, etc.)<sup>12,60,61</sup>.

Para aquellos programas que efectúan detección de drogas en el puesto de trabajo, cualquiera que sea su orientación, las normas de la *American Occupational Medical Association* pueden ser de gran utilidad. A modo de resumen, estas normas son<sup>62</sup>: 1) Las normas deben estar escritas. 2) Debe existir una necesidad empresarial razonable para realizar la detección de drogas entre los trabajadores. 3) Los trabajadores y los candidatos a ingresar en dicha empresa deben estar informados de que se realizan pruebas de detección de alcohol y/o drogas. 4) Si en la empresa se realizan controles de detección, ha de informarse previamente a los trabajadores, que poseerán garantías de imparcialidad. 5) Los trabajadores deben dar su conformidad por escrito. 6) La recogida, el transporte, el análisis y la comunicación de los resultados deben aportar todas las garantías legales, técnicas y éticas y deben ser supervisadas por un médico. 7) Los resultados serán valorados por un médico. 8) Los resultados se comunicaran al interesado. 9) Los trabajadores deben ser informados de la disponibilidad de recursos para el tratamiento de quienes den positivo en las pruebas. 10) La comunicación al empresario contendrá únicamente la información necesaria a efectos de la asignación de puestos de trabajo.

En 1983, RENFE esboza un primer plan contra el alcoholismo, que se ve desbordado por la aparición casi simultánea de los problemas derivados de las otras drogodependencias, hasta que en 1985, y tras sucesivos acuerdos con la representación sindical, se elaboran unas normas que serán el embrión del Plan de acción contra las drogodependencias y el alcoholismo (1989), cuyo contenido coincide con las normas éticas de la *American Occupational Medical Association* (1986), que expresa una misma respuesta a un mismo problema<sup>62</sup>.

## ASPECTOS LEGALES

La legislación española presenta un enfoque dispar de la enfermedad de las drogodependencias. Por un lado, se protege al enfermo y se promueve la salud, entre otras leyes en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (1995) que establece que para prestar servicio en determinados puestos de trabajo el trabajador que los desempeña tiene que reunir unas condiciones psicofísicas determinadas, entre las que puede estar el no encontrarse bajo la influencia del consumo de bebidas alcohólicas, medicamentos o psicofármacos, y que dichos puestos se definirán con la colaboración y consenso de los miembros del Comité de Seguridad y Salud. Entre estos puestos están los que entrañan un peligro para él mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa. Así pues, queda abierta la posibilidad de determinar alcohol o drogas para la realización de determinados puestos de trabajo de especial riesgo<sup>63</sup>.

Por otro lado, el Estatuto de los Trabajadores (1979) recoge que el alcoholismo y la drogodependencia, si repercute negativamente en el trabajo, puede ser motivo de sanción o despido. Pero además, pueden ser igualmente motivo de sanción o despido las conductas que el drogodependiente suele mantener en el trabajo: faltas y retrasos, desobediencia a los superiores, peleas y disputas con compañeros y superiores, hurtos y robos, etc.<sup>64</sup>. Los efectos sancionadores de esta Ley hacen que médicos del trabajo y representantes sindicales sean reacios a que se investigue este tema en la empresa. Del mismo modo, los médicos de atención primaria, por miedo a represalias, eludían expresar estos motivos en los partes de incapacidad temporal, y cuando se realizaba el diagnóstico, normalmente se expresaban trastornos psiquiátricos o cuadros orgánicos coincidentes o derivados de las drogodependencias (depresión, psicosis, hepatitis, absceso, bronquitis, etc.), lo que ha dificultado el conocimiento exacto de este problema en las empresas. Afortunadamente, el Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha manifestado la intención de derogar este artículo del Estatuto de los Trabajadores.

## ASPECTOS TÉCNICOS

En el caso de determinar el alcohol en la empresa, suele usarse como método de criba la medición del alcohol en el aire espirado, que en caso de dar positivo debe confirmarse mediante la determinación de alcohol en sangre<sup>12,52,65</sup>. Si se opta por realizar determinaciones de drogas, porque las características de los trabajos que se realizan en ella así lo aconsejan, hemos de tener en cuenta una serie de aspectos técnicos que debe cumplir el laboratorio de referencia<sup>12,56</sup>.

Estas garantías técnicas analíticas se concretan en la realización de una primera prueba de detección y una segunda de confirmación. La verificación de la sustancia tóxica en la orina se efectúa mediante enzimo-inmunoensayo, una prueba de bajo coste y de rápida comprobación, y la confirmación por cromatografía de gases/espectrofotometría de masas, más costosa pero más exacta y fiable. También se utiliza el pH urinario (N<8,0) y la determinación de la creatinuria (N>0,50 g/l) como parámetros de referencia para evitar fraudes<sup>12,56</sup>.

También, debemos conocer la cadena de custodia para garantizar aspectos éticos y legales sobre la procedencia de la

muestra analizada<sup>2,12</sup>. Esto exige una serie de procedimientos que aseguren no sólo la fiabilidad de los resultados, sino también la integridad de la muestra, y que eviten además las manipulaciones que puedan dar lugar a falsos resultados (contaminación intencional, cambio, etc.). Para ello se precisa lo siguiente: 1) Un documento en el que el trabajador dé su conformidad y en el que informe de los medicamentos que consume y que puedan interferir la prueba. 2) El individuo debe emitir la orina lo más ligero posible de ropa, de modo que no pueda llevar una muestra oculta, lo hará detrás de un biombo o en un aseo con la llave de paso cerrada o con el agua coloreada y, en casos extremos, se comprobará mediante la proximidad la veracidad de la muestra por la audición de los sonidos de descarga corporal de la orina y la temperatura de la misma en el frasco cuando está recién emitida. 3) Los envases serán perfectamente identificables y la toma será doble, una para análisis y otra para contraanálisis, si procede. Estarán firmados por el interesado y el sanitario responsable de la muestra, en nuestro país, médico del trabajo o enfermero de empresa. 4) Los frascos tendrán un cierre antiapertura fuera del laboratorio, mediante un tapón autoprecintado.

Otro aspecto importante que debemos conocer es que las sustancias tóxicas legales e ilegales y los medicamentos usados con fines adictivos tienen un periodo variable de eliminación del organismo, dependiendo de su cantidad, de las características del consumo y de su biotransformación, que interfieren con su determinación en la orina y, en muchos casos, no coinciden con un consumo dentro de la jornada laboral ni, incluso, en los días laborales previos. Así, los periodos de detección son desde horas para el ácido lisérgico o el alcohol, de uno o dos días para el éxtasis, de dos a cuatro días para los derivados opiáceos, anfetaminas y cocaína, y de hasta varias semanas para *cannabis*, barbitúricos, benzodiacepinas y fenciclidina. Ante un resultado positivo, nosotros sólo conoceremos que ha existido un consumo reciente, pero no un consumo crónico, dependiente o abusivo<sup>12,66,67</sup>.

## PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Estos pueden ser de tres clases: programas de asesoramiento y referencia, preventivos (entre los que se encuentran los disuasorios) y asistenciales<sup>8</sup>. Revisemos las características más importantes de cada uno de ellos.

Los programas de asesoramiento y referencia consisten en que una vez ha sido detectado un trabajador con problemas de consumo de alcohol y/o drogas, se le debe aconsejar y remitir a un centro especializado de tratamiento de las drogodependencias, público o privado. Este tipo de actuaciones debería ser el punto mínimo que se incluyera en todos los convenios colectivos de un sector económico o reglamentos de régimen interior de las empresas como proceder indispensable en estos casos<sup>8,12,14</sup>, por lo que debería aplicarse en las pequeñas y medianas empresas, siempre que no tuvieran trabajos de especial riesgo.

Los programas preventivos tienen como finalidad educar al trabajador con el objetivo de evitar la enfermedad. Las empresas que tienen programas preventivos pueden incorporar alguna o varias de las actividades siguientes<sup>12,68</sup>: 1) De investigación, que pretenden profundizar en el fenómeno de las drogodependencias. 2) Informativas, para sensibilizar al mayor número posible de trabajadores. 3) Formativas, generales para todos los trabajadores

o más específicas para mandos, representantes sindicales y personal del servicio de prevención. 4) Normativas, que regulen el uso y consumo de alcohol y tabaco dentro del recinto laboral y mejoren la organización del trabajo. 5) Participativas, para implantar programas contra las drogodependencias que impliquen al mayor número posible de colectivos de la empresa. 6) Educativas, que creen hábitos higiénicos saludables en todos los trabajadores y actitudes alternativas en las personas con consumos de riesgo.

Otras actuaciones preventivas serían la reducción de la disponibilidad de bebidas alcohólicas, favorecer el consumo de bebidas no alcohólicas, acotamiento de las zonas de fumadores, etc.<sup>12</sup>.

Una variante particular de los programas preventivos son los programas disuasorios, que consisten básicamente en prohibir el consumo de bebidas alcohólicas, drogas o psicofármacos en determinados trabajos, sobre todo los relacionados con la conducción de maquinaria pesada, conducción de mercancías peligrosas, transporte de pasajeros, etc.<sup>52</sup>. Su fundamento es que el uso abusivo del alcohol u otras drogas durante la jornada de trabajo o en las horas previas al mismo produce modificaciones en la conducta que interfieren en la realización del mismo<sup>12</sup>.

En RENFE existen ocupaciones de determinados agentes, como son los cargos de circulación de trenes (jefes de estación, personal de maniobras, enganchadores, guardagujas, maquinistas y guardabarreras), que pueden ponerse en peligro a ellos mismos o a sus compañeros y dar lugar a repercusiones negativas importantes en el transporte ferroviario de las personas y de las mercancías, en caso de no prestar su servicio en condiciones óptimas de salud<sup>52,65</sup>. En el campo de las drogodependencias, RENFE hace que los trabajadores en puestos de trabajo relacionados con la de circulación de trenes sigan dos tipos de intervenciones disuasorias: la realización de muestreos sistemáticos de alcohol en el aire espirado, desde 1984, y la ampliación de esta práctica a drogas en la orina, desde 1996. Ambas se efectúan durante la realización del trabajo, en el mismo puesto de trabajo, y suelen realizarse conjuntamente (alcohol y drogas). Se utilizan instrumentos que permiten el conocimiento inmediato del resultado de la prueba, como el Dräger Alcotest 7410 para determinar la alcoholemia y el TesTcup, de Roche Diagnostics para las drogas en la orina.

La jefatura de inspección y seguridad de circulación de trenes es la encargada de la organización de los muestreos sistemáticos, siendo el personal técnico sanitario el responsable de la toma de muestras y de la interpretación de los resultados. En caso de un resultado positivo se separa inmediatamente y de forma cautelar al trabajador del servicio y se procede a confirmar la alcoholemia mediante la medición directa de la misma en sangre o la determinación de drogas en la orina mediante los métodos ordinarios ya expuestos<sup>2,12,52,56,65</sup>.

Mediante este muestreo sistemático, desde su inicio en 1985 hasta 2000, ambos inclusive, se habían practicado 18.239 determinaciones de alcohol en aire espirado. Estudiando los años 1990-97 (n=9.848 determinaciones), los resultados fueron los siguientes: el 95,5% de las muestras ha sido negativo (0,0 g/l), el 4,2% ha sido positivo pero dentro del rango de normalidad (0,1-0,5 g/l) y sólo el 0,3% fue positivo, superando el límite de normalidad de ese momento en nuestra empresa (inferior a 0,5 g/l), lo que permite considerar este método como adecuado para disuadir al trabajador del consumo de bebidas alcohólicas durante el trabajo y en las horas previas al mismo<sup>38</sup>. En la

actualidad, el límite de la alcoholemia está en 0,3 g/L y el de alcohol en aire espirado en 0,17 mg/L. Los resultados de los cinco años que llevamos realizando los controles de drogas en orina (1996-2000), nos permiten concluir del mismo modo que para la prueba anterior: los agentes se abstienen de consumir drogas durante el trabajo y en los días y semanas previos a los periodos de trabajo activo (2 casos positivos de entre 3.857 pruebas realizadas).

Facilitar una actuación asistencial al trabajador con problemas de consumo de drogas es una condición ética previa para realizar cualquier acción en este sentido en la empresa, como se contempla en el punto 9 de las normas éticas de la *American Occupational Medical Association*<sup>62</sup>. De hecho, hay empresas con un programa asistencial propio, concertado o adaptado a los existentes en la comunidad<sup>63</sup>. En RENFE existe uno de estos programas, que cuenta con un equipo especializado en drogodependencias, apoyado por la propia estructura territorial de la Dirección de Servicios Médicos, que habitualmente usa los recursos comunitarios, públicos o privados, existentes en la localidad donde reside el trabajador enfermo<sup>13</sup>.

### OTRAS ACTITUDES ANTE EL PROBLEMA

Aún dentro de un mismo país, las distintas empresas abordan el tema de las toxicomanías de forma desigual. Hay un importante número de empresas que optan por métodos punitivos o tolerantes.

Así, hay empresas con un modelo punitivo en las que, ya sea por falta de información o de formación, o por convicción, cualquier caso que se les presenta es más o menos apartado del tejido laboral siguiendo diversos métodos: incapacidad temporal estricta, excedencia, sanción, cese pactado, despido, etc.<sup>12</sup>.

Otra variedad de empresas, con un planteamiento casi tan peligroso como el anterior, son las empresas tolerantes, que responderían a la pregunta con un "Aquí no tenemos esos problemas" o "¿Cómo en una empresa de mis características van a darse estos problemas?". Cabe suponer que lo tienen y no lo ven o no quieren verlo. El trasfondo de esta actitud es que piensan que aceptándolo darían una mala imagen organizativa<sup>12,14</sup>.

### LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS EN RENFE

En RENFE se practican dos tipos de programas formativos, denominados *formador de formadores* y *formador de mediadores*. El programa de formador de formadores consiste en dar una preparación a los miembros de las unidades básicas de salud y de psicología laboral en los aspectos técnicos de detección del trabajador con problemas de consumo mediante la formación técnica especializada en métodos clínicos (reconocimiento médico, pruebas analíticas, encuestas de consumo, etc.), métodos indirectos (absentismo, accidentalidad, comportamiento, etc.), normativa interna, etc. Este programa se complementa con la asistencia a congresos, cursos, jornadas y conferencias<sup>69</sup>.

El programa de formador de mediadores que se imparte a los representantes sindicales y a los mandos inmediatos, les enseña a observar los signos iniciales de alarma e implicarlos en la identificación y en la tutela durante el proceso de tratamiento y reinserción laboral.

También se efectúan actividades preventivas de manera continuada, consistentes en campañas informativas, formativas y de participación puntual, así como módulos formativos que se insertan en multitud de cursos formativos generales o específicos de prevención de riesgos laborales en la empresa (por ejemplo, el de conducción segura en cercanías). Este programa preventivo favorece la autoidentificación del trabajador toxicómano y su presentación voluntaria, ya que conoce al equipo de ayuda existente en la empresa. Es un programa continuado y se imparte por toda la geografía española, sensibiliza a todos los mandos y representantes sindicales hacia el problema de las drogodependencias.

En resumen, las actividades del programa se dirigen a los tres niveles clásicos de prevención: 1) La prevención primaria, ya que disminuye la disponibilidad y el consumo (métodos disuasorios) e implica la realización de campañas formativas e informativas y de una labor de asesoramiento durante las visitas médicas y psicotécnicas<sup>59,70,71</sup>. 2) La prevención secundaria, al procurar el diagnóstico precoz y el tratamiento general y específico apropiado<sup>25</sup>. 3) La prevención terciaria, por medio del seguimiento y la reinserción laboral<sup>72,73</sup>, cumpliendo con diversos preceptos legales de readaptación laboral y de promoción de la salud - Constitución, Ley General de Sanidad, Ley General de la Seguridad Social, Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Leyes Autonómicas, etc.<sup>12</sup>.

### CONCLUSIONES

Hemos visto que la proporción de trabajadores y personas en edad de trabajar (candidatos a ingresar en las empresas) afectados por el consumo de sustancias tóxicas es importante, y que las repercusiones negativas para su salud y los riesgos a los que se exponen ellos mismos o que conllevan para sus compañeros o terceros son considerables. Por ello consideramos que todos los protocolos que se aplican a los trabajadores en el momento del examen de salud (con el fin de ver si se ven o no afectados por los riesgos inherentes a las tareas que desarrollan, los previos a la incorporación a un puesto de trabajo de un determinado riesgo y los solicitados a petición del propio trabajador o por otros motivos) deberían contener preguntas encaminadas a detectar consumos de riesgo en el caso del alcohol, consumo regular abusivo en el caso del tabaco, consumos con fines no terapéuticos de medicamentos o cualquier consumo en caso de drogas ilegales, junto a un breve consejo a estos trabajadores sobre los riesgos para la salud que supone dicho consumo<sup>25,73-76</sup>.

La Administración debería garantizar el correcto tratamiento de esta enfermedad por parte de empresas y mutuas, obligándolas a desarrollar programas de asesoramiento y referencia, prevención y/o asistenciales, dependiendo de las características de las mismas (tamaño de la empresa, riesgos a los que están sometidos los trabajadores, etc.).

Para finalizar, la incorporación a la normativa laboral de nuestra empresa (XII Convenio Colectivo), con las actualizaciones periódicas, en los sucesivos convenios, que incorpora la experiencia adquirida y tiene la finalidad de favorecer la divulgación del programa entre los trabajadores, los representantes sindicales y los mandos, acrecentar la confianza en el programa y evitar interpretaciones arbitrarias, que serían corregidas en los Comités de Seguridad y Salud.

Puede parecer extraño que personas ajenas a la práctica

sanitaria (jefes, representantes sindicales y los propios trabajadores) puedan identificar y ayudar al trabajador con problemas derivados del consumo de tóxicos. Tenemos que tener presente que el ambiente laboral es un ambiente cerrado, donde el conocimiento mutuo y el contacto personal permanente limita derechos, como el de la intimidad. No obstante, por lo delicado del tema, este conocimiento extraprofesional, junto con la propia visualización de hábitos tóxicos por los miembros del servicio médico, debe ser tratado con el máximo respeto a la dignidad de la persona y siempre conforme a la práctica de la ética médica<sup>60,61</sup>.

Nuestra experiencia demuestra que la implicación y participación de los diferentes sectores afectados es un factor dinamizador y positivo importante que genera una inercia de corresponsabilización en el problema, con la consecución de resultados muy esperanzadores a corto y medio plazo. El asumir el problema del consumo como un hecho que requiere una respuesta que no ha de darse exclusivamente desde los recursos sanitarios, sino que debe contar con la participación activa en todas las fases (detección, tratamiento, reinserción, etc.) de todos los sectores laborales implicados (personal sanitario, empresarial, representación de los trabajadores, etc.), supone un avance significativo en las estrategias y, por supuesto, en los resultados positivos del plan<sup>60</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

- Bonnet JL. Alcool et travail. Approche du problème dans l'entreprise. Arch mal prof, 1988; 49: 533-535.
- Trarieux R, Coulondre D. Toxicomanies, problèmes de dépistage en milieu de travail et implications dans l'aptitude. Arch Mal Prof, 1995; 56: 564-566.
- Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. En: Legislación Valenciana Básica. En materia de Atención y Prevención de las Drogodependencias. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Benestar Social. Direcció General de Drogodependències, 1999.
- Andrés B, Rodríguez F, Guallar P, Puente MT, González J, Rey J. Los consumidores de tabaco y alcohol usan más los servicios sanitarios en España. Gac Sanit, 1999; 90: 9109.
- Rodríguez MI, Pérez A, Clemente ML, Herrero I, Rubio V, Sampedro E. Prescripción facultativa o consejo médico antitabaco en atención primaria: opiniones desde el otro lado de la mesa. Arch Bronconeumol 2001; 37: 241-246.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social. Plan Autonómico Valenciano sobre drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, 1999-2002. Valencia: Conselleria de Benestar Social, 1999.
- Cabrero E, Luna A (editorial). Alcohol y drogas en las empresas de la Unión Europea. Adicciones, 2001; 13: 247-252.
- Organización Internacional del Trabajo (informes OIT N° 13). Alcohol y Drogas. Programas de asistencia a los trabajadores. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1989.
- World Health Organization (Offset Publication N° 89). Alcohol Policies in National Health and Development Planning. Geneva: WHO, 1985.
- World Health Organization (Report of a WHO Expert Committee). Health Promotion in the Workplace: Alcohol and Drug Abuse. Geneva: WHO, 1993.
- Wang CCK, Poe HK. Pruebas del alcohol y drogas en los empleados como función de la gestión de la seguridad. Notas y documentos del Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo (N° 1144); 1993: 3- 71-79.
- Cabrero E, Luna A. Determinación de alcohol y drogas en la empresa. Rev Esp Drogodep, 1999; 24: 3-16.
- Cabrero E, Gómez-Acebo A., García-Alcázar I., García-Albacar A., Luna J.D., Luna A. Programme contre la toxicomanie et l'alcoollisme dans l'entreprise ferroviaire espagnole "RENFE", 1990-1997. Arch Mal Prof, 2000; 61: 310-317.
- Comisiones Obreras. Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias. Madrid: Secretaría Confederal de Acción Sindical, 1992.
- Estévez J. Drogas y Trabajo: Actuación de los Servicios Médicos de Empresa. Problemática actual de los Servicios Médicos de Empresa ante el consumo de drogas y trabajo. Med Segur Trab, 1987; 34: 7-14
- Gómez-Acebo A. Drogas y Trabajo: Actuación de los Servicios Médicos de Empresa. Problemática actual de los Servicios Médicos de Empresa ante el consumo de drogas y trabajo. Med Segur Trab, 1987; 34: 16-20.
- Herranz-Rubio JL. Drogas y Trabajo: Actuación de los Servicios Médicos de Empresa. Problemática actual de los Servicios Médicos de Empresa ante el consumo de drogas y trabajo. Med Segur Trab, 1987; 34: 21-24.
- Lareo JM. Drogas y Trabajo: Actuación de los Servicios Médicos de Empresa. Problemática actual de los Servicios Médicos de Empresa ante el consumo de drogas y trabajo. Med Segur Trab, 1987; 34: 26-28.
- Malboyson E. Drogas y Trabajo: Actuación de los Servicios Médicos de Empresa. Problemática actual de los Servicios Médicos de Empresa ante el consumo de drogas y trabajo. Med Segur Trab, 1987; 34: 30-32.
- Martí-Mercadal JA. Drogas y Trabajo: Actuación de los Servicios Médicos de Empresa. Problemática actual de los Servicios Médicos de Empresa ante el consumo de drogas y trabajo. Med Segur Trab, 1987; 34: 60-62.
- Equipo de Investigaciones Sociológicas. Drogodependencias. Madrid: Unión General de Trabajadores, 1987.
- Equipo de Investigaciones Sociológicas. La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 1996. Madrid: Fundación de ayuda contra la Drogadicción, 1996.
- Fagerström KO, Schneider NG. Measuring Nicotine Dependence: A Review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989; 12: 159-182.
- Córdoba R, Martín C, Casas R, Barberá C, Botaya M, Hernández A, Jané C. Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. At Primaria 2000; 25: 32-36.
- Cabrero E, Posé E. El consejo de breve intensidad como método preventivo contra los hábitos tóxicos en el examen de salud del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Salud y Drogas 2002; 2: 63-79.
- Coullaut R. El alcoholismo en los ferroviarios españoles. Actas del XIII Congreso Internacional de la Union International de Médecins des Chemins de Fer, Madrid 1970: 409-435.
- Le Gô PM. Comment dépister précocement une intoxication éthylique chronique. Arch Mal Prof 1972; 23: 395-397.
- Johnson R, Williams R. Prevention of hazardous drinking: the value of laboratory tests. BMJ 1985: 1849- 1850.
- Aubá J, Costa J. Alcohol y población laboral. Med Clin (Barc) 1989; 92: 658-660.
- Aubá J, Freixedas R. Alcoholismo: Prevención desde la atención primaria. Med Clin (Barc) 1990; 94: 230-233.
- Altisent R, Córdoba R, Martín JM. Criterios operativos para la prevención del alcoholismo. Med Clin (Barc) 1992; 99: 584-588.
- Rodríguez A, Gual A, Llopis JJ. La "unidad de bebida estándar" como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su

- determinación en España. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 446-450.
33. Ewing JA. Detection alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984; 252: 1905-1907.
  34. Mateos J, Rivera JC. Abordaje médico-laboral del alcoholismo. *Medicina del Trabajo* 1994; 3:25-29.
  35. Cyr MG, Wartman SA. The effectiveness of routine screening questions in the detection of alcoholism. *JAMA*, 1988; 259: 51-54.
  36. Kitchens JM. Does this patient have an alcohol problem? *JAMA* 1994; 272: 1782-1787.
  37. Morales MM, Llopis A, Gracia J, Jiménez MC. Hábito tabáquico y alcohólico como factores de riesgo del estado de salud de los trabajadores del mar. *Med Segur Trab* 1996; 43: 27-38.
  38. Gea C, Pérez-Cárceles MD, Osuna E, Cabrero E, Luna A. Prevalencia del consumo crónico de alcohol en una población laboral del Sector Marítimo-Pesquero, Adicciones, 1996; 8 (3): 267-276.
  39. Benavent J. Buenas y malas noticias con relación a la lucha antitabaco. *Medicina Integral* 2000; 35: 391.
  40. Gil E, Robledo T, Rubio JM, Bris MR, Espiga I, Sáiz I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD 1998, España. *Rev Patología Respiratoria* 2000; 3: 121.
  41. Fernández E, Borrell C. Tabaco, género y clase social. *Semergen* 2001; 27: 403-404.
  42. Cabrero E, Osuna E, Luna JD, Jiménez MC, Marín J, Luna A. Alcoolisme, absentéisme et accidents du travail dans une entreprise de transport espagnole. *Arch Mal Prof*, 1996; 57: 353-355.
  43. Pascual JC, Ramos C. Epidemiología de la hipertensión arterial en los trabajadores del Metro de Madrid S.A. *Salud y Trabajo* 1990; 80: 11-19.
  44. Cabrero E, Barrio I, Osuna E, Luna JD, Jiménez MC, Luna A. Detección del bebedor excesivo en el medio laboral mediante el test de Le Gô. *Adicciones*, 1996; 8: 321-329.
  45. Alonso B, Santiago MI, Cerdá T. Consumo de tabaco en los profesionales sanitarios de Galicia. *Gac Sanit* 1999; 13: 9104.
  46. Mira M, Benavides FG, Sáez M, Barceló MA, Román C, Matamoros J. Ocupación e incapacidad temporal: un estudio descriptivo en dos cohortes de trabajadores del sector del transporte público en Barcelona. *Arch Prev Riesgos Labor* 1999; 2: 151-158.
  47. Cantera J, Sanz MA. Profilaxis del riesgo alcohólico desde los reconocimientos médico-laborales sistemáticos. *Actas del IX Congreso Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo*. Palma de Mallorca, 1980 (tomo I): 513-527.
  48. Estévez J. La realidad del alcoholismo en un servicio médico de empresa. *Med Empresa* 1982; 16: 101-147.
  49. Pacheco-Ibáñez R, Romero de Tejada M, Luna A. Estudio de una serie de marcadores bioquímicos de consumo de alcohol en una población de pilotos militares y civiles. *Revista de Sanidad de las Fuerzas Armadas*. *Medicina Militar* 1993; 49: 428-434.
  50. Pacheco-Ibáñez R, Romero de Tejada M, Luna A. Estudio epidemiológico sobre el consumo de alcohol en una muestra de pilotos del Ejército del Aire. *Medicina Aeroespacial y ambiental* 1994; 1: 3-8.
  51. Aubà J, Serrano M, Frutos D, Mira M. Rendimiento de las pruebas de laboratorio en la detección de bebedores excesivos en el medio laboral. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 5-8.
  52. Cabrero E, Osuna E, Luna JD, Jiménez MC, Bos M, Luna A. Estudio de un muestreo de alcohol exhalado en aire alveolar en una población laboral de la Red Nacional de los Ferrocarriles Españoles. *Adicciones*, 1994; 6: 15-22.
  53. Girela E, Hernández C, Villanueva E. Cuestionario CAGE y marcadores de alcoholismo: Aplicación para la detección de bebedores excesivos en una población laboral. *Mapfre Medicina* 1994; 5: 33-38.
  54. Aurrekoetxea JJ, Echenagusia VM. ¿Es el consumo habitual de alcohol un indicador de riesgo del accidente de trabajo y del absentismo por enfermedad? *Mapfre Medicina* 1995; 6: 113-120.
  55. González JE. Plan de actuación en materia de alcoholismo y otras drogodependencias en la empresa. Evaluación de 10 años de experiencia. En: Bobes J, González P, Portilla PG. 30 años de alcohol y otras drogas en Asturias. Oviedo 1996.
  56. Cabrero E, Osuna E, Luna JD, Jiménez MC, Blanco A, Luna A. Consecuencias de las drogodependencias en el mundo laboral. *Adicciones*, 1996; 8: 419-428.
  57. González JC, Salgado E. 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. *Arch Prev Riesgos Labor* 2000; 3: 128-134.
  58. Cabrero E (Tesis de licenciatura). Estudio del Absentismo por Patología Común por Razones Sociomédicas en una empresa del Ramo del Metal. Granada: Universidad de Granada, 1981.
  59. Cabrero E, Gómez-Acebo A, García-Alcázar I, García-Esquinas N, Luna JD, Luna A. Muestrados sistemáticos de alcohol en aire espirado en una empresa pública de transporte ferroviario. *Med Segur Trab*, 1998; 179: 23-30.
  60. Cabrero E. Estamentos laborales y detección, tratamiento y reinserción de drogodependientes en el medio laboral. *Adicciones*, 1999; 11 (suplemento 1): 8.
  61. Cabrero E, Luna A. Ética y Medicina del Trabajo. *Medicina del Trabajo*, 1999; 8: 78-83.
  62. American Occupational Medical Association (Committee Report). Drugs Screening in the Workplace: Ethical Guidelines. *J Occup Med*, 1986; 28: 1240-1241.
  63. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
  64. Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, Estatuto de los Trabajadores.
  65. Cabrera R, Mencías F, Río PA. Determinación de drogas de abuso en medio laboral. Ejemplo de una gran empresa. *Medicina del Trabajo*, 1993; 2: 157-163.
  66. Ameille J, Brochard P, Conso F, Eftymioe ML, Proteau J, Raix A. Médecine du travail et toxicomanies: À propos du déistage urinaire des drogues. *Arch Mal Prof*, 1989; 50: 675-677.
  67. Sánchez-Pardo L. Manual para profesionales de los servicios de salud laboral. Madrid: FAD y MAPFRE, 1996.
  68. Cabrero E. El Servicio Médico de Empresa de la Red Nacional de los Ferrocarriles Españoles en la Comunidad Valenciana. *Salud Ocupacional*, 2001; 13: 5-11.
  69. Lucas EG. Alcohol in industry. *BMJ* 1987; 294: 460-461.
  70. Ames G. Research and strategies for the primary prevention of workplace alcohol problems. *Alcohol Health & Research World* 1993; 17: 19-27.
  71. Austoker J. Reducing alcohol intake. *BMJ* 1994; 1549- 1552.
  72. Rodríguez A. El médico de empresa ante los problemas de alcohol. *Medicina del Trabajo* 1997; 6: 167-177.
  73. Montserrat J. Reconocimientos médicos preventivos para trabajadores. *Arch Prev Riesgos Labor* 1999; 2: 83-84.
  74. Freixa F. Problemática sociosanitaria del consumo de drogas en el medio laboral. *Rev Esp Drogodep* 1991; 16: 257-275.
  75. Valdenebro JJ, Valdés E, Romo AF. Los reconocimientos médicos laborales como aporte a la prevención de las drogodependencias. *Mapfre Medicina* 1993; 4: 4-15.
  76. Gual A, Colom J. Papel de la atención primaria de salud frente a los problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 136-137.