

Problemática sociosanitaria del consumo de drogas en el medio laboral

Freixa, F.

Médico especialista en Neurología y Psiquiatría.

Cap de Secció i Director del Centre de Salut per a Drogodependències (I.C.S.)
Generalitat de Catalunya.

RESUMEN

El artículo clarifica conceptos respecto a las drogodependencias, estableciendo el riesgo que comporta a diferentes niveles la dependencia o el mero consumo fundamentalmente respecto a la accidentabilidad laboral.

Se presentan los principales resultados de encuestas de consumo de alcohol y otras drogas, realizadas por la Unión General de Trabajadores y por el Ministerio de Trabajo y la normativa a nivel laboral que se desprende del Estatuto de Trabajadores.

Por otra parte se resumen las conclusiones de un estudio realizado por la Confederación Sindical de Comisiones Obreras sobre la actitud de las empresas ante las bebidas alcohólicas y las otras drogas de las que se detectan una baja sensibilización de las mismas hacia este problema y una falta de criterios generales de cómo abordar el problema a nivel empresarial.

Los Servicios Médicos de Empresa parecen, obviamente, algo más sensibilizados hacia el tema pero tampoco existen criterios generales de actuación ni una coordinación con los Estamentos Sindicales cuando aparece un conflicto en una empresa.

El autor hace una revisión de las actividades que los Comités de Seguridad e Higiene en el trabajo realizan en las empresas encuestadas y propone que siguiendo las opiniones de los técnicos del mundo laboral, estos Comités conjuntamente con los Servicios Médicos de Empresa tendrían que evolucionar hacia auténticos Centros de Salud, Bienestar y Seguridad Laboral Integral...

Correspondencia:
Dr. Francesc Freixa i Sanfeliu
Nicaragua, 61-63, 4 ático, 1º
08029 Barcelona.

Finalmente se hace un somero repaso de las manifestaciones agudas de la intoxicación alcohólica o cannábica y de otras drogas y sus consecuencias en el ámbito de accidentabilidad laboral y se dan indicaciones para el diagnóstico diferencial ante una persona intoxicada.

PALABRAS CLAVE: *Legislación laboral, Organizaciones sindicales, Diagnóstico en el mundo laboral, Accidentabilidad, Absentismo.*

SUMMARY

This article clarifies the concepts about the drug addiction, fixing the risk in the different levels of the dependence or the mere fact of consumption basically about the labour accident rate.

The main outcomes of the probes into the consumption of alcohol and other drugs, realised by the General Union of Workers and the regulations about the work which is clear from the Workers Statute.

We also summarize the conclusions of an investigation realised by the Syndical Confederation of the Workers Union about the enterprises' attitude with regard to alcohol and other drugs of which we can observe a small sensitivity to them and a lack of criterions to undertake the problem regarding the enterprises.

The Medical Service of Enterprises seems to be more sensitized but there are not general criterions of procedure and no coordination between Syndical Estate when there is labour dispute in an enterprise.

The author reviews the activities of the Committee of Security and Hygiene at work in the enquired enterprises and he proposes to the Committee and to the Medical Services of Enterprises, with the suggestions of the technicians on labour world, to change into real Health centres, Welfare and Labour Integral Security...

Lastly, there's a brief review of the acute manifestations of the alcohol or cannabis intoxication and other drugs and its results in the labour accident rate and to give signs of the differential diagnosis in regards to an intoxicated person.

KEY WORDS: *Labour regulations, Syndical Organisations, diagnosis in the labour world, accident rate, absenteeism.*

RESUME

L'article éclaire les concepts ayant trait aux drogues dépendances, sans oublier les risques encourus à divers niveaux de la drogue dépendance ou la simple consommation en relation avec les accidents de travail.

On relate les principaux résultats des enquêtes de consommation d'alcool et autres drogues, enquêtes réalisées par L'Union Générale des Travailleurs et par le Ministère de Travail et les normes laborables des Status des Travailleurs.

En outre, on résume les conclusions d'une étude réalisée par la Confédération Syndicale des Commissions Ouvrières sur l'attitude des entreprises envers les boissons alcooliques et autres drogues; on peut détecter, là, une sensibilisation tout à fait minime envers ce problème et un manque de critères généraux pour pouvoir aborder le problème au niveau des entreprises.

Les services médicaux des entreprises semblent, manifestement, un peu plus sensibilisés, mais il n'existe pas non plus de critères généraux d'agissement, ni même une coordination avec les organisations syndicales lorsqu'il y a un conflit dans une entreprise.

L'auteur révisé les agissements des Comités de Sécurité et Hygiène dans le travail, au sein des entreprises où ont eu lieu les enquêtes; puis il propose qu'en suivant les opinions des techniciens du monde ouvrier, les comités, en même temps que les services médicaux des entreprises évoluent vers d'authentiques Centres de Santé, qualité de vie et sécurité laborale intégrale.

Finallement, on rapelle simplement les manifestations aiguës d'intoxication soit d'alcool, soit de cannabis, soit d'autres drogues, et leur conséquences sur les accidents de travail et on donne des indications pour le diagnostic différentiel face à un intoxiqué.

MOTS CLES: *Législation du travail, Organisations Syndicales, diagnostic dans le monde du travail, les accidents, l'absentisme.*

Los conceptos actuales sobre las drogo-dependencias hacen absolutamente inevitable, dadas las características de nuestra organización social, que esta conducta prioritaria de uso de unas sustancias con capacidad de neuroadaptación (OMS, 1982) sean capaces de producir alteraciones en el Sistema Nervioso Central (SNC), con un potencial de peligrosidad para, no tan sólo condicionar la accidentabilidad laboral, sino también y en este caso específico, la disminución de la productividad, el absentismo laboral por enfermedades intercurrentes, etc.

Por otra parte, las sustancias capaces de llegar finalmente a producir drogodependencias antes del establecimiento del síndrome completo con todos sus criterios, en cada una de las sustancias de riesgo, pueden también, y ésto es específico y claro en el caso de las bebidas alcohólicas, producir diversas manifestaciones y grados de intoxicación aguda.

Por lo tanto y sin llegar a la condición de adicto -aún- son un riesgo patente de posibles errores en la ejecución de determi-

nadas tareas, incluyendo naturalmente los trabajos de carácter administrativo y también con más riesgo de accidentabilidad, para aquellos que manejan máquinas o realizan tareas con maquinaria e instrumental que requiere atención, cuyos errores pueden tener como consecuencias graves repercusiones sobre la propia seguridad individual, pero que también puede repercutir gravemente sobre los compañeros de trabajo.

En el fondo nos encontramos en la misma situación de gravedad de los problemas relacionados con el uso de drogas y la accidentabilidad en autopistas y carreteras. (Ministerio de Sanidad, 1987).

Los accidentes en ruta tanto urbanos como en la red pública de carreteras, autopistas y autopistas no necesariamente están condicionados por individuos afectados de un síndrome de dependencia al alcohol. Los simples usuarios de bebidas alcohólicas dentro de los más estrictos límites de la permisividad social pueden ser los principales agentes causantes de accidentes con riesgo de muerte.

Todos los estudios realizados sobre la realidad del consumo de sustancias con riesgo de alteración del SNC en referencia a la actividad laboral ponen en evidencia que cuanto mayor es el consumo de estas sustancias en la población general, más patente es el riesgo de que la población activa trabajadora presente, porcentualmente, problemas con el alcohol y otras drogas que repercutirán en el trabajo.

La encuesta Ministerio de Trabajo/Edis 1985, demostró a nivel de todo el Estado que el contacto con toda la población del consumo de tabaco y alcohol es muy elevado.

La mitad de la población fuma, un 41,4% son fumadores diarios, un 67,7% fuma más de 10 cigarrillos diarios y un 17,7% son fumadores de más de 20 cigarrillos al día, con el agravante de que la iniciación al uso del tabaco se consolida en edades jóvenes.

En referencia al consumo de **bebidas alcohólicas** un 13% de la población masculina de todo el estado y un 1,4% de las mujeres son bebedores en cantidades de alto riesgo.

Se constata además un progresivo cambio en el consumo de alcohol en las edades jóvenes, en las cuales se concentra un grupo de bebedores de alto riesgo, especialmente de viernes noche a domingo.

Con los datos referentes a la *población general* y tratándose de un estudio que va desde los **doce años** a más de 75 años, era previsible que la población activa trabajadora estuviera inmersa en un alto porcentaje dentro de la población de alto riesgo.

La iniciativa del *Departamento Confederal de Servicios Sociales de la Unión General de Trabajadores (UGT)* de hacer una encuesta de consumo, con carácter socioepidemiológico que tuviera como universo el colectivo de unos seis millones y medio de trabajadores a nivel de todo el estado, ha permitido aseverar que la incidencia en el mundo laboral del problema de las drogas es más alta que si se distribuye el uso de estas sustancias en toda la población en general adulta, con una disminución relati-

va por lo que hace referencia al consumo de heroína. Como era de esperar, los dos principales problemas de salud y de uso con riesgo de accidente se refiere a dos sustancias concretas: el tabaco y las bebidas alcohólicas.

No existe ninguna duda que, si exceptuamos determinados riesgos específicos de incendio, en general el uso de bebidas alcohólicas es el problema de riesgo laboral más importante.

Aproximadamente un millón de trabajadores se encuentra en una situación de riesgo por el uso de bebidas alcohólicas. Lo más grave de esta situación es que los hábitos y costumbres socioculturales peninsulares respecto al uso de bebidas alcohólicas van más allá de la estricta situación laboral, y podemos hablar sin dudar de que las costumbres y hábitos sociales y culturales sobre el uso de las bebidas alcohólicas afectan a todos los niveles de la actividad sociolaboral.

No hay duda que la "mentalidad de usuario" de los responsables y dirigentes de la gestión empresarial hace difícil que las medidas preventivas sobre el riesgo de uso de las bebidas alcohólicas en el medio laboral sean aceptadas, no sólo por los propios trabajadores o por sus representaciones sindicales, como tampoco sean aceptadas por las gerencias, direcciones o responsables de personal de las empresas. La ausencia de conciencia de peligrosidad con la que generalmente se usan las bebidas alcohólicas a todos los niveles es un dato a tomar en consideración.

Como sucede en muchos trastornos, condiciones o problemáticas en las cuales los factores sociales y culturales tienen una importancia determinante, los afectados, y especialmente sus familiares, son los únicos sensibilizados a estas problemáticas, constituyendo por ello un sector de la población que a su vez se siente "estigmatizado" por los usuarios que aún no han llegado a presentar una situación conflictiva.

La sociocultura respecto a las bebidas alcohólicas ha creado mecanismos que per-

miten una gran "tolerancia social" en frente a los conflictos generalizados por el uso de bebidas alcohólicas, que a su vez es responsable de la ocultación en los medios laborales de la existencia de conflictos, problemas o accidentes relacionados con el uso del alcohol. (Freixa, F. 1988).

La culminación de esta situación de tolerancia se manifiesta precisamente en algunos aspectos en la encuesta UGT-EDIS 1987, antes mencionada, en la que un sector de los trabajadores demanda medidas y servicios para atender a los problemas laborales, familiares y de afectación de la salud física que son consecuencias del uso de bebidas alcohólicas y otras drogas, instando a los propios sindicatos y a los servicios médicos de empresa a acciones que permitan atender a las personas afectadas y realizar aquellas acciones de información y asesoramiento que permitan una prevención en un futuro.

No tenemos ninguna duda que sin una acción decidida de los sindicatos, de todo el espectro de la medicina de empresa, los

servicios sociales de los Centros de Trabajo y la implicación de los empresarios y sus gestores, la correspondiente sensibilización de todas las administraciones en abordaje de esta temática quedará como siempre inmersa en la realidad del sufrimiento diario de los afectados, en la alteración y modificación autodestructiva de las relaciones familiares y en la continuada ocultación de la evidencia de esta problemática.

Sabemos cuál es el consumo de riesgo para la salud física de la población de alcohol absoluto y conocemos cuál es el alcohol absoluto por habitante y año. Tabla N.º 1.

Dada la cantidad de alcohol consumida en un país era esperable que la población general afectada por el consumo de alcohol fuera muy alta, como demuestra la tabla N.º 2

En estos dos datos se manifiesta claramente que el número de consumidores altos corresponde a más de 4 millones de la población general.

Los datos que se refieren **exclusivamente a la población trabajadora** permiten afir-

TABLA 1

PAIS	CONSUMO PER CAPITA DE ALCOHOL * (1979)	MORTALIDAD POR C.H. POR 100.000 (1978)	ESTATUS DEL CONTROL DE ALCOHOL
Francia	20.8	30.4	Alto
Luxemburgo	20.0	27.0	Bajo
España	19.2	27.6	Bajo
Italia	16.0	34.8 (1976)	Bajo
Austria	14.4	31.2	Bajo
Bélgica	13.9	14.4 (1976)	Medio
Suiza	13.3	12.8	Alto
Alemania Oc.	12.7	27.6	Bajo
Holanda	12.1	5.2	Bajo
Dinamarca	12.0	9.8	Medio
Polonia	10.3	12.0	Alto
Irlanda	10.0	3.6	Alto
Reino Unido	9.8	4.2	Alto
Suecia	7.1	12.2	Alto
Noruega	5.7	4.2	Alto
Israel (1978)	2.8	5.8	Bajo

* En litros de alcohol puro, por persona de 15 o más años.

FUENTE: DAVIES, P. The Effectiveness of Alcohol Control Policies in Europe. Effective Health Care, vol. 2, n.º 4, 1985.

TABLA 2

Consumo de alcohol (cc.aa/día), según sexo

Tipología total semanal	Total	Hombres	Mujeres	Número de personas en miles
Abstinentes	23.0	11.7	33.6	6.903
Ligeros	39.9	29.7	49.4	11.907
Moderados	25.9	38.2	14.4	7.778
Altos	4.2	7.4	1.2	1.261
Excesivos	7.0	13.0	1.5	3.110

FUENTE: NAVARRO, J.; LORENTE, S. et al. El consumo de drogas en España. Ministerio de Trabajo, Edis 1984.

mar que un 24,1 % de los trabajadores (uno de cada 4 prácticamente) consume una cantidad de alcohol de riesgo probado para su salud física de 76 cm.³/61 gr. de alcohol puro/día; el 16,2% supera a los 100 cm.³/80 gr.; un 8,7% consume hasta 150 cm.³/120 gr. y un 7,5% beben más de 150 cm.³/150 gr. y que en muchas ocasiones se acercan a más de 200 gr. de alcohol puro.

Ello significa que más de un millón de trabajadores se encuentra en una situación real de riesgo para su salud por la ingesta de bebidas alcohólicas y en una situación potencial de riesgo de accidente laboral, absentismo y posible síndrome de dependencia alcohólica.

No hay ninguna duda que a pesar de que la *población general* estudiada corresponde a personas desde 12 años de edad y también a mujeres y ancianos, población menos consumidora que los varones adultos, hay también que tener en cuenta que en la **muestra de los trabajadores** estudiados la proporción es de una mujer por cada tres varones. A pesar de ello el consumo excesivo de alcohol, el riesgo de daño en la salud física y la probabilidad del síndrome de dependencia del alcohol es en la encuesta UGT-EDIS **el problema más grave de los trabajadores en lo que al consumo de drogas se refiere.**

Hay que señalar que como también se observó en la encuesta sobre el consumo de bebidas alcohólicas en la población general, que éste aumenta en los fines de se-

mana de una manera extraordinariamente elevada y como era predecible en los trabajadores jóvenes (16-24 años) y también entre los de 25 a 34 años.

Predominan, entre los usuarios de evidente riesgo, los hombres que trabajan en los sectores de minería, construcción, hostelería, comunicaciones y química. En este conjunto de usuarios de riesgo hay un claro predominio de personas con un bajo nivel cultural y de aquellos que están posicionados ideológicamente en ideologías radicales de uno u otro extremo del espectro. Es importante señalar que los centros de asistencia para alcohólicos clínicos y las asociaciones de auto-ayuda de los propios pacientes que han superado el síndrome de dependencia y sus familiares, son perfectamente conscientes de las repercusiones negativas que sobre su actividad laboral ha tenido el uso de las bebidas alcohólicas. (Freixa, F. 1983)

En todos los trabajos de alcoholismo presentados por asociaciones de alcohólicos rehabilitados en los diversos congresos de la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España F.A.R.E. y en las conclusiones, "elevadas a la autoridad competente", se ha solicitado reiteradamente la modificación del artículo 54 apartado f del Estatuto de Trabajadores:

Art. 54 *Despido disciplinario*. El contrato de trabajo podrá extinguirse por decisión del empresario, mediante despido basado en un incumplimiento grave y culpable del

trabajador. 2. Se considerarán incumplimientos contractuales:(...)

f) La embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo. (...)

La existencia de esta norma es absolutamente contradictoria, en el caso del síndrome de dependencia alcohólica establecido, con la clasificación de las enfermedades de la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) y además, en Catalunya específicamente, por la ley 20/85 del 25 de julio sobre prevención y asistencia en materia de sustancias que puedan generar dependencia (DOG 572, 1985) en la cual, en el capítulo 2.º en el apartado 20, dice: **“A efectos asistenciales, el alcoholismo está considerado como una enfermedad común.”**

A pesar de ello es evidente que en nuestras empresas, y esto es bien conocido por los profesionales, existen tres situaciones que podríamos resumir en los siguientes casos reales:

1. Trabajador gravemente afectado por problemas de alcoholismo clínico al que se le aplica directamente la norma de incumplimiento contractual y por lo tanto se le despide, o aquel que en el supuesto de una regulación del personal o reajuste de plantilla, dado que el paciente alcohólico es un gran absentista, se aprovecha esta circunstancia para que vaya a engrosar el paro.
2. Paciente alcohólico clínico conocido como persona de esta problemática por todos los trabajadores de la empresa, por los propios mandos intermedios, por aquel grupo de trabajo o sección y que, con una intención digna de todos los plácemes, pero erróneamente en un caso de alcoholismo clínico, se oculta su conflicto con el fin de evitar la aplicación del 54/2f, pero esta protección lo que hace es profundizar la patología alcohólica, agravar durante años las progresivas ingestas alcohólicas y llegar a una situación de casi irrecuperabilidad. Ello crea, por lo tanto, una situación compleja y difícil para el afectado, su

familia y sus compañeros.

3. Una tercera situación que es relativamente frecuente, en especial cuando los servicios médicos de la empresa y asistentes sociales de la misma están sensibilizados, es aquella en la que de una manera informal y no oficial, al no existir cauces o normas que lo permitan, muchas empresas han ayudado e incluso, en ocasiones, subvencionado la rehabilitación de un paciente alcohólico.

Una vez conocidas las condiciones generales del consumo de las bebidas alcohólicas y otras drogas no tan sólo en la Población General del Estado, sino también en algunas de las autonomías (Generalitat de Catalunya 1982/1986) y en el mundo del trabajo (UGT-EDIS 1987), ha resultado también interesante el estudio realizado por la *Confederación Sindical de Comisiones Obreras* sobre la actitud de las empresas ante las bebidas alcohólicas y las otras drogas (CC.OO., 1989).

En este estudio se ha encuestado un universo de empresas que cotizan a la Seguridad Social y dadas de alta en el Ministerio de Industria y Energía. Mediante la técnica de la entrevista-cuestionario se intenta conocer las opiniones del equipo directivo de la empresa (Cuestionario A), los datos y opiniones del equipo médico de la empresa (Cuestionario B), los datos de la representación sindical (Cuestionario C), y los cuestionarios D y E intentan recoger información sobre investigaciones y programas en el medio laboral sobre problemática de alcohol y otras drogas.

Se procedió ante todo a una estratificación por número de trabajadores y por autonomías, realizándose un muestreo en función del número de empresas y trabajadores.

Se han investigado Andalucía, Catalunya, Castilla-León, Euskadi, Galicia, Madrid y Valencia.

También se estratificaron las empresas en forma proporcional al número de trabajadores:

- Hasta 50 trabajadores
- De 51 a 200 trabajadores
- De 201 a 2.000 trabajadores
- Más de 2.000 trabajadores

La distribución de las entrevistas se hizo de forma proporcional. Se seleccionaron en forma aleatoria sobre listados. La encuesta se realizó entre Enero y Diciembre de 1988.

En conjunto, se entrevistaron unas 325 empresas (N=325).

También la elección de la muestra se hizo teniendo en cuenta los distintos sectores de producción y para que éstos quedaran representados de una manera proporcional:

1- Espectáculos, Cultura y Deporte ...	2
2- Banca y Ahorro	24
3- Seguros	12
4- Hostelería	15
5- Alimentación	19
6- Comercio	12
7- Enseñanza	7
8- Trabajadores de la Salud	13
9- Energía	10
10- Metal	54
11- Textil-Piel	24
12- Artes Gráficas, Papel, Medios de Comunicación	20
13- Campo	2
14- Construcción, Madera	29
15- Transportes, Comunicaciones y Mar	21
16- Químicas y afines	24
17- Administración Pública	22
18- Minería	1
19- Actividades diversas	14

El conjunto de las respuestas pertenecientes a la línea de Dirección de las empresas así como las respuestas de los Servicios Médicos de Empresa y de la representación sindical, así como de los programas de tratamiento e investigación de dicha problemática, permitieron llegar a las siguientes conclusiones:

ACTITUD Y RESPUESTA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA DIRECCION DE LAS EMPRESAS

Un 33% de las empresas se han planteado el tema del alcohol y/o drogas desde la misma Dirección en alguna ocasión.

Parecen más preocupadas las empresas de mayor tamaño (63%) y las medianas (50%).

Con ello se confirma el supuesto que nosotros hemos expresado con anterioridad, es decir, que un problema que afecta aproximadamente entre una tercera o cuarta parte de los trabajadores y que está relacionado con la accidentabilidad, la baja productividad (absentismo, baja de rendimiento, etc.) y por lo tanto en un aumento de los costes adicionales, no es visto como conflictivo, aunque una relativa mayor sensibilidad se detecta en las grandes empresas.

En muchas ocasiones (58%) cuando se ha planteado algún problema a raíz de un caso, ello ha motivado algún tipo de abordaje del problema.

Desgraciadamente, cuando las empresas se plantearon esta problemática (a raíz de casos individuales), sólo se llevaron a cabo iniciativas de carácter coyuntural y puntual (62%).

Por lo tanto, como la detección de casos individuales se lleva a cabo, como hemos indicado con anterioridad, con recursos aplicados exclusivamente al caso concreto, no se desarrollan programas preventivos ni de tratamiento con objetivos a medio y a corto plazo.

En muchas ocasiones la dirección y sus representantes/responsables de personal toman iniciativas positivas para un determinado caso individual, pero sin la iniciativa ni la colaboración de otros estamentos de la empresa (48%).

En algunos casos se solicita la colaboración de la representación sindical (31%).

Sólo en un 6% de las empresas encuestadas la dirección de las mismas percibe que el 20% de los trabajadores pueden tener problemas con las bebidas alcohólicas y contrariamente el 53% estiman entre el 0 y el 5% este tipo de problemática.

En estos últimos datos es evidente que

este tipo de percepción por parte de la dirección de la empresa es contradictoria tanto con la encuesta EDIS/Ministerio del Trabajo, 1985 como con la UGT-EDIS, 1987.

En referencia al consumo de cannabis, de cocaína, opiáceos y alucinógenos se percibe como consumidas habitualmente cada una de las sustancias citadas en 20%, 7%, 6% y 2% respectivamente.

Hay un aspecto que a nosotros nos ha llamado la atención por su relación con la accidentabilidad laboral, y que además coincide con la opinión de los médicos de empresa: el 72% de las empresas encuestadas reconocen que "es posible el consumo de alcohol dentro del turno de trabajo", que es idéntico al porcentaje de actitud tolerante que estiman dichos servicios médicos como permisivo dentro de las direcciones de las empresas.

Las direcciones de las empresas, como era de esperar y cumpliendo los estereotipos culturales, atribuyen en un porcentaje de un 34% una mayor gravedad de riesgo al uso de drogas ilegales que a las bebidas alcohólicas. Sólo un 4% considera mucho más grave el uso de las bebidas alcohólicas.

Es evidente que estas opiniones coinciden con los prejuicios socio-culturales y contradicen los datos y programas de la O.I.T. que están enfatizando y acentuando la problemática de las bebidas alcohólicas.

Un 50% de las empresas en las líneas de responsabilidad directiva y de personal detectan la relación entre consumo, accidentabilidad y absentismo, pero sólo desde la óptica de los casos individualizados. Por ello no se realiza un abordaje integral, sistematizado y colectivo de esta problemática dentro de las empresas.

Entre 1985-1987 se detectaron **1.251 casos** de problemas relacionados con bebidas alcohólicas y **77 casos** por consumo de otras drogas. Esto representa un 0,80% y el 0,04% en relación con la población de trabajadores que comprendía toda la muestra de empresas encuestadas.

Con ello se confirma que el consumo de bebidas alcohólicas es la problemática de

mayor prevalencia, como indican todas las investigaciones socio-epidemiológicas realizadas en los países industrializados.

Con todos los datos anteriores, es evidente que se precisa que los casos individualizados sean significativos para todo el colectivo para que realmente el tema reciba el tratamiento prioritario que precisa.

Es lamentable que el 79% de las líneas de dirección consideren justo y adecuado el artículo 54/2f del Estatuto del Trabajador. Además el 57% están dispuestos a aplicarlo, aunque como se ha advertido con anterioridad, escasamente en el 2% de los casos problemáticos de alcohol se haya aplicado y se ha aplicado, contrariamente, en el 13% de casos de otras drogas.

En un número importante de empresas las diferentes líneas de dirección manifiestan que la legislación tendría que contemplar alguna medida alternativa al despido y que se habían de mejorar las posibilidades terapéuticas de las personas afectadas por la problemática alcohólica cuando están de baja laboral por enfermedad (68%).

ACTITUD Y DATOS DE LOS SERVICIOS MEDICOS DE EMPRESA

El 65% se han planteado la problemática del alcohol/drogas. Pero predominan la gran empresa y la mediana empresa (89%-64%).

Las revisiones sistemáticas son uno de los motivos de detección de este tipo de problemáticas.

Como era de esperar aunque el 63% del Servicio Médico de Empresa (S.M.E.) llevaron a cabo iniciativas individualizadas y personalizadas para casos problemáticos, sólo un 15% pusieron en marcha programas con objetivos preventivos y de tratamiento a más largo plazo.

Desde la perspectiva de las direcciones de las empresas, los S.M.E. perciben el problema como colectivo pero, en la práctica, se lo plantean exclusivamente a nivel del caso individual.

Igual como sucedía con los casos de las

direcciones de las empresas, los S.M.E. cuando ponen en marcha alguna iniciativa, lo hacen sin intentar coordinar con la representación sindical. Sólo un 15% de las iniciativas contaron con la representación sindical.

El 79% de los S.M.E. opinan que los datos sobre consumo que ellos detectan deben ser puestos en conocimiento de la dirección de la empresa. Evidentemente el enfoque de esta información tiene que ser **exclusivamente** de carácter colectivo. Toda información debe evitar la personalización e individualización para eludir la aplicación o el riesgo del art. 54 2f. La confidencialidad es imprescindible para la detección de casos y el tratamiento ulterior. La no confidencialidad provoca la ocultación.

Los S.M.E. en un 49% no están de acuerdo con el art. 54-2f y el 81% proponen la baja laboral con tratamiento adecuado como alternativa.

ACTITUDES Y OPINIONES DE LAS REPRESENTACIONES SINDICALES

Desgraciadamente, sólo el 22% de dichas representaciones se han planteado la problemática de las bebidas alcohólicas y de las drogas. Si bien es cierto que la existencia de medidas disciplinarias previstas para esta problemática puede condicionar esta baja sensibilidad a estos problemas. Creemos que ello es más el reflejo de los estereotipos socio-culturales, puesto que las propias representaciones sindicales opinan que la mayoría de empresas son relativamente tolerantes. En todos los casos, los problemas generados por las bebidas alcohólicas condicionan formas solapadas y subrepticias de abordaje en las que existe una complicidad explícita y puntual entre Dirección, S.M.E. y Sindicatos.

Es interesante también matizar que aunque la mayoría de representantes sindicales (59%) no está de acuerdo con el art. 54-2f, consideran: **"...Que la consecuencia del consumo indebido trasciende su obligación representativa..."**. Con lo cual, y evidente-

mente, desde otros puntos de vista coinciden con las opiniones de las líneas de dirección de las empresas, con lo cual estamos dando soporte y refuerzo al abordaje individualizado y personalizado de casos, subrepticio y solapado, sin llegar al planteamiento integral y colectivo.

PAPEL DE LOS COMITES DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO

Sólo un 51% de las empresas encuestadas dispone de comité de seguridad e higiene (C.S.H.). Este porcentaje es del 100% en las grandes empresas y del 83% en las medianas.

El 61% de los C.S.H. no desarrolló ninguna actividad en el año 87 y no han realizado ninguna acción respecto a los temas de alcohol y otras drogas. De hecho, y en esto coinciden con la opinión de diversos técnicos del mundo laboral, tanto los S.M.E. como los C.S.H. tendrían que evolucionar hacia auténticos Centros de Salud, Bienestar y Seguridad Laboral Integral.

En último término los servicios de Salud, los Servicios Sociales y la Seguridad Laboral son elementos de una misma política de Salud en la empresa. **Hay que recordar que durante 1987 se produjeron "oficialmente" 19.728 accidentes laborales** (1 accidente por cada 8 trabajadores).

En qué medida han intervenido el consumo del alcohol y otras drogas en esta accidentabilidad, y hasta qué punto los S.M.E. y los C.S.H. hubieran podido contribuir en evitarla sería objeto de otros estudios y encuestas.

Como se ha indicado, de las 325 empresas encuestadas sólo 105 (32%) se han planteado las problemáticas en el mundo del trabajo como consecuencia del consumo de bebidas alcohólicas y/u otras drogas.

Han realizado estudios o investigaciones 18 empresas (5,5%) y sólo 11 (3,3%) han aportado información sobre programas/campañas realizadas:

– Una empresa de 850 trabajadores, ha realizado un programa de **tratamiento de casos**

establecidos.

(No existen resultados).

– Una empresa del sector naval con 5.101 trabajadores desarrolló un programa de:

- a) Evaluación del consumo de bebidas alcohólicas en el personal de la empresa.
- b) Asesorar los “bebedores de riesgo”.
- c) Oportunidad de tratamiento en los casos de alcoholismo clínico.

(Este estudio previo permitió un tratamiento continuado de los casos “clínicos” y la identificación preventiva de los “bebedores de riesgo”).

– Empresa de comunicaciones, con 8.028 trabajadores, está realizando un programa bien planificado, por los propios S.M.E. Muchas actividades se realizan fuera del ámbito de la empresa con absoluta confidencialidad.

(Se ha puesto un acento especial en el **seguimiento** de los casos, en **exigir** el cumplimiento de todas las normativas y en reciclar todo el personal).

– Empresa de Comunicaciones, con 1.235 trabajadores, los S.M.E. consideran que la posible incidencia-prevalencia es porcentual al número de trabajadores en referencia a las encuestas de consumo.

Se dota a los S.M.E. de un médico, un psicólogo y una asistente social.

(Tratamiento de casos, información, intervenciones fuera de ámbito de la empresa, **confidencialidad**. Existe un teléfono de contacto para la atención o información. Carteles con mensajes positivos de salud. Se procedió ulteriormente a una acción informativo-preventiva y se intentó coordinar los recursos de la empresa con centros específicos externos).

– Otra empresa del sector del metal, con 342 obreros, intenta estudiar el **consumo de bebidas alcohólicas en la empresa**.

Se estudian una serie de variables laborales y personales previamente y después se encuesta al personal (Total 331 encuestas, responden **166**): un casi 10% de los empleados son **bebedores de riesgo**. No se correlaciona el tipo de tarea y el mayor riesgo

alcohólico. **Todos desconocen** el posible riesgo de las bebidas alcohólicas.

Se insiste que un abordaje exclusivamente médico será siempre ineficaz. Se propone un modelo de intervención **médico-social**. Facilitar, dentro de la empresa el consumo de bebidas alternativas.

– Una de las empresas ha realizado un estudio, es un hospital de 648 trabajadores, en la provincia de Alava. Por extrañas razones se han **excluido** del estudio el personal directivo y los médicos.

El resultado de este estudio evidenció:

- El consumo de alcohol es mayor entre los varones.

- No existe correlación significativa entre consumo de tabaco y sexo.

- El consumo de medicamentos es mayor entre las mujeres.

- El grado de cualificación de las tareas que se realizan es inversamente proporcional al consumo de estas sustancias.

- El 34,99% de la muestra bebe habitualmente alcohol. El 59,50% consume fármacos, siendo los analgésicos los que presentan un consumo más elevado (17,50%). El 17,70% fuma al menos un paquete diario.

- El estrés y el consumo de estas sustancias son mayores en determinadas unidades (Psiquiatría, Urgencias, Administración). Se encuentra pues una relación entre consumo y las características del trabajo realizado.

El estudio propone modificar algunos de los sistemas/métodos de trabajo para **“disminuir tensiones y el consumo de sustancias potencialmente peligrosas para su salud”**.

– Una empresa de transportes con 6.788 trabajadores, realiza un estudio de incidencia del consumo de bebidas alcohólicas. Se examinan por los S.M.E. 5.047 historias de reconocimientos efectuados y se pasa una encuesta.

Los “bebedores habituales” son un 61,77% de la plantilla, discretamente inferior a la Encuesta UGT-EDIS, 1987, pero un **34,31% consumen un nivel alto**.

– Existen aportaciones de acciones de empresas que parecen incapaces de tomar me-

didadas de generalización hacia actividades asistenciales y/o preventivas.

- Tres empresas aportan un modelo de analítica para el reconocimiento periódico.
- Otras folletos, carteles, etc.
- También supuestos cuestionarios, socio-culturalmente anglosajones, sobre **autovvaloración** del riesgo alcohólico.
- Algunas empresas aportaron carteles recordando determinadas prohibiciones: "Prohibición del consumo de bebidas alcohólicas fuera de las áreas y horas de descanso" o "**Como unica excepción se permitirá el carajillo después de las comidas**".
- Otras **avisan** sobre la O.M.S., la salud, etc. pero se recuerda el art. 54-2f y concluye: "**Redundará en beneficio para su salud, así como en la evitación de posibles sanciones nunca deseables.**"

En un conjunto, con excepciones dignas de encomio, el panorama de las empresas, en referencia a programas coordinados entre S.M.E., Dirección, C.H.S., Servicios Sociales, Sindicatos y Centros externos especializados, es pobre (sólo un 5,5% de las empresas encuestadas) y evidentemente ineficaz para los problemas condicionados por el uso de bebidas alcohólicas que llega a repercutir negativamente en el medio laboral.

LOS SERVICIOS MEDICOS DE EMPRESA, SU HISTORIA Y LAS DROGAS

La realidad de los S.M.E. en la actualidad y la inexistencia estructurada de Servicios Sociales de empresa es el resultado de su ya lejana creación en 1944 del Instituto Nacional de Medicina y Seguridad de Trabajo (Decreto 7 de julio de 1944) que nace en unas circunstancias socio-políticas de todos conocidas. Este instituto actúa de asesor político del Ministerio de Trabajo, y se van estructurando los supuestos de la denominada Medicina Preventiva Laboral, cuyas omisiones y falta de organización eficaz culminan con la creación de S.M.E. con particulares relaciones con las empresas y no

como "funcionarios" no vinculados a la empresa.

A pesar de ello, durante estos años no hay ninguna duda que los S.M.E. han intentado profundizar en el estudio de las Enfermedades Profesionales con capacidad para abordar los conflictos de la Medicina del Trabajo.

Desgraciadamente el interés mayoritario de este colectivo por los problemas del alcohol y las drogas ha sido siempre muy bajo, pero contrariamente una minoría siempre ha estado muy interesada en los problemas laborales del alcohol (Ensidesa y Endesa, por ejemplo) (Estévez-Bravo, J. et al. 1987).

El antecedente de la obligatoriedad de su implantación, las distintas valoraciones de los S.M.E. en empresas grandes y medianas, la **inexistencia** real de dichos servicios en empresas pequeñas (pues los servicios Mancomunados no llegan a ser eficaces) y una **incoordinación** con el S.O.E. después Seguridad Social, han llevado a un evidente deterioro en muchos casos. (Bartolomé, A. 1987)

En el campo de acción preventivo-asistencial que nos ocupa, las drogodependencias han llegado en un momento de una cierta incoherencia legislativa en lo que se refiere a la Medicina Laboral. (Herranz-Rubio, J.L. et al. 1987). Determinados supuestos legislativos hacen más compleja la determinación técnica de aquellos indicadores biológicos que pueden ser cruciales para determinar el uso de drogas y los riesgos ulteriores de neuroadaptación con dependencia-adicción.

La mayoría de drogas (legales o ilegales) una vez absorbidas -sea cual sea su vía de administración- inician una serie de cambios metabólicos y aparecen en los humores biológicos como productos transformados o metabolitos. La mayoría de "drogas" se eliminan por el riñón y ello hace posible su detección en orina.

Las consideraciones sobre los exámenes de sangre y orina en busca de drogas o sus metabolitos nos llevan inexorablemente a

consideraciones legales. El conjunto de normas matizadas por los Tribunales y los reglamentos de la Seguridad Social hace evidente la preocupación estrictamente sancionadora y no curativo-rehabilitadora. Con ello se fundamenta, entre otras consideraciones, el rechazo a la práctica de pruebas objetivas analíticas para la investigación del alcohol y las otras drogas en orina o en sangre.

En 1963 (3.VI.63) el Tribunal Supremo señalaba que "Se debe tener y tiene el mismo trato jurídico la embriaguez habitual de un trabajador que el alcoholismo crónico entendido como enfermedad" (Fina, A. 1982). Partiendo de este supuesto entendemos las **resistencias** a aceptar cualquier sistema de **control y diagnóstico** objetivo. No hay duda que sin la modificación de todos estos pre-conceptos y de los estatutos, reglamentos, legislaciones, etc., independientemente de otras consideraciones, será muy difícil objetivar los trastornos laborales consecutivos al uso de drogas y a un síndrome de dependencia ulterior posible.

EFFECTOS DE LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS COMO TOXICO

El alcohol sobre el cerebro ejerce su acción sobre las membranas neuronales y las sinapsis. Tanto en el animal de experimentación como en el hombre, el efecto aparentemente estimulante es el resultado de una acción depresora que afecta al sistema reticular activador y que en el hombre se traduce por una disminución de la auto-crítica y un aumento de las posibilidades de las reacciones primarias o agresivas (**F.A. Holloway, 1980**).

La valentía etílica es evidente en la rata y en el hombre: 15 ó 20 cc. (ml.) en ayunas producen, incluso diluidos, sensación subjetiva de calor por vasodilatación periférica por afectación central del centro termoregulador hipotalámico. 35 cc. producen hiporeflexia paletar, y andar, pero en especial escribir a máquina, se convierte en una dificultad con un aumento de errores en más

de un 40%. Sólo 11 cc. son capaces de aumentar los errores en los ejercicios de tiro controlados y en pruebas de memoria. Es necesario señalar que muchos errores se cometen no sólo por la disminución de la coordinación en los reflejos, sino por la ilusoria sensación de seguridad (**L. Faurobert, 1979**). Hay que señalar que después de las bebidas alcohólicas y su acción psicotrópica, el uso del cáñamo, hachís o "porro" es el factor de riesgo laboral con mayor incidencia, como hacía previsible la encuesta Ministerio del Trabajo-Edis, 1985 y la UGT-Edis, 1987 (**Agurell, S. 1984**).

LA INTOXICACION CANNABICA

Dadas las características antes citadas es evidente que la acción de los cannabioles (fundamentalmente el THC) producen efectos que modifican las percepciones visomotoras, los reflejos y las capacidades de auto-control. Es por ello que una pequeña descripción de la intoxicación y posteriormente una discusión sobre el diagnóstico diferencial puede ser aleccionadora para entender por qué el uso del cáñamo en sus diversas preparaciones puede condicionar accidentabilidad laboral.

Existe un acuerdo general de que la mayor parte de los efectos psicoactivos son debidos al THC (Hollister, L.E. 1971), por otra parte al poderse sintetizar la sustancia en 1969 (Petrazilka, T. et al., 1969) permitió estudios con sustancias sintéticas sin las dificultades del "tipado" de la sustancia de procedencia vegetal. Con ello fue posible conocer la distribución y trayectoria del fármaco en el organismo.

Es una sustancia de una larga **vida-media** (aprox. 60 h.) se absorben por el pulmón y el aparato digestivo y continúa detectándose en heces y orina más de 8 días. Esta prolongada **vida-media** tiene como causa, entre otras, el "reciclaje" por la circulación entero-hepática y su fijación en los tejidos, debido especialmente a su alta solubilidad lipídica. En los animales de experimentación -perros y ratas- ha podido demostrarse

su gran concentración en la materia gris cerebral. En el palomo amaestrado, una dosis adecuada (0,3 mg/kg.) altera las respuestas condicionadas más de 2 h. y hacen falta 72 h. para una recuperación total. Por otra parte, ya en 1971 se comunicó un auténtico síndrome de abstinencia en monos que habían sido tratados con dosis altas de THC (Deneau, G.A., 1971), y en 1976 se describió una sintomatología parecida en seres humanos pero en dosis superiores a las promedio en cualquier cultura consumidora y permisiva con el hachís (Jones, R.T., 1976). Los estudios conductuales en especie humana, fuera de las condiciones del laboratorio, son muy complejos, puesto que, como en el alcohol y las anfetaminas, sus efectos pueden modificarse significativamente por las "expectativas de uso" del consumidor, el ambiente y el aprendizaje adquirido en el uso de la sustancia en experiencias anteriores, igualmente como sucede con los efectos neuro-vegetativos y eméticos del tabaco. Las alteraciones en la percepción del tiempo, del espacio, la comprensión y las dificultades en la memoria inmediata son constantes.

Los déficits en la ejecución de trabajos complejos son evidentes, y empeora el rendimiento si entra en la secuencia el **tiempo de reacción** (Chopra Clark, L.D. y Nakashima, E.N., 1968) (Gieringer, D.H., 1988).

La alteración del sentido del tiempo, produce en el sujeto que actúa bajo los efectos de la marihuana una falsa percepción de la velocidad del tiempo, que se "siente" lenticificado.

Para predecir el posible riesgo de accidentabilidad, se usaron las investigaciones habituales en la conducción de vehículos reales y en los "simuladores".

El estudio Hansteen y cols. (Hansteen, R.W. et al., 1972) demostró en un diseño al doble ciego (Double blind Latin square design) en una pista de conos, que los intoxicados por marihuana respondieron con un incremento de errores del 7% significativos en las condiciones experimentales.

En 1974 se realizaron experimentos de

intoxicación con tareas complejas y de conducción de vehículos, tanto para mujeres como hombres. Primero en circuito cerrado y después por carretera en Vancouver (Canadá); los resultados demostraron evidentes diferencias entre los sujetos placebo y los intoxicados, con un claro **déficit** –estadísticamente significativo– para los intoxicados (Klonoff, H. 1974).

Con los datos actuales, podemos señalar que:

–Los datos indicativos de una posible psicosis producida por el uso crónico de marihuana proceden precisamente del Próximo-Oriente y de la India, países en donde el cannabis es una sustancia de uso social admitido, comparable (aunque no superponible) a nuestro alcohol (Chopra, F.C. y Chopra, R.N., 1957).

–Los efectos tóxicos de la marihuana son más evidentes en los niños y en los adolescentes, como sucede con otros fármacos, que en los adultos (**Goldfrank, L.R. et al. 1982**) (**Bryan Page, J. et al., 1988**).

–Los efectos del uso crónico y persistente de la marihuana no han podido ser investigados socio-epidemiológicamente, puesto que la población "normativa" adulta usual en los países industrializados no hace un intervalo suficiente de tiempo que ha adquirido esta condición para permitir estudios de incidencia-prevalencia.

–No existen dudas sobre los efectos agudos embriagantes con un correlato psico-motor, que son, según los datos expuestos, un riesgo potencial para la conducción de vehículos a motor y otras tareas complejas visosensorio-motoras, base del factor accidentabilidad laboral (**Maykut, M.O., 1984**).

–Las posibles acciones antieméticas en cancerosos y beneficiosos sobre el glaucoma, efectos terapéuticos positivos de un fármaco, no pueden inducir a juicios de valor, como pretenden los managers del marketing de una futura Marihuanera, S.A..

Nadie duda de los efectos terapéuticos positivos de la morfina, pero no por ello nos atreveríamos a negar sus efectos negati-

vos en determinadas condiciones de uso (Chashton, 1987).

LA MARIHUANA, NUEVO FACTOR DE RIESGO DE ACCIDENTABILIDAD LABORAL.

Las características del consumo tanto de la encuesta Ministerio del Trabajo/Edis, 1985 y la de UGT/Edis, 1987, hacen evidente que la posibilidad del accidente, de la baja productividad, etc, en el centro de trabajo tiene que dirigirse no sólo para su prevención hacia las bebidas alcohólicas sino también hacia la marihuana, hachís, "porros", etc.

Cuando la experiencia se realiza con aparatos "simuladores", es evidente que la marihuana perturba la observación del velocímetro.

Por otra parte, como el alcohol, se incrementaba el tiempo de latencia motora de una forma significativa.

Cuando además se añadían señales subsidiarias que exigían respuestas complementarias además de la conducción, la afectación de estas tareas era muy demostrativa (Gieringer, D.H., 1988).

Si además se colocaba en la situación experimental con un aparato "simulador" que permitiera adelantamientos, (Public Health Service, 1972) los riesgos evidentes de colisión por retardo en la decisión eran evidentes. Existía, según después demostraría Ellingstad (Ellingstad, U.D. et al., 1973), un grave déficit en la "exactitud del juicio crítico y comparativo".

En una situación laboral experimental se compararon 19 sujetos tratados con placebo y 18 con una dosis de marihuana en una tarea de secuencia motora y seguimiento visomanual, se observó que las desviaciones con error absoluto y la varianza de error subjetiva aumentaba con los efectos de la marihuana. Otros trabajos posteriores han demostrado estos hallazgos. Por otra parte, todo lo que requiera una estrecha vigilancia hacia las señales sensoriales (luces, timbres, vibraciones, etc.) se deteriora y el rendi-

miento con riesgo de accidentabilidad aumenta (Moskowitz, H. et al., 1972).

Las dificultades en la motividad ocular extrínseca, que sugerían determinados errores perceptivos de señales luminosas, no fueron comprobados cuando se controló dicha actividad ocular; evidenciando la afectación de los sistemas de integración centrales.

Los avances son significativos, evidentes, pero no definitivos. Rememorando otra vez el caso del tabaco, es necesario un serio abordaje epidemiológico, que sólo será posible, como dice Meyer, R.E. (Meyer, R.E., 1982) dentro de diez años, "cuando nuestros jóvenes usuarios de marihuana, que se iniciaron entre los 10-15 años, puedan servir para evaluar el riesgo y las implicaciones del consumo crónico de marihuana" (Tashkin, D.P., 1988).

Existen estudios demostrativos de los efectos adversos del alcohol-marihuana cuando se emplean simultáneamente (Sulkowski, A. y Vachon, L.; 1977), puesto que los efectos son más graves y duraderos, que cuando se usa una sola de dichas sustancias. Aunque la investigación farmacológica ofrece importantes lagunas explicativas, no existe ninguna duda en la sumación de los efectos adversos (Jones, R.T. y Stone, G.C., 1970) (Lenton, J.D. Lee S.R., 1985).

Los datos anteriores son significativos en este aspecto de riesgo. Haremos un pequeño esbozo de los síntomas cognitivos de la intoxicación, así como de las manifestaciones de carácter somático, teniendo en cuenta la posibilidad de la interferencia de la asociación de los cannabioles con alcohol, cosa frecuente en nuestros medios (Dishion, T.J. 1985) (Orvens, S.M. 1983).

a) Manifestaciones cognitivas

- Sensación de objetividad, de claridad, de inteligencia, agudeza, sentirse deshinibido, vivirse y sentirse uno extraño de sí mismo, pero sin llegar a la despersonalización.
- Conductas de euforia, alegría, relajación,

bienestar. Somnolencia y en ocasiones sueño. Actos que expresan confianza en uno mismo.

– Hilaridad, sea cual sea el mensaje percibido; cualquier detalle del medio despierta una conducta de risa y de humor vacuo. Pequeñas frases, palabras o estímulos de otra naturaleza desencadenan risas y risotadas (Mendhiratta, S.S. 1988).

– Existe una gran labilidad afectiva y determinados estímulos intensos procedentes de fuera del contexto desencadenan momentos de tristeza excesiva.

– Los pensamientos se escapan a veces del propio control, existiendo asociaciones distorsionadas o paradójicas del mismo; la realidad se percibe, pero con una cierta distorsión controlable. Para mejorar esta percepción, el intoxicado intenta concentrarse y estar atento sin que pueda conseguirlo durante un tiempo suficiente, por ello su sentido de la identidad se altera y también el detalle de la orientación.

– Sensación de que las cosas son recientes, nuevas, las imágenes percibidas son vividas; conciencia de que existe un aumento de la percepción del estímulo; simples ilusiones de todo tipo. Especialmente a nivel auditivo y visual que, ocasionalmente, pueden interpretarse como pseudo-alucinaciones.

– Todas estas vivencias anteriores pueden despertar sensaciones de disconfort y de paranoia, que pueden desembocar en vivencias de ansiedad y pánico, que se acompañan del correspondiente correlato de la sensación de opresión precordial y peso u opresión digestiva. Ambas sensaciones despiertan ocasionalmente la sensación angustiosa de muerte próxima.

– Existe una alteración de la percepción y de los conceptos de espacio y tiempo, alterándose algunas de las conductas referidas a la evaluación de los mismos. También puede observarse un cierto cambio en la imagen del propio cuerpo, con una fuerte tendencia a hipervalorar las posibles acciones, con un intento de explicación de estas vivencias y alteración de la respuesta sexual.

– El comportamiento está alterado con evidente inadaptación, debilidad de juicio, interferencia entre la conducta profesional-laboral y la social, pérdida de la responsabilidad, todo ello expresado con cambios en la forma y manera de hablar: demasiada rapidez, elocuencia con divagaciones, dificultades para mantener el hilo del discurso, imposibilidad del pensamiento secuencial (incoherencia) y alteraciones en la memoria inmediata (Negrete, J.C. 1985).

b) *Trastornos somáticos*

– Aumento de apetito y de la sed, sensación nauseosa, sensación de pesadez y opresión de la cabeza con mareo y somnolencia, percepción falsa del peso de los miembros del cuerpo con ocasional dificultad para que estos obedezcan las órdenes voluntarias, puesto que se perciben como débiles, sensación de flotación y parestesias.

– Inquietud, temblor, ocasionalmente ataxia, aparente sensibilidad aumentada al tacto, al dolor, sequedad de boca, taquicardia, aumento de la frecuencia en la micción y manifiesta inyección de las conjuntivas (Nathew, R.J. et al. 1989)

Hemos de tener en cuenta que la reacción individual al cáñamo varía según la dosis, la situación psicosocial del usuario y el status de la droga en la estructura social. Dada la forma de uso habitual de este producto es muy difícil conocer la cantidad real de droga consumida (Hollister, L.E. 1971).

c) *Indicaciones para el diagnóstico diferencial*

Es necesario, como en el diagnóstico diferencial entre síndrome de abstinencia por alcohol y síndrome de abstinencia por barbitúricos, conocer la historia previa del paciente antes de esta intoxicación, aunque ello no es fácil en las condiciones de urgencia aguda en el botiquín o dispensario de una empresa (Freixa, F. et al. 1988).

La diferencia entre intoxicación por alcohol y cáñamo puede establecerse general-

mente por el olor "sui generis" (Rittenhouse, J.D. 1980).

La diferencia con los **alucinógenos** es aún difícil, puesto que cuando se usan dosis muy bajas de anfetaminas alucinógenas o L.S.D. las manifestaciones son prácticamente idénticas.

Pero es posible distinguir la toma de **anfetaminas** por la midriasis, la existencia de hipertensión, taquicardia, ocasionalmente por la presencia de náuseas, vómitos, borborigmos, diarrea ocasional, boca seca, etc.

Los fármacos anticolinérgicos, en especial antidepresivos tricíclicos, han sido empleados ocasionalmente a dosis extraterapéuticas con finalidades estimulantes; en este caso, la midriasis, la piel seca, las quejas de sofocaciones, la sequedad de boca, mucosa nasal y ocular, la hipertensión, la taquicardia, la intranquilidad y la hiperactividad, ocasionalmente la hiperipexia y el enlentecimiento de la motilidad intestinal, que excepcionalmente puede remedar el ileus, le distinguen de la intoxicación por anfetaminas. Además es típica en una persona joven y sin antecedentes de patología urinaria la dificultad de la micción, la retención urinaria y ocasionalmente el bolo vesical.

Las alteraciones electrocardiográficas de la intoxicación por tricíclicos son ya conocidas.

La intoxicación por **cocaína** es un cuadro absolutamente distinto al del cáñamo, sólo determinadas formas de psicosis confusionales relacionadas con ella pueden parecerse; la atrofia de la mucosa nasal (es rara la perforación del septum), la hipertensión y la taquicardia y, eventualmente, las sacudidas musculares de extensión, especialmente en extremidades superiores, son características.

Una sobredosis de determinados **hipnóticos** barbitúricos, cuando inciden en jóvenes psicóticos endógenos o hipomaniacos (manifestaciones de psicosis maniaco-depresivas) pueden remedar la intoxicación aguda por cáñamo, incluso una dosificación inadecuada de determinados neurolépti-

cos, con capacidad sedativa-hipnótica pueden hacerlo (levomepcomacina, clotiapanina, etc.). En estos casos el nistagmus, la disartria y la ataxia, constituyen rasgos diferenciales que se acompañan ocasionalmente de manifestaciones dermatológicas de carácter ampolloso.

El diagnóstico diferencial con la intoxicación medicamentosa o por otras drogas no es en principio suficiente puesto que, la experiencia de los Centros de Urgencia de Hospitales Generales dada la edad promedio de los usuarios del cáñamo, indica que ciertas formas de descompensación esquizofrénica aguda, las crisis situacionales del adolescente, las manifestaciones maniaco-depresivas, la angustia fóbica y las manifestaciones de despersonalización, pueden ser concomitantes o coincidentes con la intoxicación o con el uso esporádico del cáñamo. En los jóvenes es preciso tener en cuenta que estos desórdenes de carácter psiquiátrico coinciden muchas veces con un intento de "experiencia" con drogas.

Durante el interrogatorio del intoxicado, así como de los acompañantes, en especial si éstos son jóvenes de su grupo de pertenencia o simplemente compañeros de la empresa de su edad, es preciso captar el argot para inmediatamente, frente a un cuadro de intoxicación aguda, dirigir la investigación hacia las drogas. Los términos: colcón, globo, pasárselo bien, flipado, estar colgado, bacilón, flotar, snifado, muermo, mola..., tienen que alertar al profesional.

Los aspectos de tratamiento de las manifestaciones patológicas y psicopatológicas que pueden manifestarse dentro del ámbito laboral en forma aguda, tanto en lo que se refiere a la intoxicación aguda por bebidas alcohólicas, al síndrome de dependencia al alcoholismo, a las manifestaciones de la enfermedad alcohólica consecutivas a la dependencia (hepatopatía, pancreopatía, miocardiopatía, etc.) a la intoxicación aguda o persistente por cáñamo, grifa o marihuana y lo que es en verdad la combinación tóxica de ambas sustancias o la asociación

Problemática sociosanitaria del consumo de drogas con otras (cocaína, tranquilizantes, etc.) constituye el objeto de otro trabajo (Goldfrank, L.R. 1982) (Lenton, J.D.; Lee, S.R. 1985).

BIBLIOGRAFIA

- AGURELLS, S.; DEWEY, W.L.; WILLETTE, R.E. et al. «The Cannabinoids: Chemical, Pharmacologic and Therapeutic aspects.» *Academic Press. Orlando, Florida.*
- BRYAN PAGE, J.; FLETCHER, J.; TRUE, W.R. «Psychosociocultural perspectives on chronic cannabis use: The Costarican Follow-up» *J. Psychoactive Drugs*, vol. 20 (1) Jan-Mar: 57-65 1988.
- CHASHTON, J.M. «Cannabis: Danger and possible uses» *British Med. J.*, núm. 6565, vol. 294: 137-196.
- CHOPRA, F.C., CHOPRA, R.N. U.N. *Bulletin of Narcotics*, 9:23. 1957.
- CHOPRA CLARK, L.D.; NAKASHIMA, E.N. *Am. J. Psychiatry*. 125:379-384, 1986.
- DENEAU, G.A. *Pharmacologist* 13:146. 1971.
- DISHION, T.J. «Adolescents marijuana and alcohol use». *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 11 (1-2): 11-25.
- ELLINGSTAD, V.D.; et al. Alcohol, Marijuana and risk taking. Univ. South Dakota. Vermillion. U.S. 1973.
- FAUROBERT, L. *El riesgo alcohólico en la Empresa*. Ed. Asociación Cántabra de Medicina en Trabajo. Santander, 1979.
- FREIXA, F.; MASFERRER, J.; SALA, LL. *Urgencia en drogodependencias*. (1.ª Ed. Sandoz 1986) Segunda Ed. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela, 1988.
- GIERINGER, D.H. «Marijuana, driving and accident safety» *J. Psychoactive Drugs*, vol. 20 (1) Jan-Mar: 93-101, 1988.
- GOLDFRANK, L.R. *Toxicologic Emergencies*. Applenton Century Crofts. N.Y. 1982.
- HANSTEEN, R.W. et al. *Le dain Comission*. Official Printing. Ottawa, Canada. 1972.
- HOLLISTER, L.E. *Science*, 172: 21-29. 1971.
- HOLLOWAY, F.A. et al. «Effects of cortical hypothalamic and hippocampal lesions on Chronic Alcohol Intake...» En: *Currents in Alcoholism*, Galanter, M. (Dir.) Grune-Stratton. New York, 1980.
- JONES, R.T.; STONE, G.G. «Psychological studies of marijuana and alcohol in man». *Psychopharmacol.* 18:108-117.
- KLONOFF, H. «Marijuana and driving in real-life situations» *Science* 186:317-324, 1974.
- LENTON, J.D. LEE, S.R. «Combined abuse of alcohol, cocaine and marijuana: Behavioral consequences and treatment Issues» En: *Proceedings of the 34th Congress on Alcoholism and Drug Dependence*. Calgary, Alberta, Canadá. 1985.
- MATTILA, M. *Alcohol, Drugs and Driving*. S. Karger-Basel. 1976.
- MAYKUT, M.O. *Health consequences of acute and chronic marijuana use*. Pergamon-Press, N.Y.
- MENDHIRATTA, S.A. «Cannabis and cognitive functions: A reevaluation study». *British J. Addiction*, 83: 749-753. 1988.
- MEYER, R.E. Farmocología de la conducta con marihuana. En: Lipton M.A. et al. *Psicofarmacologia Expans*, Barcelona 1982.
- MOSKOWITZ, H. et al. «Effects of Marijuana on the psychological...» *Percept. Mot. Shills*. 38: 959-962. 1972.
- NATHEW, R.J.; WILSON, W.H.; TANT, S.R. «Acute changes in cerebral blood flow associated with marijuana smoking» *Acta Psychiat. Scand.* 79: 118-128. 1989.
- NEGRETE, J.C. «Les effets psychopathologiques de l'usage du cannabis» *Psychotropes*, vol. 2: núm. 1. Hiver, 1985.

- OWENS, S.M. et ali. «The use of Marijuana, ethanol and other Drugs among drivers...» *J. Forensic Sciences*, vol. 28, núm. 2: 372-379.
- PETRAZILKA, T. et ali. *Helv. Chim. Acta*: 52:1.102-1.134, 1979.
- PUBLIC HEALTH SERVICE. *Marijuana and Health* (sucesivos informes) N.I.D.A. Washington D.C. (1972, 1980, 1986).
- RITTENHOUSE, J.D. et ali. *Consequences of Alcohol and Marijuana Use*. N.I.D.A. D.H.H.S. Washington, D.C. 1980.
- SANTODOMINGO, J. «Aspectos epidemiológicos del Alcoholismo» En *Ponencias Simposio sobre Alcoholismo*. Asoc. Cántabra Med. y Seg. Trabajo, Santander (offset) 1979.
- SULKOWSKI, A.; VACHON, L. «Side effects of simultaneous alcohol and marijuana use» *Amer. J. Psych.*, 134 (6): 691-692, 1977.
- VARIOS AUTORES. Monográficos: «Alcoholismo y otras toxicomanías en el trabajo» *Medicina de Empresa*, vol. XVI, núms. 3 y 4.
