

## **IMPLICACIONES PSICO-LEGALES DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL**

Roberto Tejero Acevedo,  
Ana Fernández-Alba Luengo<sup>1</sup>  
José Luis Graña Gómez  
*Universidad Complutense de Madrid*

M<sup>a</sup> Elena Peña Fernández  
*Universidad Complutense de Madrid y CES San Pablo CEU*

### **Resumen**

En este artículo se analiza el consumo de alcohol y otras drogas en la población trabajadora y sus posibles repercusiones, en relación con la legislación española, considerando los datos más importantes en cuanto a prevalencia de uso, condiciones favorecedoras del consumo y efectos asociados. El consumo de estas sustancias en población trabajadora es muy superior al de la población general y afecta negativamente a la salud y seguridad de los trabajadores e intereses de las empresas (accidentabilidad, absentismo, inestabilidad laboral y conductas improductivas). Se analizan los cambios legislativos que regulan el consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral y se propone el cumplimiento de las medidas preventivo-asistenciales ordenadas por las leyes como estrategia adecuada para afrontar el problema. El profesional de la psicología puede aportar métodos y técnicas de utilidad en la investigación, prevención y tratamiento de este fenómeno desde un marco multidisciplinar. El conocimiento del marco regulador será necesario para el cumplimiento de estos objetivos.

**PALABRAS CLAVE:** *legislación, alcohol, drogas, ámbito laboral.*

### **Abstract**

In this article, the consumption of alcohol and other drugs in the working population and its possible consequences with regard to the Spanish legislation are analyzed. The most relevant data concerning the prevalence of use, conditions that favor consumption, and associated effects are taken into account. Consumption of these substances in the working population is much higher than in the general population and this has a negative affect on health, workers' safety, and company interests (accidents, absenteeism, labor instability, and unproductive behaviors). Changes in legislation that regulate the consumption of alcohol and other drugs in the work setting are analyzed, and compliance

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Ana Fernández-Alba Luengo. Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I (Psicología Clínica). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. 28223 Madrid. *e-mail:* anafalba@psi.ucm.es

with the legal preventive-assistance measures is proposed as an appropriate strategy to deal with the problem. The psychology professional can contribute useful methods and techniques in research, prevention, and treatment of this phenomenon from a multidisciplinary framework. Knowledge of the regulating framework is necessary to achieve these goals.

KEY WORDS: *legislation, alcohol, drugs, work setting*

### Introducción

El consumo de alcohol y otras drogas presenta una especial incidencia en el mundo laboral, cuya población muestra índices de consumo de dichas sustancias más elevados que la población general, debido a diversas circunstancias, algunas de ellas relacionadas con las propias condiciones laborales. En España se dispone de datos recientes de 2001 a escala nacional (FAD-DGPNSG, 2002) y estudios epidemiológicos previos (FAD, 1996; UGT, 1987) que permiten seguir la evolución temporal del consumo de estas sustancias en la población trabajadora durante los últimos 15 años, así como de diversas encuestas autonómicas con metodología muy similar. Todas estas encuestas, nacionales y autonómicas, basan sus resultados únicamente en la información que ofrecen los trabajadores, lo que supone una seria limitación. Existen métodos de detección del consumo y/o dependencia que pueden complementarlas, de gran utilidad en la aplicación de planes preventivo-asistenciales, si bien tampoco están exentos de limitaciones y su uso no puede ser indiscriminado, ya que la ley sólo permite la evaluación del trabajador de forma involuntaria en caso de que su estado de salud pueda implicar un grave peligro.

El problema presenta mayor relevancia si consideramos que afecta especialmente a sectores de elevada peligrosidad, tales como la construcción, la minería, energía y química, el metal o el sector pesquero (FAD-DGPNSG, 2002). El consumo de drogas tiene implicaciones sobre la salud y el entorno psicosocial del trabajador, y también sobre su propia seguridad y la de sus compañeros, además de diversas consecuencias negativas para la productividad de las empresas, lo que termina afectando a la economía y a la sociedad. Las repercusiones económicas son cuantiosas, aunque difíciles de evaluar, y los datos, a los que no se hará especial referencia, son muy poco precisos (Harwood, 1990; OIT, 1998, 1999; Ribas, Portella, Riado y Camacho, 1999; Sánchez, 1998; Yagüe, 1990). No obstante, los estudios sobre los efectos del consumo de alcohol y otras drogas en el trabajo, afectados por diversas limitaciones técnicas y por lógicas restricciones éticas, no aportan datos consistentes, siendo susceptibles de ser interpretados de forma sesgada, en un entorno fuertemente ideologizado donde existen intereses contrapuestos (Megías, 2001). Por otro lado, el concepto del *alcohol y otras drogas* es muy amplio y eso ha generado no pocos problemas en los estudios de este tipo (Normand, Lempert y O'Brien, 1994). En este estudio se analizará el consumo de alcohol, sustancias ilegales y psicofármacos, por entender que afectan especialmente a la salud y seguridad de los

trabajadores; no obstante, el consumo de tabaco constituye una auténtica epidemia entre la población trabajadora, con un 47,3% de fumadores diarios (un 1% menos que en 1996) en población ocupada (FAD-DGPNSD, 2002), se trata de un hábito adictivo con una droga institucionalizada que tiene importantes implicaciones sobre la salud y ha suscitado numerosos programas de intervención en las empresas (Alarcón y Domínguez, 2000; Marín y González, 1990; Montesdeoca y Montesdeoca, 1997; Navarro, 1995; Plana, 1997; Serrano, 1993).

Con independencia de la magnitud de los efectos del consumo de drogas, existe amplio consenso en asumir que su consumo implica numerosos efectos negativos para la salud y seguridad de los trabajadores y su entorno, y así lo han reconocido diversas organizaciones internacionales, entre ellas la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1987, 1996, 1999) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993a). El Derecho no es ajeno a esta cuestión, que afecta a la sociedad y a su integridad, y existen leyes y normas que intentan regularlo.

En este otro nivel de análisis se pretende describir el conjunto de leyes que regulan el consumo de drogas entre los trabajadores en España, las conexiones y las diferencias existentes entre ellas y sus implicaciones para los trabajadores y los técnicos relacionados con dichas sustancias. Al tratarse de un fenómeno tan amplio, el análisis abarcará diferentes jurisdicciones (social, civil, penal) y numerosos textos legales, tales como textos fundamentales (*Constitución Española*), códigos (*Código Penal*, *Código Civil*), normas sanitarias (*Ley General de la Seguridad Social*, *Ley General de Sanidad*) y laborales (*Ley de Prevención de Riesgos Laborales*, *Estatuto de los Trabajadores*). Toda esta legislación nacional se complementa con leyes autonómicas sobre drogas y drogodependencias, entre ellas la reciente *Ley sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos* de la Comunidad de Madrid (CAM), que incluyen el ámbito laboral, abordándolo de un modo mucho más específico, coordinándose con la estrategia nacional sobre drogas. El grueso de la legislación considera las drogodependencias como una patología y, en consecuencia, propone aplicar medidas para su prevención y tratamiento, se analizan en este sentido las intervenciones realizadas en las empresas y su tipología. El art. 54.2.f del vigente Estatuto de los Trabajadores (ET), que legitima al empresario al despido del trabajador drogodependiente puede considerarse anacrónico y contradictorio con el resto de la legislación, sus implicaciones también serán analizadas.

Cuestiones como las anteriores cobran relevancia para el profesional de la Psicología y los diversos técnicos intervinientes en la materia, ya que van a regular las directrices de su actuación, condicionándola. Por otro lado, legisladores y juzgadores necesitarán de la pericia de estos técnicos, tanto en la elaboración como en la aplicación de dichas normas.

### Algunos datos epidemiológicos

Los niveles de consumo mostrados por las encuestas en población trabajadora ocupada son notablemente superiores a los de la población general, como se observa al comparar los datos con los obtenidos en la encuesta domiciliaria realizada en 1999 por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD, 2001) (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Porcentajes de consumidores abusivos de alcohol (más de 75 cc. de alcohol puro consumidos el día anterior) y de las restantes sustancias (consumidas éstas durante el último mes) en población trabajadora ocupada y en población general.

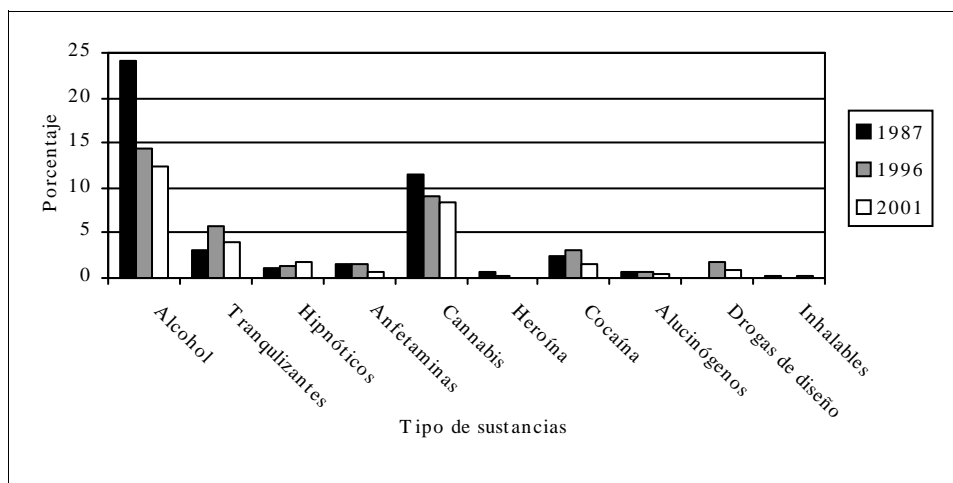
	Población trabajadora ocupada							Población general	
	1987 Nacional (a)	1996 Nacional (b)	2001 Nacional (c)	1996 Madrid (d)	1997 Andalucía (e)	1998 Valencia (f)	1999 Canarias (g)	1999 C.Mancha (h)	1999 Nacional (i)
Alcohol (consumo abusivo)	24,1	14,4	<b>12,3</b>	12,4	8,7	9,7	10	7,8	<b>6</b> (laborables) <b>7,7</b> (fines de semana)
Tranquilizantes	3,1	5,7	<b>4</b>	3,6	3,9	8,4	6,2	-	-
Hipnóticos	1	1,4	<b>1,7</b>	1,5	1,4	3,4	1,9	-	-
Anfetaminas	1,5	1,6	<b>0,6</b>	1,9	0,3	2,3	1,9	-	<b>0,2</b>
Cannabis	11,5	9,1	<b>8,3</b>	7,8	4,8	9,9	6,3	3	<b>4,2</b>
Heroína	0,6	0,3	<b>0,1</b>	0,7	0,1	0,7	0,5	-	<b>0,04</b>
Cocaína	2,4	3,1	<b>1,6</b>	3,8	1	5,3	2,7	0,6	<b>0,6</b>
Alucinógenos	0,7	0,6	<b>0,4</b>	1,5	0,4	1	1,2	0,3	<b>0,2</b>
Drogas de diseño	-	1,8	<b>0,8</b>	3	0,2	2,1	2	1,8	<b>0,2</b>
Inhalables	0,3	0,1	<b>0,2</b>	0,2	0,1	0,2	0,3	-	<b>0,1</b>

Fuente: (a) UGT (1987); (b) FAD (1996); (c) FAD-DGPNSD (2002); (d) FAD (1998); (e) EDIS (1998); (f) FAD (1999); (g) FAD-DGPNSD (2002); (h) Bartolomé (1999); (i) DGPNSD (2001).

La tendencia general de los datos de 2001 (FAD-DGPNSG, 2002) muestra un decremento en el consumo de alcohol y otras drogas en población ocupada respecto a 1996, excepto para el caso de los hipnóticos, donde se detecta un ligero aumento. Sin embargo, la población en paro muestra un nivel de consumo superior a la población ocupada y un aumento en el consumo de cannabis, cocaína, alucinógenos y drogas de síntesis. El consumo abusivo de alcohol ha experimentado un notable descenso en la población ocupada desde las alarmantes cifras de 1987 (24% de los trabajadores), continuando la línea mostrada en 1996 (14,4%), hasta el 12,3% actual. Respecto al consumo de las restantes sustancias en el último mes en población ocupada, el consumo de sustancias ilegales también desciende. El uso de cannabis, la sustancia ilegal más

consumida, muestra una evidente disminución, pasando del 11,5% (en 1987), al 9,1% (en 1996) hasta el 8,3% actual. La cocaína, con un 1,6% invierte la tendencia al aumento mostrada en 1996 (3,1%) respecto a 1987 (2,4%). El descenso en el consumo de heroína resulta espectacular (0,6% en 1987; 0,3% en 1996 y 0,1% en 2001). También desciende, de forma muy notable, el consumo de drogas de diseño (del 1,8% en 1996 al 0,8% en 2001) y el de alucinógenos (0,7% en 1987; 0,6% en 1996 y 0,4% en 2001). El consumo de inhalables aumenta ligeramente respecto a 1996 (del 0,1% al 0,2%, aunque es inferior al 0,3% de 1987). Respecto al consumo de psicofármacos, destaca el descenso en el consumo de tranquilizantes (del 5,7% en 1996 al 4% en 2001, aunque continúa siendo superior al 3,1% de 1987); el consumo de hipnóticos muestra una nítida tendencia al aumento (1% en 1987; 1,4% en 1996 y 1,7% en 2001), pero no el de anfetaminas, que desciende (1,5% en 1987; 1,6% en 1996 y 0,6% en 2001) (ver Figura 1).

Los estudios realizados en diversas Comunidades Autónomas en la segunda



**FIGURA 1.** Porcentaje de consumidores abusivos de alcohol (superior a 75cc. de alcohol puro consumidos el día anterior) y de las restantes sustancias (consumidas durante el último mes) en población trabajadora ocupada desde 1987 hasta 2002.

Fuente: FAD-DGPNSD (2002)

mitad de los años 90 (ver Tabla 1), emplean una metodología similar a las encuestas nacionales, pero al tratarse de estudios independientes, no pueden atribuirse las diferencias de forma unívoca a factores regionales, temporales o variables extrañas no controladas. Al comparar los estudios realizados en las distintas comunidades autónomas con la última encuesta nacional, se observa que existe un menor consumo abusivo de alcohol en población ocupada en todas las CC.AA, exceptuando el caso de la CAM. Respecto al resto de sustancias consumidas durante el último mes en esta población, destaca el mayor consumo de psicofármacos en Valencia y Canarias; siendo también

Valencia la comunidad en la que se produce el mayor consumo de todos los tipos de sustancias ilegales, lo mismo que en Madrid y Canarias con la excepción del menor consumo de cannabis en estas dos últimas comunidades. Los datos de Castilla-La Mancha y Andalucía muestran niveles inferiores de consumo.

Los datos de la última encuesta nacional confirman un mayor consumo en sectores de elevada peligrosidad: el sector de la construcción es en el que se evidencian las mayores tasas de consumo en casi todas las sustancias, seguido de otros sectores como la minería, energía y química, el metal o la pesca (ver Tabla 2).

**TABLA 2.** Porcentajes de consumidores abusivos de alcohol (más de 75 cc. consumidos el día anterior) y de las restantes sustancias (durante los últimos 12 meses) en función del sector productivo al que pertenecen

	Alcohol (consumo abusivo)	Cann a-bis	Cocaína	Drogas de diseño	Alucin ó-ge- nos	Herófi- na	Speed- Anfeta- minas	Hipnó- ticos	Tran- qui- lizantes
Construcción	15,8% (1°)	12,7% (1°)	9,0% (1°)	4,1% (1°)	2,3% (3°)	1,8% (1°)	3,2% (1°)	0,9% (8°)	5% (1°)
Minería- Energía- Química	14% (3°)	5,6% (2°)	4,2% (3°)	1,4 (4°)	2,8 (2°)	0% (7°)	2,1% (4°)	1,4% (7°)	2,1% (9°)
Alimentación- Textil	14% (3°)	1,9% (6°)	1% (7°)	1% (5°)	0% (6°)	0% (6°)	0% (5°)	1,9% (5°)	5,8% (6°)
Metal-E. Eléctricas- Vehículos	9,3% (7°)	4,2% (4°)	4,7% (2°)	4,1% (1°)	3,1% (1°)	1,3% (3°)	3,1% (2°)	0,5% (9°)	6,2% (4°)
Comercio- Hostelería	10,7% (5°)	4,3% (3°)	1,9% (6°)	1,9% (3°)	0,3% (8°)	0,6% (4°)	1,3% (6°)	1,6% (6°)	5,9% (5°)
Transporte- Comunicaciones	13,2% (4°)	1,7% (7°)	3,3% (4°)	0,2% (6°)	0,8% (6°)	0% (3°)	2,5% (3°)	3,3% (2°)	4,1% (7°)
Banca- Administración- Servicios a empresas	14,1% (2°)	2,3% (5°)	2,7% (5°)	1% (5°)	1,2% (5°)	0% (5°)	1,2% (7°)	4,1% (1°)	6,4% (3°)
Educación- Sanidad	8,8% (8°)	1,9% (6°)	4,2% (3°)	2,3% (2°)	0,4% (7°)	0,4% (5°)	1,9% (5°)	2,3% (4°)	6,8% (2°)
Agricultura- Pesca	9,5% (6°)	1% (8°)	0,2% (8°)	0% (4°)	1,6% (4°)	1,6% (2°)	0% (3°)	3,2% (3°)	9,5% (1°)

Fuente: FAD-DGPNSD (2002)

Nota: entre paréntesis figura el número de orden en función del porcentaje de consumidores de cada sustancia.

Por otra parte, los estudios centrados en empresas o sectores particulares muestran gran variabilidad en los resultados sobre la prevalencia del consumo (algunos ejemplos del consumo de alcohol en el ámbito español se muestran en la Tabla 3), dicha variabilidad podría deberse a las características de las diferentes muestras, pero también a la diversa metodología empleada (véase el resumen recogido en la tabla 4) y sus limitaciones, que van a afectar negativamente a la precisión de los estudios epidemiológicos e investigaciones realizadas (Blanco y Antequera, 1997; Fernández-

Montalvo y Echeburúa, 2001; Finauer, 1990; Lehman y Simpson, 1992; Muchinsky, 1994; Normand et al., 1994; Sánchez, 1994). Concretamente, (1) los métodos de detección basados en marcadores bioquímicos son más veraces y fiables que los autoinformes, pero sólo son útiles para la detección de uso reciente de drogas, no informan sobre el patrón de consumo, grado de dependencia, o impacto en el trabajador (Blanco y Antequera, 1997; Cabrero y Luna, 1999; Normand et al., 1994); (2) existen restricciones legales para realizar mediciones objetivas de tóxicos en los trabajadores, ya que deben ser respetados los derechos sobre su intimidad, por ello se emplean más las medidas de autoinforme (Blanco y Antequera, 1997; Masip, 1999; Normand et al., 1994; Sánchez, 1996); (3) dichas medidas de autoinforme pueden ser distorsionadas por los trabajadores, motivados por evitar posibles represalias (Gala, García y Delgado, 1989; Girella, Hernández y Villanueva, 1994; Masip, 1999; Rodríguez-Martos, 1998); (4) las encuestas y autoinformes basan sus resultados en la percepción que los sujetos tienen sobre su consumo, que no coincide necesariamente con la realidad del mismo (Normand et al., 1994); (5) las empresas pueden no mostrarse cooperativas en la investigación ante la posibilidad de que la información sobre el consumo de drogas en sus empleados trascienda a sus consumidores o usuarios (Masip, 1999; Normand et al., 1994; Rodríguez-Martos, 1998; Sánchez, 1994).

**Tabla 3.** Algunos estudios españoles referidos al consumo de alcohol en el trabajo en diferentes sectores productivos

Autor y año	Sector	N	Metodología	Resultados
Cabrero et al. (1998)	Ferroviano	9.948	Muestras aleatorias de aire espirado	0,3% consumo excesivo (>0,5 g/L) y 4,2% consumieron (0,1-0,5 g/L)
Cabrero et al. (1996)	Ferroviano	800	Anamnesis, cuestionario, marcadores bioquímicos y exploración física	8,4% consumidores excesivos
Cabrero et al. (1994)	Ferroviano	180	Marcadores bioquímicos	Ningún trabajador supera los 0,5 g/L (criterio de normalidad)
Gala et al. (1989)	Varios	2.280	Anamnesis y marcadores bioquímicos	38,9% supera los 75 cc/día
Gómez et al. (1990)	No específica	176	Cuestionario	44,88% bebedores habituales; 9,09% bebedores excesivos; 27 % de bebedores excesivos;
Girella et al. (1994)	Varios	241	Cuestionario CAGE y marcadores bioquímicos	Metal:53%; Construcción: 48,5%; Agricultura: 33%; Transportes: 27%.
Morales et al. (1994)	Pesca	707	Historias clínicas y entrevistas personales	51,7% hábito alcohólico
De Gea et al. (1994)	Pesca	304	Cuestionario y marcadores bioquímicos	46, 42% supera los 80 gr/día (77,4% los fines de semana)

**Tabla 4.** Principales métodos de detección del consumo de alcohol u otras drogas en el ámbito laboral

Método de Detección		Descripción
Marcadores biológicos	Fluidos Corporales	Análisis de fluidos (orina, sangre, sudor, saliva, aire espirado). Pueden detectar el consumo, no el hábito.
	Marcadores pato-bioquímicos	Pueden detectar los efectos que el consumo crónico haya podido producir en el organismo.
	Exploración física	Permiten indagar signos y síntomas de intoxicación o de abstinencia (e.g. descoordinación psicomotriz, temblores, alteración de la conciencia y del lenguaje, del curso o contenido del pensamiento, irritabilidad, alteración del estado afectivo).
Instrumentos de Autoinforme		El trabajador proporciona información sistemática y/o estandarizada sobre sus patrones de consumo.
Métodos Socio-laborales		Analizan las repercusiones que el abuso de las drogas manifiesta sobre el trabajador (disminución del rendimiento, retrasos o ausencias, accidentes, cambios de humor, irregularidades en su comportamiento, problemas de salud).
Entrevistas	Personales	Contribuyen a elaborar la anamnesis y establecer el patrón de consumo y/o dependencia del trabajador.
	Familiares o Compañeros	

Fuente: Cabrero y Luna, 1999; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2001; Saiz, Portilla, Paredes, Bascarán y Bobes, 2002; Sánchez, 1996.

La mayor prevalencia de consumo de alcohol y otras drogas en población trabajadora respecto a la población general puede ser, en parte, explicada por la existencia de variables sociodemográficas asociadas a la población trabajadora que a su vez están relacionadas con el consumo de estas sustancias (FAD-DGPNSD, 2002; Megías, 2001; Ortiz, 1994; Sánchez, 1996, 1998, 1993), como puede ser la edad (población joven), el sexo (mayoritariamente masculina, si bien cada vez menos) o la mayor disponibilidad económica. La relación no es simple, ya que la actividad laboral puede mostrarse también como un factor de protección respecto al consumo, y así lo sugieren las mayores tasas de consumo en todas las sustancias en población en paro tanto en las encuestas nacionales como autonómicas (Megías, 2001). Se constata, no obstante, la existencia de determinadas condiciones asociadas al entorno laboral que pueden fomentar el consumo de alcohol y otras drogas (Megías, 2001; Ortiz, 1994; Sánchez, 1996). La última encuesta nacional (FAD-DGPNSD, 2002) introduce una metodología que indaga sobre la importancia del entorno laboral en el aumento de la probabilidad de



consumo de estas sustancias, consiguiendo aislar tres sub-factores relacionados con el área laboral confirmados mediante análisis factorial (ver Tabla 5). La presencia de estos factores se asoció a un mayor consumo de drogas (con  $p < .05$  y  $p < .0001$ ), incluso tras neutralizar la variable edad en la mayoría de estas variables. Las probabilidades de riesgo de consumir drogas con significación estadística relativas a factores no laborales constituían el 56,1% de las obtenidas, mientras que las correspondientes a factores laborales alcanzaban el 43,9%. En cualquier caso, esta influencia mostrada por factores laborales es superior al escaso 4% de los trabajadores que en la misma encuesta atribuyen explícitamente a estas variables cierta causalidad en el consumo realizado (en 1996 lo hizo un 3,4% y en las diferentes encuestas autonómicas que se recogen en la Tabla 1 el rango osciló entre un 3,1% en Andalucía, y un 4,2% en Valencia). Ciertamente, existen otras variables no laborales que constituyen claros factores de riesgo, y pueden interaccionar con aquellos (Díaz y Gual 1993), tales como factores personales, sociales o familiares (FAD-DGPNSD, 2002).

**Tabla 5.** Los tres sub-factores laborales de riesgo hacia el consumo de drogas en población ocupada obtenidos en la última encuesta nacional realizada sobre población trabajadora

Condiciones de trabajo	Insatisfacción-Limitación	Precariedad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peligrosidad en el trabajo</li> <li>• Trabajos nocturnos</li> <li>• Destajo o alto rendimiento</li> <li>• Tareas rutinarias o monótonas</li> <li>• Largas ausencias de casa</li> <li>• Jornadas de trabajo prolongadas</li> <li>• Agobio y estrés en el trabajo</li> <li>• Turnos rotatorios y cambiantes</li> <li>• Cansancio intenso trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No ajuste preparación-puesto</li> <li>• Insatisfacción con el trabajo</li> <li>• Insatisfacción con los superiores</li> <li>• Sentirse poco capacitado</li> <li>• Sentirse mal pagado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrato laboral precario</li> <li>• Periodos con poco trabajo</li> <li>• Inseguridad futuro laboral</li> </ul>

Fuente: FAD-DPNSD (2002)

### Las repercusiones del consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral

Parece existir amplio consenso en considerar que el consumo de sustancias psicoactivas en el contexto laboral resulta altamente nocivo para el trabajador y su entorno psicosocial, para la organización, para la economía y para la sociedad (Blanco y Antequera, 1997; Sánchez 1993, 1996, 1998; Masip, 1999). Además del absentismo, accidentabilidad e inestabilidad laboral (ver Tabla 6), se han detectado otras consecuencias negativas asociadas al consumo de estas sustancias por los trabajadores,

tales como: vandalismo, hurtos, bajo rendimiento intencionado, sabotaje, problemas en las relaciones interpersonales con compañeros, actitudes negativas hacia ellos, problemas disciplinarios de todo tipo (Blum, Roman y Martin, 1993; Lehman y Simpson, 1992; Magione y Quinn, 1975; Normand et al., 1994; Sánchez, 1996). La OIT en 1987 efectuaba unas contundentes afirmaciones sobre los efectos de las drogas en el trabajo, estableciendo que entre un 20 y un 25% de los accidentes laborales afectan a personas en estado de intoxicación por consumo de drogas; entre un 15 y un 30% de los accidentes mortales sucedidos en un centro de trabajo son debidos al consumo de alcohol y otras drogas; el absentismo laboral es entre dos y tres veces mayor en los consumidores de estas sustancias. Lo cierto es que los datos ofrecidos por la investigación no son tan tajantes y no existe consistencia en los resultados de los diversos estudios, por otra parte un área de estudio escasamente investigada en España. Esta situación ha generado una polémica que ha llevado a algunos autores a calificar informes como los anteriores de sensacionalistas (Crow y Hartman, 1996) o de provocar una “*histeria*” injustificada (Newcomb, 1994).

**Tabla 6.** Estudios relativos a la accidentabilidad, absentismo e inestabilidad laboral en trabajadores consumidores de alcohol u otras drogas

Autor y año	Muestra	Método	Principales hallazgos
Hingson et al. (1985)	N=1.740 trabajadores	Encuesta telefónica	<i>Accidentabilidad:</i> relación no significativa (tasa 17% de accidentes en consumidores, 41 % de ellos en el trabajo), pero beber cinco o más copas diarias multiplica por dos el riesgo de accidentarse.
Kandel y Yamaguchi (1987)	N=1.325 adultos	Estudio longitudinal Entrevistas estructuradas	<i>Inestabilidad laboral:</i> relación entre consumo de alcohol y otras drogas con reducción en el tiempo de permanencia en el puesto. Mayor asociación del consumo con la pérdida del trabajo que con el cambio de puesto.
McDaniel (1988)	N=10.188 reclutas	Cuestionario	<i>Inestabilidad laboral:</i> asociación baja entre consumo e inestabilidad laboral ( $r=0,08$ ), pero las tasas de inestabilidad aumentan con la frecuencia del consumo y cuanto más temprano fue el inicio en el consumo.
White et al. (1988)	N= 376 adultos	Estudio longitudinal Cuestionario	<i>Inestabilidad laboral:</i> no encontraron relación entre el consumo de alcohol y otras drogas y la pérdida de status en el empleo.
Lewis y Cooper (1989)	N=207 trabajadores	Análisis toxicológico de trabajadores fallecidos en accidente	<i>Accidentabilidad:</i> escasa asociación con el consumo, 13% positivo en alcohol; un 7% habían consumido fármacos por prescripción médica, y 0,5% en drogas ilegales.
Reina et al. (1990)	N= 101 sujetos en tratamiento N= 1.000 población general	Compara a sujetos tratados por dependencia de alcohol con una muestra de población general. Cuestionario	<i>Accidentabilidad:</i> no se detecta en los dependientes alcohólicos mayor tasa de accidentes laborales, aunque sí de tráfico (proporción 15/1) y domésticos (proporción 13/1).

Normand et al. (1990)	N=5.465 trabajadores de correos	Marcadores bioquímicos	<i>Accidentabilidad</i> : relación no significativa. <i>Inestabilidad laboral</i> : mayor frecuencia de despido en consumidores de sustancias tóxicas (1,5 veces superior), pero no de cambio de puesto. <i>Absentismo</i> : tasa de absentismo superior en un 60% en consumidores de drogas ilegales.
Zwerling et al. (1990)	N=2.537 trabajadores de correos	Marcadores bioquímicos	<i>Accidentabilidad</i> : más probable en consumidores de marihuana (riesgo de sufrir accidentes superior en 1,85 y 1,55 de resultar lesionado, respecto a los trabajadores que dieron negativo) y en consumidores de cocaína (riesgo superior de resultar lesionado en 1,85 veces). <i>Inestabilidad laboral</i> : cambio de puesto en consumidores de marihuana (1,56 veces más probable que los que dieron negativo). <i>Absentismo</i> : tasas superiores en consumidores de marihuana (7,1%), cocaína (9,8%) y otras drogas (7,9%) respecto a no consumidores (4%).
Alleyne et al. (1991)	N= 459 trabajadores	Análisis toxicológico de trabajadores fallecidos en accidente	<i>Accidentabilidad</i> : escasa asociación con el consumo, 10,7% de positivos en alcohol, 8,5% en marihuana , 6,5% en fármacos sin proscripción médica y 8,5% con prescripción. Sí existió mayor nº de accidentes motivados por caídas, con vehículos a motor o ser enganchado o aplastado en consumidores de alcohol.
Aurrekoetxe a y Echenagusía (1995)	N=1.800 trabajadores empresa siderometalúrgica	Marcadores bioquímicos y entrevista personal	<i>Accidentabilidad</i> : no se detectan tasas de accidentabilidad superiores en consumidores excesivos de alcohol. <i>Absentismo</i> : no se detectan tasas superiores de absentismo en consumidores excesivos de alcohol.
Cabrero et al. (1996)	N= 800 trabajadores ferroviarios (RENFE)	Anamnesis, cuestionario, exploración física y marcadores bioquímicos	<i>Absentismo</i> : mayor frecuencia de bajas en consumidores excesivos de alcohol por enfermedad común (1,7 veces superior) y por accidente (1,4 veces) y en consumidores de tóxicos ilegales (1,4 veces por enfermedad común y 4,5 por accidente de trabajo). El número de días de baja es 2 veces superior en los consumidores excesivos de alcohol, y 4 veces superior en los consumidores de tóxicos ilegales. <i>Accidentabilidad</i> : mayor frecuencia en los consumidores de alcohol u otras drogas de sufrir un accidente (con o sin baja), 1,5 veces superior en el caso de los consumidores excesivos de alcohol y 4,5 en los consumidores de tóxicos ilegales.
Hoffmann y Larison (1999)	N= 9.097 adultos	Muestra representativa nacional (EE.UU). Autoinforme y entrevista	<i>Accidentabilidad</i> : no relación significativa con el tipo ni frecuencia del consumo. <i>Inestabilidad laboral</i> : Mayor probabilidad de despido en consumidores actuales de cocaína, marihuana y alcohol de forma abusiva o síntomas de dependencia, especialmente en profesiones de riesgo. Mayor inestabilidad laboral en consumidores actuales o con historia previa de consumo de marihuana, no de cocaína ni alcohol.
Galalif et al. (2001)	N=470 adultos	Estudio longitudinal Cuestionario	<i>Inestabilidad laboral</i> : asociación significativa entre consumo de alcohol y otras drogas con desempleo o frecuencia de despidos.

Los datos de la última encuesta nacional (FAD-PNSD, 2002) muestran que un 71,9% de los trabajadores ocupados considera que el consumo de alcohol o drogas supone un problema “bastante o muy importante” para el trabajo; un 12,5% de los trabajadores ocupados consumidores de alcohol en el último año reconoce haber sufrido problemas debidos a dicho consumo (los más frecuentes fueron: problemas de salud física o psíquica, discusiones y disputas con amigos y compañeros, disminución del rendimiento laboral y problemas familiares). En el caso de los ocupados consumidores de drogas ilícitas en el último año la cifra se sitúa en el 15,7% (los problemas más señalados fueron: conflictos familiares, problemas de salud, disminución del rendimiento, absentismo, problemas de relación con los demás).

El efecto más replicado y mejor documentado es el absentismo laboral (Normand et al., 1994). Algunos estudios establecen que la tasa de absentismo en trabajadores alcohólicos, puede ser hasta nueve veces superior respecto a otros trabajadores (Blanco y Antequera, 1997), estos trabajadores faltan de forma injustificada al trabajo, muestran tendencia a llegar tarde, requieren más bajas por hospitalización (normalmente con diagnósticos asociados al consumo de sustancias), bajas laborales de mayor duración y más frecuentes, especialmente los días posteriores a los festivos (ver Tabla 6).

La accidentabilidad se asocia frecuentemente al consumo de alcohol u otras drogas, sin embargo, los datos no son consistentes y podrían estar influidos por los medios de comunicación y temores sociales (Crow y Hartman, 1996; Finauer, 1990; Kaestner y Grossman, 1995; Newcomb, 1994, Normand et al, 1994). Normand et al. (1994) proporcionan abundante bibliografía que muestra una mayor accidentabilidad en el área del transporte ferroviario y de vehículos a motor, aunque las tasas en este área son inferiores a las tasas de accidentes de tráfico en general (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2001, Normand et al., 1994). La accidentalidad en otras profesiones parece ser más discutida e inconsistente, algunos estudios muestran claramente mayores tasas de accidentabilidad laboral en trabajadores consumidores de alcohol u otras drogas (Cabrero et al., 1996; Zwerling, Ryab y Orav, 1990), otros obtienen escasa relación (Alleyne, Stuart y Copes, 1991; Hingson, Lederman y Walsh, 1985), en algún caso se detecta mayor accidentabilidad general en consumidores, pero no en el ámbito laboral (Reina et al., 1990) y los hay que no obtienen relación (Aurrekoetxea y Echenagusía, 1995; Hoffmann y Larison, 1999; Normand, Salyards y Mahony, 1990; Lewis y Cooper, 1989).

Respecto a la inestabilidad laboral en consumidores de alcohol u otras drogas, ya sea por despido, sanciones o cambio de puesto, nuevamente los resultados son contradictorios (ver Tabla 6). Existen estudios donde se halla tal relación de forma significativa (Galaif, Newcomb y Carmona, 2001; Hoffmann y Larison, 1999; Kandel y Yamaguchi, 1987; Normand et al., 1990; Zwerling et al., 1990), en otros se da de forma más débil (McDaniel, 1988) y en algunos casos no se detecta (Normand et al., 1994; White, Aidala y Zablocki, 1988).

Se han detectado numerosos indicadores de improductividad asociados a los trabajadores consumidores de alcohol u otras drogas, tales como: realizar trabajos deficientes de forma intencionada, robar o dañar intencionadamente material de equipo o mercancía, agresión y peleas con otros compañeros, no informar del material dañado accidentalmente, evitar realizar determinadas tareas, distraerse en el trabajo, extender rumores (Blum et al., 1993; Lehman y Simpson, 1992; Magione y Quinn, 1975). Los estudios detectan comúnmente conductas improductivas y antisociales en consumidores de alcohol, pero también se ha detectado que su consumo puede contribuir a generar un clima distendido entre compañeros y superiores, la aparición de un mayor número de grupos informales y fomentar un espíritu de equipo (Henderson, Hutcheson y Davies, 1996). La ausencia de satisfacción en el trabajo parece ser también una variable asociada al consumo de alcohol y otras drogas en el contexto laboral (Galaif et al., 2001; Hollinger, 1988; Magione y Quinn, 1975).

Los estudios experimentales en situaciones de trabajo simuladas muestran claros déficit en el rendimiento de los participantes que han consumido alcohol u otras drogas (Freixa, 1991; Lehman y Simpson, 1992; Normand et al., 1994). Las lógicas restricciones éticas impiden la realización de estos estudios en el contexto laboral real (Aurrekoetxea y Echenagusia, 1995; Blanco y Antequera, 1997; Normand et al., 1994; Sánchez, 1994, 1996) y los resultados de estos estudios experimentales no pueden extrapolarse directamente a la situación de trabajo real, ni a todas las profesiones, ya que las citadas restricciones impiden el control de numerosas variables (e.g. experiencia en el puesto, tamaño de las dosis, habituación al consumo, automatización de la tarea, complejidad de la misma), produciéndose graves problemas de validez externa (Lehman y Simpson, 1992; Normand et al., 1994).

Los estudios correlacionales, que son los que se han venido citando, miden todas estas variables en contexto real, pero sus limitaciones no son menores, y se añaden a las limitaciones comentadas en los estudios epidemiológicos. El deterioro psicofísico en el trabajador, producido por las drogas, como precursor del bajo rendimiento, desajuste laboral y restantes consecuencias negativas es sólo una de las posibles hipótesis, pero no la única (Galaif et al., 2001; Normand et al., 1994), ya que son numerosas las variables intervinientes y dicha metodología correlacional no permite establecer el efecto causal unidireccional de cada una de ellas (Kaestner y Grossman, 1995). Variables personales, organizacionales o relativas al entorno familiar y social podrían explicar la presencia de las consecuencias negativas en el trabajo, incluso sin que se produzca consumo de drogas. Variables como el estrés soportado por el trabajador (e.g. Galaif et al., 2001; Gil-Monte, 1997; Montesdeoca, Rodríguez, Pou y Montesdeoca, 1997; Peiró, 1993), la carencia de apoyo social (e.g. FAD-PNSD, 2002; Galaif et al., 2001) o un patrón de conductas desviadas de la norma (Kandel y Yamaguchi, 1987; Normand et al., 1994) pueden producir por sí mismas los efectos negativos comentados u orientar hacia el consumo como estrategia de afrontamiento. Galaif et al. (2001), basándose en su estudio longitudinal, proponen un modelo que sustenta un efecto interactivo y bidireccional entre todas estas variables, el consumo de alcohol u otras drogas y el desajuste laboral.

### **Sobre el marco regulador del consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral**

España dispone actualmente de un extenso marco jurídico que regula la situación de las drogodependencias y el consumo de drogas en el trabajo (Cabrero y Luna, 2001; Luna y Cabrero, 1996; Masip, 1999; Rodríguez-Martos, 1998; Sánchez, 1996). Los códigos y normas fundamentales abordan el fenómeno de forma inespecífica al ocuparse de los problemas relacionados con la salud y seguridad<sup>1</sup>. La misma inespecificidad acompaña a legislación nacional en materia laboral, de sanidad y Seguridad Social<sup>2</sup>, ya que no se refiere a las drogas de forma explícita, pero sí se ocupa de los problemas de salud del trabajador y de las fuentes de riesgo para su seguridad y la de sus compañeros de trabajo, que deben ser salvaguardadas por el empresario y los poderes públicos. Las Comunidades Autónomas, sin embargo, sí regulan de forma explícita la situación del trabajador drogodependiente y el consumo de drogas en el trabajo mediante leyes

---

<sup>1</sup> La Constitución Española (CE), establece la obligación de los poderes públicos de velar por la seguridad e higiene en el trabajo (art. 40.2), reconoce el derecho a la salud de todos los españoles (art. 43.1) y la responsabilidad de los poderes públicos en la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas (art. 43.2); establece también el derecho a la intimidad personal (art. 18.1), de interés sobre los diseños de estudio epidemiológico y prevención sobre el consumo de drogas en el ámbito laboral. Por otra parte, el empresario será responsable civil de los actos del trabajador en las horas de trabajo, si no pone los medios adecuados para evitar los daños (art. 1903, CC), y se incluyen aquí los actos de los trabajadores bajo influencia de sustancias tóxicas (Masip, 1999). También existirá responsabilidad penal (con penas de prisión de seis meses a tres años) para aquellos que infrinjan las normas de prevención de riesgos laborales y no faciliten los medios necesarios para que los trabajadores desempeñen su actividad con las medidas de seguridad e higiene adecuadas, de forma que pongan así en peligro grave su vida, salud o integridad física (art. 316, CP); las personas que cometan actos antijurídicos en estado de intoxicación o abstinencia de alcohol u otras drogas pueden quedar exentas (total o parcialmente) de responsabilidad penal (arts. 20.2, 21.2 y 21.6, CP).

<sup>2</sup> La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril), establece, en el ámbito de la salud laboral, que la actuación sanitaria debe comprender la promoción de la salud de los trabajadores, la prevención de riesgos laborales, la vigilancia de las condiciones de trabajo y ambientales que puedan resultar nocivas o insalubres, determinar qué factores del entorno laboral pueden resultar nocivos para la salud de los trabajadores, la vigilancia de la salud para detectar precozmente los factores de riesgo y la elaboración de un mapa de riesgos laborales para la salud de los trabajadores (art 21); recoge el derecho a la confidencialidad de toda la información sanitaria (art. 10.3); establece que empresarios y trabajadores deben participar en la organización, programación y planificación de la salud laboral (art. 22). Por otro lado, La Ley General de la Seguridad Social (Texto refundido, R.D Legislativo 1/1994 de 20 de junio), establece la protección por parte del Sistema de Seguridad Social (art. 38), cotización necesaria y prestaciones (arts. 108 y 123) por accidente de trabajo (art. 115) y enfermedad profesional (art. 116), tipos y grados de incapacidad laboral (arts. 128 y 137), y regula la actuación de las Mutuas de Trabajo y Enfermedades Profesionales (arts.67 a 76).

generales sobre drogodependencias, coordinadas con la política nacional en la materia<sup>3</sup>, cuyo contenido se orienta a la prevención, formación, información, asistencia y reinserción del trabajador, alejándose de la perspectiva sancionadora. No obstante, la legislación también legitima al empresario al despido del trabajador drogodependiente, en un artículo del ET (54.2.f) que puede considerarse anacrónico y discordante con el resto de la legislación, y cuya derogación ya ha sido promovida.

En los países miembros de la Unión Europea la legislación no es uniforme, pero coincide en ser inespecífica, lo que obliga a las empresas a adoptar normas internas respecto al fenómeno analizado, si bien las normativas de estos países han ido relacionando el problema con cuestiones relativas a salud y seguridad, alejándose del terreno represivo, experimentando una evolución similar a la de España, cuya legislación en este ámbito se encuentra a la vanguardia (Baldwin, 1995; Cabrero y Luna, 2001).

#### *Normativa en el ámbito laboral. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales*

La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) constituye una exhaustiva regulación de la seguridad en el trabajo, aunque no hace mención explícita en ninguno de sus puntos al fenómeno del consumo de alcohol u otras drogas en el medio laboral. La LPRL tiene por objeto “*promover la seguridad y la salud de los trabajadores [mediante] la eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo, la información, la consulta, la participación equilibrada y la formación de los trabajadores en materia preventiva*” (art. 2). Estos objetivos van a tener importantes consecuencias para el ejercicio y aportaciones de los profesionales de la Psicología (Esteban y Porcar,

---

<sup>3</sup> El R.D. 1911/1999 de 17 de diciembre aprueba la estrategia nacional sobre drogas para el periodo 2000-2008, cuya finalidad consiste en la coordinación de las diferentes actuaciones relativas a las drogas efectuadas en el territorio nacional. En el marco laboral, considerado ámbito prioritario de actuación, se indican estrategias preventivas asistenciales y rehabilitadoras, dando prioridad a los sectores de producción y colectivos de trabajadores de alto riesgo y al consumo de drogas institucionalizadas. Recomienda de forma expresa el alejamiento de la perspectiva sancionadora, como el despido de los trabajadores afectados y considera necesaria la participación en esos programas de sindicatos, empresarios y servicios de prevención de las empresas, estableciendo que serán las CC.AA las encargadas de acordar la colaboración con dichos agentes sociales, y el 2003 como plazo máximo para suscribirlos. Dichos programas deberán incluir actividades sobre información, sensibilización y orientación, facilitar tratamiento a los trabajadores con problemas derivados del consumo de drogas, formación y capacitación de mandos y cuadros con asesoramiento especializado. Asimismo, se establece que en el 2003 se habrán identificado los sectores de población más vulnerables en el ámbito laboral y se habrán diseñado instrumentos de prevención adecuados a estos grupos. La estrategia nacional también observa la importancia de la integración laboral en la reinserción del drogodependiente, estableciendo que en el 2003 se habrán incrementado un 50% los programas de formación laboral para drogodependientes en tratamiento. Desde julio de 1997 existe la Comisión Nacional de Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias en el ámbito laboral, con la participación de los estamentos gubernamental (DGPNSD), sindical (UGT y CC.OO) y empresarial (CEOE), que pretende la elaboración de planes consensuados sobre prevención, información, formación y asistencia.

2000; González, 1996; Minaya, 1998; Palomares, 1998; Peiró, 1999; Tejero, Graña, Muñoz-Rivas y Peña, 2002; Verdaguer, 1998), y también para estos profesionales en el ámbito de las drogodependencias (Luna y Cabrero, 1996; Masip, 1999; Rodríguez-Martos, 1998; Sánchez, 1996), ya que la LPRL no distingue entre salud física o psíquica, por lo que engloba a los trastornos mentales (y adictivos).

Las implicaciones de esta ley para el consumo de alcohol u otras drogas en el entorno laboral van a tener una doble vertiente: (1) debe salvaguardarse la salud del trabajador evitando que pueda desarrollar patologías relacionadas con el consumo de dichas sustancias, evitando por tanto los factores de riesgo hacia el consumo asociados a determinadas condiciones laborales y, (2) debe salvaguardarse la seguridad de los trabajadores, por tanto eliminarse cualquier factor que aumente la accidentabilidad laboral (incluido el consumo de drogas). Para cumplir esos objetivos, el empresario debe garantizar a los trabajadores la vigilancia periódica de su estado de salud, que sólo podrá realizarse con consentimiento del trabajador, aunque no será preciso dicho consentimiento si el estado de salud puede constituir un peligro para sí mismo, para los demás trabajadores o para personas relacionadas con la empresa, las pruebas deberán ser proporcionales al riesgo y causar las menores molestias posibles al trabajador (art. 22.1), respetando el derecho a la intimidad y a la dignidad, así como la confidencialidad de los datos (art. 22.2), que *“no podrán ser usados con fines discriminatorios ni en perjuicio de los trabajadores”* (art. 22.4). Asimismo, el empresario debe proteger a los trabajadores más vulnerables *“por sus características personales, o estado biológico conocido”*, y no podrán ser empleados en determinados puestos en los que por causa de esas características o estado puedan ponerse en peligro ellos mismos o a terceras personas, o cuando su estado no les permita asumir las exigencias psicofísicas de su trabajo (art. 25.1). Las personas afectas de drogodependencia o intoxicación podrían incluirse en la citada situación de vulnerabilidad (Masip, 1999).

En el plano técnico, la LPRL deja abierta la participación de diversos profesionales, fomentando la multidisciplinariedad en los Servicios de Prevención (art. 31.5). La composición de esos equipos de prevención queda regulada por el Reglamento de los Servicios de Prevención (R.D. 39/1997), donde también se estructura la formación del personal que los constituye y se mantiene el espíritu de multidisciplinariedad, aunque no se establece de forma explícita la figura de profesionales distintos del médico (especialista en Medicina del trabajo) y ATS/DUE, en los aspectos relativos a la salud del trabajador, *“sin perjuicio de otros profesionales con competencia técnica, formación y capacidad acreditada”* (R.D. 39/1997, art. 37.2.a). El médico (diplomado en Medicina de Empresa o especialista en Medicina del Trabajo), podría contar con los avances proporcionados por la ciencia de la Psicología mediante el Técnico de Nivel Superior de Prevención de Riesgos Laborales en Ergonomía y Psicología Aplicada, pero éste no tiene por qué ser necesariamente un licenciado en Psicología, sino un titulado superior con una formación de 250 horas en Ergonomía y Psicología Aplicada. El propio Colegio Oficial de Psicólogos apreciaba estas circunstancias en los borradores del Proyecto para el Reglamento de los Servicios de Prevención (González, 1996; Tejero et al., 2002).



El vigente ET (Texto Refundido del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por el R.D. Legislativo 1/1995 de 24 de marzo) destaca por el enfoque punitivo de uno de sus artículos, el 54.2f, cuyo contenido se analiza más adelante. Por otro lado, el restante articulado del Estatuto, reconoce el derecho de los trabajadores a su integridad física y a una política adecuada de seguridad e higiene en el trabajo, así como el respeto a su intimidad (art. 4). Los trabajadores deberán observar las medidas de seguridad e higiene que se adopten y cumplir las instrucciones del empresario en el ejercicio de sus facultades directivas (art. 5). Se establece también el derecho por parte del trabajador a una protección eficaz en materia de seguridad e higiene en el ejercicio de sus funciones (art. 19.1).

### *Legislación autonómica*

La CAM ha emitido recientemente su *Ley sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos* (Ley 5/2002, de 27 de junio), conocida popularmente como “*Ley del botellón*” por sus polémicas prohibiciones del consumo alcohólico en la vía pública. Por otra parte, esta ley se sitúa a la vanguardia en materia de tratamiento del consumo de drogas en el ámbito laboral, considerado como prioritario (art. 7.1), e incorpora los avances contenidos en las leyes dictadas por las CC.AA que disponen de leyes similares (ver Tabla 7), siguiendo recomendaciones de diversos organismos internacionales, entre ellos la OMS y la OIT (Preámbulo, aptdo. II) y partiendo de un concepto “*biopsicosocial*” de las drogodependencias y de “*la consideración integral e interdisciplinar de las labores de prevención, asistencia e integración social del drogodependiente, involucrando a los sistemas educativo, sanitario y de servicios sociales*” (Preámbulo, aptdo. I).

**Tabla 7.** Comparación del articulado de las diferentes leyes autonómicas sobre diversos puntos relativos a la regulación del consumo de drogas en el ámbito laboral

	Cataluña (1985) (a)	País Vasco (1998) (b)	C. León (1994) (c)	Galicia (1996) (d)	Andalucía (1997) (e)	Valencia (1997) (f)	Cantabria (1997) (g)	Murcia (1997) (h)	Canarias (1998) (i)	Extremadura (1999) (j)	Aragón (2001) (k)	Madrid (2002) (l)
Impulso de programas específicos sobre prevención, asistencia y/o reinserción del trabajador relativos al consumo de drogas.		9; 4.2	7.1.e; 12.1	4.b; 5.1.a	11.1; 12.1.a	13.2; 37.3.b	7.1.d; 12.1	23.6	12	6.2.c; 16.9; 25.2; 25.6	21.2.e; 25.1.b; 25.1.e	6.h; 6.j; 7.1; 16.1
Fomento de programas de información y formación sobre drogas en el ámbito laboral.		5.5		5.1.b	7.2; 12.1.b	5.3		8.2; 9.2	6.4	25.3; 7.4.h	5.d; 5.e	11.2.g; 11.2.1
Reserva del puesto al trabajador drogodependiente en tratamiento, en puestos dependientes de la Comunidad Autónoma.			12.3	5.2	12.2		12.3				25.2	16.3
Fomento de acuerdos para la reserva del puesto en la empresas y organizaciones al drogodependiente en tratamiento.			12.2	5.3	12.3	13.3	12.2		17.3	25.7	25.1.d	16.2
Facilitar el acceso a servicios especializados al trabajador drogodependiente.			12.2				12.2	23.6		25.5	25.1.c	16.4; 16.2
Evitación de la discriminación/exclusión del trabajador drogodependiente.										16.9; 25.1	25.1.a	16.4
Inserción laboral del drogodependiente.	23.1	9; 33.2.c; 33.4	9.4; 10.7		15; 19.2.d; 6.1.c		9.4; 10.6		12.b; 17.2; 17.3	17.2.f; 18.1.b; 22.3; 31.1	19.f; 20.1.h; 20.2; 22.2.b	14.6; 23.4
Limitaciones en la venta/consumo alcohólico a los trabajadores.	18.1.d (modif. Ley 8/1998)	20.1; 20.4; 22.1; 22.2; 22.3	23.5; 23.6	13.1; 13.2; 13.3	26.1	18.4; 18.5; 18.7	23.6	16.3; 16.4; 16.5	20.3; 20.4; 20.5	Disposiciones adicionales	12.2; 12.6; 12.7	30.5; 30.6

Fuentes: (a) CC.AA de Cataluña: *Ley 20/1985 de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia* (modificada por las leyes 10/1991 y 8/1998); (b) CC.AA del País Vasco: *Ley 18/1998 sobre prevención y asistencia en materia de drogodependencias* (constituye en realidad una modificación de la pionera Ley 15/1988, y ya ha sido modificada por la Ley 1/1999); (c) CC.AA de Castilla y León: *Ley 3/1994 de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes*; (d) CC.AA de Galicia: *Ley 2/1996 sobre drogas*; (e) CC.AA de Andalucía: *Ley 4/1997 de prevención y asistencia en materia de drogas* (modificada por Ley 1/2001); (f) CC.AA de Valencia: *Ley 3/1997 sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos*; (g) CC.AA de Cantabria: *Ley 5/1997 de prevención, asistencia e incorporación social en materia de drogodependencias*; (h) CC.AA de Murcia: *Ley 6/1997 sobre "drogas para la prevención, asistencia e integración social"*; (i) CC.AA de Canarias: *Ley 9/1998 sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias*; (j) CC.AA de Extremadura: *Ley 1/1999 de prevención social, asistencia y reinserción de las drogodependencias de tratamiento de las toxicomanías*; (k) CC.AA de Aragón: *Ley 3/2001 de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias*; (l) CC.AA de Madrid: *Ley 5/2002 sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos*.

Las dos primeras CC.AA que emitieron leyes de este tipo fueron las de Cataluña, en 1985, y el País Vasco, en 1988, fueron leyes pioneras en esta materia, aunque también se trata de las más inespecíficas en materia laboral, que han ido sufriendo diversas modificaciones. Las restantes CC.AA comenzaron a promulgar sus leyes en la década de los 90, todas ellas tratan el ámbito laboral y proponen medidas preventivas, de tratamiento y reinserción. Algunas, como la de la CAM, establecen claramente el rechazo a medidas sancionadoras como el despido del trabajador drogodependiente (contraviniendo el artículo 54.2.f del TRET), reservando el puesto al trabajador en tratamiento en entidades pertenecientes a la CC.AA o fomentando acuerdos entre los estamentos empresarial y sindical para que las empresas privadas sigan la misma medida, de forma coherente a la consideración de las adicciones como *“enfermedades comunes con repercusiones en los ámbitos biológico, psicológico, social y económico [y] la equiparación del drogodependiente con otros enfermos, sin que pueda ser discriminado”* (Preámbulo, aptdo. I). Siguiendo esta línea, todas estas leyes autonómicas, sin excepción, impulsan la implantación de programas de prevención del consumo de drogas en los centros de trabajo, así como la asistencia y reinserción de los trabajadores afectados. Estos programas, en cuya génesis participarán las organizaciones sindicales y empresariales y los servicios técnicos de prevención de las empresas, según establecen explícitamente la mayoría de las leyes autonómicas, deberán complementarse con programas de información y formación de los trabajadores y profesionales implicados. La CAM establece de forma explícita que deberá facilitarse el acceso a ayuda especializada al trabajador afectado, y también deberá promoverse la creación de un clima favorecedor para que las drogodependencias o las patologías derivadas del consumo de drogas, no sean un instrumento de discriminación en el ámbito laboral. Esta nueva ley, acorde con los planteamientos de la mayoría de las CC.AA y el gobierno central, considera el medio laboral como un elemento muy influyente en la reinserción social de la persona drogodependiente, que las CC.AA deben garantizar mediante programas específicos de formación y empleo para este colectivo.

Respecto a las limitaciones y prohibiciones del consumo de alcohol u otras drogas en los centros de trabajo que posibiliten la reducción de la oferta, la reciente ley de la CAM prohíbe expresamente la venta, suministro y consumo de bebidas alcohólicas en los centros de trabajo, salvo que se realice en los lugares habilitados al efecto, y en ningún caso en los locales de trabajo de las empresas de transporte público. La infracción de estas prohibiciones puede llevar aparejadas sanciones (art. 59) como el cierre de las instalaciones o multas de 300 hasta 30.050 euros (si se considera falta leve), de 30.051 hasta 60.101 euros (falta grave) o de 60.102 hasta 601.012 euros (falta muy grave), sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir. Medidas como ésta son compartidas por el resto de CC.AA, y en algunos casos (Aragón, Galicia, Valencia o País Vasco) se prohíbe específicamente estar bajo la influencia de bebidas alcohólicas, mientras se está de servicio o en disposición de prestarlo, a los conductores de vehículos de servicio público, al personal sanitario y, en general, a todos los profesionales cuya actividad, de realizarse bajo la influencia de dicha sustancia, pudiera causar un daño contra la vida o integridad física de las personas.

*Sobre los programas preventivos en el ámbito laboral*

Considerando de forma global el marco legislativo que se acaba de describir, la situación legal no parece ser un impedimento para la implantación de programas de este tipo en los centros de trabajo, como se denunciaba hace no mucho tiempo (Jiménez, 1993; Pascual, 1993; Sánchez, 1993). Además de los Servicios de Prevención de las empresas o las Mutuas de Accidentes de Trabajo (Masip, 1999; Montesdeoca y Montesdeoca, 1997, Moreno y León, 2000), las centrales sindicales mayoritarias disponen de secciones específicas para el tratamiento de este fenómeno en lo relativo a la formación de delegados, negociación de los programas y medidas a aplicar y coordinación de recursos internos y externos a la empresa para la asistencia de los afectados (Pozo e Ibáñez, 1999; CC.OO, 2001). Sin embargo, tampoco parece haber abundancia de estos programas (Sánchez, 1998), los datos nacionales mostrados por la FAD-DGPNSD (2002) indican que el 73,1% de los trabajadores ocupados afirma desconocer que en sus empresas se realice algún tipo de intervención (un 5,7% menos que en 1996), y la tipología de los más realizados no coincide plenamente con sus demandas (ver Tabla 8).

**Tabla 8.** Comparación entre las actuaciones ante el consumo de alcohol y otras drogas propuestas por los trabajadores y las actuaciones que éstos perciben en sus centros de trabajo

Propuestas de los trabajadores ocupados (%)	1996 (FAD, 1996)		2001 (FAD-DGPNSD, 2002)	
	Necesarias	Realizadas	Necesarias	Realizadas
Información y formación a los trabajadores	32,4	7,3	34,5	9,1
Orientación a los trabajadores con problemas a centros especializados	24,4	2,3	19	3,4
Servicios de atención a consumidores	10,9	1,4	15,5	1,2
Análisis para detección y prevención	8	3,6	11,9	4,3
Chequeo médico a trabajadores con problemas	9,8	4,4	11,4	6,2
Ayuda y asesoramiento a familias	10,8	1,1	9	1,2
Otras	1,1	1	0,7	1,4
NS/NC y Ninguna	2,6	78,8	-	73,1

Fuentes: FAD (1996) y FAD-DGPNSD (2002)

Mientras que los programas más demandados son los relativos a la información, formación, orientación y asesoramiento, los más realizados, en número inferior a su demanda, son sin embargo los de información seguidos de los de detección (cheques y analíticas). Un estudio realizado en España en los años 90 (Sánchez 1994), anterior a la LPRL y a la mayor parte de la actual normativa autonómica, mostraba la escasez de

empresas con programas de este tipo, sólo diecisiete detectadas en todo el Estado (si bien muchas se negaban a participar por problemas de imagen), y con numerosas deficiencias metodológicas (ausencia de estudios previos de necesidades, deficiente operativización de objetivos, ausencia de mecanismos de evaluación). No obstante, las empresas que aplicaban programas de asistencia fueron percibidas como más eficaces por los técnicos de salud laboral, señalando numerosos efectos beneficiosos (disminución del absentismo y accidentabilidad, reducción de los periodos de baja laboral, mejora del clima laboral, reducción de la conflictividad).

La tipología de los programas aplicados, según los trabajadores españoles, sigue orientándose hacia la detección, no obstante, en este país, igual que a escala internacional (Cabrero y Luna, 1999, 2001; Masip, 1999; OIT, 1996, 1998), el tratamiento de las drogas en las empresas ha experimentado una notable evolución, pasando de una época inicial, donde se empleaban únicamente técnicas de detección para aplicar sanciones, a la realización actual de programas preventivos, en sus tres niveles clásicos de actuación, donde la detección es sólo uno de los pasos del proceso (ver Cuadro 1 y Tabla 9), y cuentan con el apoyo de profesionales de diversa formación, como psicólogos, trabajadores sociales, médicos, educadores (Bastida, 2001; Cabrero y Luna, 1999, 2001; Masip, 1999; Mayor, 1997; Montesdeoca et al., 1997; Rodríguez-Martos, 1998; Valdenebro, Valdés y Romo, 1993).

**Cuadro 1.** Recomendaciones de la OIT (1987, 1996) para la aplicación de programas preventivos en el ámbito de las drogodependencias en la empresa

- Claro conocimiento de la normativa legal sobre el problema
- Información completa sobre el problema
- Educación/formación del personal relacionado
- Información sobre los recursos profesionales existentes
- Negociación de acuerdos conjuntos entre trabajadores y empresarios sobre la política preventiva
- Modificación de determinados aspectos del trabajo para eliminar los posibles factores causales
- Evitar disponibilidad de sustancias y permisibilidad del consumo
- Evaluación del estado de salud de todos los trabajadores con reconocimientos periódicos
- Confidencialidad de todos los datos sanitarios
- Asegurar idénticas oportunidades al trabajador en proceso de rehabilitación que al resto
- Coordinar la asistencia con recursos sociales y comunitarios
- Preferencia por el tratamiento rehabilitador en vez de medidas disciplinarias

**Tabla 9.** Actuaciones seguidas por las empresas en la prevención y tratamiento del consumo de drogas siguiendo los tres tipos clásicos de prevención

<b>Prevención primaria:</b> destinada a evitar que aparezca la conducta problema, el consumo	<b>Sobre la demanda de sustancias</b>	<i>Estrategias informativas</i> (carteles, folletos, artículos de revistas o periódicos de empresa, material audiovisual). <i>Estrategias educativas</i> (cursos de formación, conferencias, charlas). <i>Otras estrategias</i> (generación de alternativas, adquisición de habilidades de resistencia social, entrenamiento en habilidades personales, estrategias de control de consumo de drogas).
	<b>Sobre la oferta de sustancias</b>	Control exhaustivo sobre la introducción y/o venta de alcohol u otras drogas en los lugares de trabajo, así como la facilitación de sustancias alternativas (e.g. refrescos, agua fría). Aplicación de las sanciones establecidas por la legislación sobre la introducción o venta de estas sustancias.
<b>Prevención secundaria:</b> Intervención precoz sobre el problema, para ello es necesario un diagnóstico precoz de los afectados		Utilidad de los instrumentos de detección (marcadores biológicos, autoinformes, métodos socio-laborales, entrevistas personales o familiares). Utilidad del concurso de diversos técnicos (médico, psicólogo, enfermeros, personal de servicios socio-laborales) y la participación de compañeros y superiores para el diagnóstico de la patología relacionada con las drogodependencias.
<b>Prevención terciaria:</b> Tratamiento, rehabilitación y reinserción familiar y socio-laboral del drogodependiente		El trabajador puede ser derivado a profesionales externos a la empresa, dependiendo de los recursos de ésta, y el tratamiento puede realizarse de forma ambulatoria o mediante internamiento, siguiendo las fases de desintoxicación, deshabitación, inserción en programa psicoterapéutico, rehabilitación y reinserción.

Fuente: Sánchez, 1996, 1998.

Algunas empresas Españolas han publicado sus estrategias y planes de afrontamiento del problema del consumo de drogas en el trabajo con resultados positivos, tales como BENCKISER (Plana, 1997) Telefónica (Pascual, 1993), Construcciones Aeronáuticas (Fortuny, 1993, Gurumeta, 1993), ONCE (Ciscart, 1998), siendo especialmente destacado el caso de RENFE, iniciado en 1985 y con una clara evolución positiva (e.g. Cabrero, 1999; Cabrero y Luna, 1999, 2001; Cabrero et al., 1996; Chacón, Arenas, Moreno, y Martínez, 2001; García, 1999).

#### *Sobre el despido motivado por consumo de alcohol u otras drogas en el trabajo*

Pese a las prescripciones internacionales y legales, tanto nacionales como autonómicas, de evitar el enfoque sancionador y considerar el problema del consumo de alcohol y otras drogas en el trabajo como un problema relacionado con la salud, el vigente ET (art. 54.2.f), establece como causa disciplinaria de la extinción del contrato de trabajo “*la embriaguez habitual o toxicomanía si repercute negativamente en el trabajo*”. Existe una proposición del Partido Popular para la derogación de dicho artículo (Bidón, 2001; UGT, 2001), sin que se haya producido aún. La prensa nacional se hacía eco de esta iniciativa (ABC, 24-09-00), señalando la buena acogida de los sindicatos al

respecto, sin embargo, poco después, las dos centrales sindicales mayoritarias, UGT y CC.OO, en un comunicado conjunto (UGT, 2001), criticaban la medida como insuficiente, señalando que el enfoque punitivo no desaparecerá con la simple derogación del art. 54.2.f, ya que el trabajador drogodependiente puede fácilmente incurrir en cualquiera de las otras causas de despido, asociadas a su conducta, por otros motivos que recoge el Estatuto, ya sea por causas disciplinarias del art. 54 (como el bajo rendimiento voluntario, faltas injustificadas en el trabajo, impuntualidad, indisciplina, ofensas verbales o físicas) u objetivas del art. 52 (falta de adaptación a las modificaciones técnicas, art.52.a).

Históricamente (Aguilera, 1997; Bidón, 2001; Ciscart, 1998), la embriaguez habitual como causa de despido se introduce por primera vez en la legislación de forma explícita en la Ley de Jefatura del Estado de 6 de noviembre de 1941, con el régimen franquista. Algunas sentencias de la época (citadas por Ciscart, 1998) calificaban la drogodependencia y el alcoholismo en sentido moralista utilizando la connotación de “*conducta viciosa*”, tendencia que continúa incluso en la jurisprudencia post-constitucional, donde el extinto Tribunal Central del Trabajo empleaba el término de “*deficiencia humana*” (STCT 3-09-86). La situación legislativa permanecerá sin cambios hasta la aprobación del ET en 1980, donde el legislador post-constitucional mantiene la causa de despido e introduce la toxicomanía y la exigencia de que repercuta negativamente en el trabajo. No hubo modificación en la última reforma de ese Estatuto (el vigente TRET de 1995).

Desde el ámbito jurídico-laboral las drogodependencias han venido considerándose como “*enfermedad voluntaria*”<sup>4</sup>. No obstante, la jurisprudencia ha entendido que no es suficiente la existencia de alcoholismo o drogodependencia para que se produzca el despido, es además necesario que se dé habitualidad (implícita en estas patologías) y repercusión negativa en el trabajo, que además deben ser probadas por el empleador (Aguilera, 1997; Bidón, 2001; Ciscart, 1998; Romero, 1995). Este hecho ha podido propiciar que el volumen de jurisprudencia generado en torno al artículo 54.2.f del TRET sea reducido, ya que los demandantes prefieren invocar otras causas (como el absentismo, la negligencia, la indisciplina) que no requieren probar la repercusión negativa (CC.OO, 2001; Ciscart, 1998).

El Tribunal Supremo (TS) tiene dicho que para que se produzca el despido, la

---

<sup>4</sup> Pese a la concepción de “*enfermedad voluntaria*” (Conde, 1993, Ciscart, 1998), atribuida por los juristas y la jurisprudencia a las manifestaciones patológicas del consumo de alcohol y otras drogas en el contexto laboral; como es sabido, los problemas relacionados con el consumo de estas sustancias se encuentran recogidos en las clasificaciones nosológicas internacionales de la APA (1994) y de la OMS (1993b). Es claro que las drogodependencias no pueden ser consideradas enfermedades profesionales, ya que no se incluyen en la lista de enfermedades profesionales que se maneja en la actualidad en España, recogida en el R.D. 1995/1978, por eso los trabajadores con el mínimo cotizado, que hayan tenido que interrumpir su actividad por problemas de adicción o asociados al consumo, recibirán prestación por enfermedad común, en función del grado de incapacidad temporal que se les haya atribuido. El consumo de alcohol y otras drogas y sus patologías asociadas ha justificado los más altos grados de Incapacidad laboral e Invalidez (incluida la Gran Invalidez) en sentencias dictadas por los tribunales españoles (Romero, 1995).

conducta del trabajador debe ser dolosa (i.e intencionada), “*siendo por ello excluidos todos aquellos casos en los que falte el conjunto de condiciones psíquicas que constituyen el presupuesto de la imputabilidad, o sea, la capacidad de entendimiento y libertad de acción*” (STS 11-5-1990). De este modo, lo que puede anular o modificar la imputabilidad en el ámbito penal (los artículos 20.1 y 21.1 del CP hablan de inimputabilidad o atenuación de la misma, en función del grado, en casos de “*intoxicación*”, “*dependencia*”, “*abstinencia*” o “*adicción*”), no lo hace en el ámbito laboral. La importancia del análisis funcional para asesorar a los juzgadores en sus decisiones sobre la imputabilidad penal o capacidad civil es reconocida en el campo de la Psicología Forense (e.g. Esbec y Gómez-Jarabo, 2000). En el caso de la imputabilidad, igual que en el despido, no sólo se exige base patológica (i.e. diagnóstico), sino que haya influido en los actos antijurídicos, la diferencia aquí estriba en que en el campo penal, un diagnóstico, relacionado o no con sustancias, puede eximir o atenuar la responsabilidad penal del sujeto, mientras que en el caso del despido (art 54.2.f del TRET), este mismo diagnóstico, en combinación con la mencionada repercusión negativa y la habitualidad en el consumo, no sólo no va a eximir al sujeto de responsabilidad, sino que va a fomentar su castigo (el despido), y no su rehabilitación, contraviniendo el enfoque reeducativo exhibido por el resto de la legislación.

### Un comentario final

La situación actual en España muestra dos datos objetivos, por un lado el descenso en el consumo de drogas producido en la población trabajadora ocupada (no en la población en paro) durante los últimos años, si bien este colectivo presenta tasas de prevalencia muy superiores a la población general, por otro la consolidación de una legislación, nacional y autonómica, engrosada recientemente por la *Ley sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos* de la CAM, que aborda el problema de forma cada vez más específica y ha evolucionado desde un tratamiento estrictamente punitivo a uno basado en la prevención, formación y rehabilitación de los afectados, garantizando la confidencialidad e intimidad de los trabajadores. En este contexto, el artículo 54.2.f del ET, que legitima al empresario al despido del drogodependiente, se muestra anacrónico y desfasado, y no es extraño que su derogación ya haya sido propuesta. Tampoco parecen descabelladas las apreciaciones de las centrales sindicales sobre la insuficiencia de esta medida ante la situación de desprotección del trabajador drogodependiente, que podría ser igualmente despedido por otras causas disciplinarias u objetivas relacionadas con actos y omisiones derivadas de su patología, constatadas por muchos de los estudios aquí citados.



Es claro que el consumo de drogas y las drogodependencias constituyen un fenómeno complejo donde intervienen numerosas variables sociales, personales y familiares que exceden el ámbito laboral, sin embargo las consecuencias sobre este ámbito son evidentes. El consumo de drogas en el trabajo constituye un riesgo objetivo para la salud y seguridad de los trabajadores y para la productividad de las empresas, y la inconsistencia de algunos resultados manifiesta uno de los retos para los técnicos implicados en su estudio: la actividad investigadora, hacia la obtención de datos epidemiológicos, determinación de las repercusiones del consumo de drogas en el trabajo y variables implicadas en una mayor prevalencia del consumo en este colectivo.

La actuación para atajar el consumo de drogas en las empresas parece ser insuficiente, según los propios trabajadores. Para garantizar la salud y seguridad de los trabajadores en relación al consumo de estas sustancias, como ordena la legislación y prescriben prestigiosos organismos internacionales, va a ser necesario el concurso de profesionales integrados en equipos multidisciplinares que diseñen, apliquen y evalúen programas de prevención, formación y asistencia o coordinen los diversos recursos comunitarios. El conocimiento de las posibilidades que ofrece el marco regulador será necesario para estos profesionales, que deberán actuar en un entorno con intereses dispares que exige el consenso social.

El profesional de la Psicología dispone de instrumentos para colaborar tanto en la actividad investigadora como en la actividad preventiva, formadora y asistencial de estos programas. Como ya se exponía en otro lugar (Tejero et al., 2002), desde un perspectiva de prevención de riesgos laborales, el incremento de elementos de riesgo psicosociales hacia la salud (física y mental) y la seguridad de los trabajadores aconseja la participación de estos profesionales en los Servicios de Prevención, pese a no ser exigida esta titulación, sí recomendada, por la legislación vigente.

## Referencias

- Aguilera, R. (1997). *Las causas del despido disciplinario y su valoración por la jurisprudencia*. Pamplona: Aranzadi.
- Alarcón M.D. y Domínguez A. (2000). *Programa de intervención sobre el hábito tabáquico en el ámbito laboral: una experiencia sobre los trabajadores del Ayuntamiento de Murcia*. Murcia: Fundación HEFAME.
- Alleyne, B.C., Stuart, P. y Copes, R. (1991). Alcohol and other drug use in occupational fatalities. *Journal of Occupational Medicine*, 33, 496-500.
- APA (Asociación de Psiquiatría Americana) (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- Aurrekoetxea, J.J. y Echenagusia V.M. (1995). ¿Es el consumo habitual de alcohol un indicador de riesgo del accidente de trabajo y del absentismo por enfermedad?. *Mapfre Medicina*, 6 (2), 113-120.
- Baldwin, R. (1995). Análisis de la Legislación Normativa de los Estados Miembros de la

- Comunidad Europea. *II Jornadas Internacionales sobre Alcoholismo y Drogodependencias en el medio de la Unión Europea*. Madrid: CC.OO.
- Bartolomé, R. (1999). *El consumo de drogas en el ámbito laboral: encuesta sobre la población ocupada de Castilla-La Mancha*. Cuenca: Servicio de publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Bastida, N. (2002). Problemas laborales asociados al consumo de alcohol. *Adicciones*, 2, (supl. 1), 239-249.
- Bidón, J.I. (2001). *El despido disciplinario y sus causas. Análisis de jurisprudencia*. Granada: Comares.
- Blanco A. y Antequera R. (1997). Alcohol en la empresa. *Monografías Psiquiátricas*, 9 (1), 18-31.
- Blum, T.C, Roman, P.M. y Martin, J.K. (1993). Alcohol consumption and work performance. *Journal of Studies on Alcohol*. 54, 61-70.
- Cabrero, E. (1999). Estamentos laborales y detección tratamiento y reinserción de drogodependientes en el medio laboral. *Adicciones*, 11 (supl. 1), 8.
- Cabrero, E. y Luna, A. (1999). Determinación de alcohol y drogas en la empresa. *Revista Española de Drogodependencias*, 24 (1), 3-16.
- Cabrero, E. y Luna, A (2001) Alcohol y drogas en las empresas de la Unión Europea. *Adicciones*, 13 (3), 247-252.
- Cabrero, E. Osuna, E., Luna, J.D, Jiménez-Bueno, MC. y Luna, A. (1994). Estudio de un muestreo de alcohol exhalado en aire alveolar en una población laboral de la Red Nacional de Ferrocarriles Españoles. *Adicciones*, 6, 15-22.
- Cabrero, E., Osuna, E., Luna, J.D., Jiménez, M.C., Blanco A. y Luna A. (1996). Consecuencias de las drogodependencias en el mundo laboral. *Adicciones*, 8 (4), 419-428.
- Cabrero, E., Gómez-Acebo, A., García-Alcázar, I., García-Esquinas, N., Luna, J.D. y Luna A. (1998). Muestréos sistemáticos de alcohol en aire espirado en una empresa pública de transporte ferroviario. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 179, 23-30.
- CC.OO (2001). *Estrategias de acercamiento en drogodependencias, paso a paso*. Secretaría Confederal de Medio Ambiente y Salud Laboral. Dpto. de Drogodependencias-DGPNSD. Paralelo-Edición.
- Chacón, R., Arenas, R., Moreno, J. y Martínez, J.L. (2001). Una experiencia de Prevención en la empresa. *Ponencias de las V Jornadas de Prevención de drogodependencias*. Ayuntamiento de Alcorcón-Comunidad Autónoma de Madrid.
- Ciscart, N. (1998). *Despido por embriaguez y toxicomanía*. Barcelona: Bosch.
- Crow, S. y Hartman, S. (1996). Drogas en el lugar de trabajo: Exageración del problema y de los tratamientos. *RET, Revista de Toxicomanías*, 6, 29-38.
- De Gea, C., Pérez-Cárceles, M.D., Osuna E., Cabrero, E. y Luna A. (1996). Prevalencia del abuso de alcohol en una población laboral del sector pesquero. *Adicciones*, 8 (3), 267-276.
- DGPNSD (2001). *Observatorio Español del Plan nacional sobre drogas. Informe nº 4*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Díaz, R. y Gual, A. (1993). El alcohol en el trabajo ¿Cómo intervenir? *Adicciones*, 5 (4), 395-406.
- EDIS (1998). Drogas en el mundo laboral de Andalucía. *Carpeta de documentación*, 8, 3-18.

- Esbec, E. y Gómez-Jarabo, G. (2000). *Psicología forense y tratamiento jurídico legal de la discapacidad*. Madrid: Edisufer.
- Esteban, V. y Porcar, M. L. (2000). Papel de los psicólogos en la prevención de riesgos laborales. *Informació Psicológica*, 68, 85-86.
- FAD (1996). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 1996*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- FAD (1998). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Cauce Editorial.
- FAD (1999). *La incidencia de las drogas en el medio laboral en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- FAD-DGPNSD (2002). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción-Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Fernández-Montalvo J. y Echeburua E. (2001). Consumo excesivo de alcohol: un reto para la salud laboral. *Salud y Drogas*, 1 (1), 17-39.
- Finauer, D.M (1990). The relationship between workplace accident rates and drug and alcohol abuse the unproven hypothesis. *Labor Studies Journal*, 15 (4), 3-15.
- Fortuny, R. (1993). Evaluación de resultados y rentabilidad. *Mapfre Medicina*, 4 (supl. III), 34-38.
- Freixa, F. (1991). Problemática sociosanitaria del consumo de drogas en el medio laboral. *Revista Española de Drogodependencias*, 16 (4), 257-275.
- Gala, P., García, P. y Delgado, A. (1989). Consumo de alcohol en la población laboral. *Mapfre Seguridad*, 36, 13-15.
- Galaif, E., Newcomb, M. y Carmona, J. (2001). Prospective relationships between drug problems and work adjustment in a community sample of adults. *Journal of Applied Psychology*, 86 (2), 337-350.
- García, A. (1999). Experiencia de aplicación en la empresa de un plan de prevención en materia de drogodependencias: RENFE. En *Jornadas de prevención de drogodependencias en el ámbito laboral*. Sevilla:UGT.
- Gil-Monte, P. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Girella E., Hernández C. y Villanueva E. (1994). Cuestionario CAGE y marcadores de alcoholismo: aplicación para la detección de bebedores excesivos en una población laboral. *Mapfre Medicina*, 5 (1), 33-38.
- Gómez, J.L., Seguí, F., Gómez, M. y Juesas, A. (1990). La investigación del alcoholismo en el medio laboral: primera medida para su prevención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 37 (147), 75-81.
- González, M. J. (1996). Psicología del trabajo y prevención de riesgos laborales. *Papeles del psicólogo. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 65, 40-45.
- Gurumeta, A. (1993). Educación sanitaria y campañas en la empresa. *Mapfre Medicina*, 4 (supl. III), 31-33.
- Harwood, H.J. (1990). El consumo de alcohol y drogas entre la población laboral en USA. *Economistas*, 42, 6-13.
- Henderson, M. Hutcheson, G. y Davies, J. (1996). *Alcohol and the workplace*. Glasgow: WHO Regional Publications, European series, 67.

- Hingson, R.W., Lederman, R.I. y Walsh D.C. (1985). Employee drinking patterns and accidental injury: a study of four New England States. *Journal of Studies on Alcohol* 46, 298-303.
- Hoffmann J. y Larison, C. (1999). Drug use, workplace accidents and employee turnover. *Journal of Drug Issues*, 28 (2), 341-364.
- Hollinger, R.C. (1988). Working under the influence (WUI): correlates of employees' use of alcohol and other drugs. *Journal of Applied Behavioral Science*, 24, 439-454.
- Jimenez, G. (1993). ¿Se puede acabar con las drogas? *Mapfre Medicina*, 4 (supl. III), 64-66.
- Kaestner, R. y Grossman, M. (1995). Wages, workers compensations benefits, and drug use: Indirect evidence of the effect of drugs on workplace accidents. *The American Economic Review*, 85 (2), 55-60.
- Kandel, D.B. y Yamaguchi, K. (1987). Job mobility and drug use: an event history analysis. *American Journal of Sociology* 92, 836-878.
- Lehman W.E y Simpson, D. (1992). Employee substance use and on-the-job behaviors. *Journal of Applied Psychology*, 77 (3), 309-321.
- Lewis, R.J., y Cooper. S.P. (1989). Alcohol, other drugs, and fatal work-related injuries. *Journal of Occupational Medicine*, 31, 23-28.
- Luna, A. y Cabrero, E. (1996). Alcoholismo y leyes laborales: marco jurídico. En A. Calcedo (Ed.), *Alcoholismo, Psiquiatría y Ley*. Cáceres: Nuevo Siglo.
- Magione, T.W. y Quinn, R.Y. (1975). Job satisfaction, conterproductive behavior and drug use at work. *Journal of Applied Psychology*, 60, 114-116.
- Marín, D. y González, J.(1990). Posibilidades de intervención en tabaquismo en el medio laboral: revisión análisis y propuesta de acción. *Medicina de Empresa*, 24 (4), 41-49.
- Masip J.M. (1999). *Prevención de riesgos laborales: estrategias, gestión y prevención de las adicciones en el mundo laboral*. Madrid: Síntesis.
- Mayor, L.I. (1997). Drogas en el Medio Laboral. En J.V. Beneit, C. García Carrion y L.I. Mayor (Eds.), *Intervención en Drogodependencias: Un Enfoque Multidisciplinar*. Madrid: Síntesis.
- McDaniel, M.A. (1988). Does pre-employment drug use predict on the job suitability?. *Personnel Psychology*, 41, 717-729.
- Megías, E. (2001). Definición de los factores de riesgo laborales en el consumo de drogas. *Toxicodependencia*, 7 (2), 59-65.
- Minaya, G. (1998). El psicólogo ante el desarrollo y aplicación de la ley de riesgos laborales. *Informació Psicológica*, 68, 4-14.
- Montesdeoca, D. y Montesdeoca, M.J. (1997). La prevención del tabaquismo y alcoholismo desde las mutuas de accidentes de trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 175, 75-80.
- Montesdeoca, D., Rodríguez, F., Pou, L. y Montesdeoca, M. J. (1997). El medio laboral y la salud mental (II): estrés, burnout y drogodependencias. Una propuesta preventiva. *Psiquis*, 18 (3), 105-104.
- Morales, M.M., LLopis, A., Gracia, J. y Jiménez, M.C. (1996). Hábito tabáquico y alcohólico como factores de riesgo en el estado de salud de los trabajadores del mar. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 168, 27-38.

- Moreno, M. A. y León, J. M. (2000). *Prontuario de salud laboral y prevención de riesgos laborales*. Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- Muchinsky, P.M (1994). *Psicología aplicada al trabajo: una introducción a la psicología industrial y organizacional*. Bilbao: Descleé de Bower.
- Navarro A.M. (1995). Tabaquismo en el medio laboral. *Medicina de Empresa*, 29 (4), 59-80.
- Newcomb, M. (1994). Prevalence of alcohol and other drug use on the job: cause for concern or irrational hysteria? *Journal of Drug Issues*, 24 (3), 403-416.
- Normand, J., Salyards, S.D. y Mahony, J.J. (1990). An evaluation of preemployment drug testing. *Journal of Applied Psychology*, 75, 629-639.
- Normand, J. Lempert, R. y O'Brien, C.P. (1994). *Under the influence? Drugs and the American work force*. Washintong D.C: National Academy Press.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (1987). *Respuestas a los problemas causados por el consumo de drogas y alcohol*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (1996). *Tratamiento de las cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Reperorio de recomendaciones prácticas*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (1998). Lanzamiento de una "ARMADA" antisustancias. Progresos en la lucha contra las drogas y alcohol en el trabajo. *La Revista de la OIT: Trabajo*, 23, 1-4 febrero de 1998. <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/magazine/23/drugs.htm>.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (1999). El abuso de sustancias en el trabajo. *La Revista de la OIT: Trabajo*, 30, 1-4 Julio de 1999. <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/magazine/30/news.htm>
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1993a). *Fomento de la salud en el lugar de trabajo: uso indebido de alcohol y drogas. Informe de un comité de expertos*. Ginebra: Serie de informes técnicos 833.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1993b). *Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Ortiz, J. (1994). *Condiciones de trabajo y consumo de drogas*. Madrid: UGT. Departamento Confederal de Servicios Sociales.
- Palomares, A. (1998). La Prevención de los Trastornos Mentales en el Ambito Laboral. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 14, (3), 345-354.
- Pascual, T. (1993). Problemática y actuaciones en la gran empresa. *Mapfre Medicina*, 4 (supl. III), 39-41.
- Peiró, J. M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Peiró, J. M. (1999). Valoración de Riesgos Psicosociales y estrategias de intervención: el Modelo AMIGO como base de la Metodología "Prevenlab/psicosocial". *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15 (2), 267-314.
- Plana, P. (1997). Consecuencias del consumo excesivo de alcohol en el lugar de trabajo. En *II Jornadas autonómicas Sociodrogalcol*. Sevilla: Sociodrogalcol-Andalucía.
- Pozo, L. e Ibáñez, M. (1999). *Curso para la formación de mediadores en drogodependencias en el medio laboral*. Toledo: UGT-Castilla-La Mancha, Secretaría de Política Social, Área de Drogodependencias.

- Reina, F., Gili, M., Lacalle, J.R., Franco, D., Morera, A. y Lozano, E. (1990). Patrones de accidentabilidad de una muestra de alcohólicos en comparación con la población general. *Adicciones*, 2 (2), 113-119.
- Ribas, E., Portella, E., Riado, M. y Camacho, C. (1999). Los costes derivados del consumo de alcohol para el sistema productivo de España. *Adicciones*, 11, (1), 33-36.
- Rodríguez-Martos, A. (1998). *Problemas de alcohol en el ámbito laboral*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).
- Romero M.J. (1995). *SIDA y toxicomanías: un análisis jurídico laboral y de seguridad social*. Madrid: IBIDEM.
- Saiz, P.A., Portilla, M.P., Paredes, M.B., Bascarán, M.T., y Bobes, J. (2002). Instrumentos de evaluación del alcoholismo. *Adicciones*, 14 (supl. 1), 387-403.
- Sánchez, L. (1993). Empresa, Servicios de Salud Laboral, familia y servicios médicos asistenciales. *Mapfre Medicina*, 4 (supl. 3), 42-47.
- Sánchez, L. (1994). Evaluación de la efectividad de los programas de atención a drogodependientes en la empresa. *Mapfre Medicina*, 5 (2), 101-113.
- Sánchez, L. (1996). *Manual para profesionales de los servicios de salud laboral: metodología para la prevención y asistencia de drogodependientes en la empresa*. Madrid: Mapfre.
- Sánchez, L. (1998). Prevención de las drogodependencias en el medio laboral. *Pedagogía Social*, 1, 99-114.
- Serrano, P.G. (1993). Programas de cesación del tabaquismo en el medio laboral: la necesidad de su implementación en España. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 67 (5), 343-349.
- Tejero, R., Graña, J.L., Muñoz-Rivas, M. y Peña, M.E. (2002). Consideraciones sobre el síndrome de "Burnout" como una forma de estrés laboral. Jurisprudencia y legislación relacionadas. *Revista de Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 2 (1), 95-115.
- UGT (1987). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral*. Madrid: UGT.
- UGT (2001). *UGT propone que el alcoholismo y otras drogodependencias dejen de ser considerados como causa de despido*. Comunicado de prensa (26-6-2001).
- Valdenebro, J.I., Valdes E. y Romo A.F. (1993) Reconocimientos médicos laborales como aporte a la prevención de las drogodependencias. *Mapfre Medicina*, 4 (supl.3), 4-15.
- Verdaguer, V. (1998). La Función del Psicólogo en la Prevención de Riesgos Laborales: Requisitos Legales y Aspectos Prácticos. *Informació Psicológica*, 68, 77-80.
- White, H.R., Aidala, A. y Zablocki, B. (1988). A longitudinal investigation of drug use and work patterns among middle-class, white adults. *Journal of Applied Behavioral Science* 4, 455-469.
- Yagüe, A.M (1990). El mundo laboral empieza a ocuparse de las drogodependencias. *Economistas*, 42, 34-37.
- Zwerling, C., Ryan, L. y Orav, E.J.(1990). The efficacy of preemployment drug screening for marijuana and cocaine in predicting employment outcome. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2639-2643.