

CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL EN EL CUERPO NACIONAL DE POLICÍA: IMPLICACIONES DISCIPLINARIAS, LABORALES Y PSICOPERICIALES

Concepción de Puelles Casenave

*Psicóloga Clínica de la Unidad Regional de Sanidad (Área II),
de la J. S. P de Madrid.*

Resumen

El presente artículo aborda la problemática disciplinaria y laboral que conlleva el consumo perjudicial de alcohol en el Cuerpo Nacional de Policía (C.N.P). Ofrece datos que reflejan un importante descenso del consumo, en la Jefatura Superior de Policía de Madrid (J.S.P) y facilita cifras de prevalencia en la población general trabajadora y en la policía de Noruega.

Señala las distintas circunstancias que requieren del peritaje psicológico de los funcionarios, abordándolas en referencia a los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Distingue la atención, específica y diferenciada, que desde dos estructuras del CNP (Régimen Disciplinario y Servicio Sanitario) se otorga al alcohol, actuaciones que representan un mecanismo dual de filtro y control, ante los problemas que el consumo de alcohol de los funcionarios pudieran ocasionar.

PALABRAS CLAVES: *Alcohol, Régimen Disciplinario, Psicología Policial, Psicología Jurídica, Derecho Laboral, Peritaje Psicológico, Programas de Prevención.*

Abstract

This article addresses the disciplinary and occupational problem involved in the harmful consumption of alcohol in the National Police Force. It provides data that reflect an important decrease in the consumption in the Higher Police Headquarters of Madrid, and offers the prevalence rates in the general working population and in the Norwegian police force.

It indicates the diverse circumstances that require a psychological expert opinion of the civil servants, addressing such circumstances with regard to alcohol-related problems.

It distinguishes specific and differentiated attention, granted to alcohol by the structures of the C.N.P. (Disciplinarian Regime and Health Service), the actions that represent a dual filter and control mechanism, of the problems that civil servants' alcohol consumption may cause.

Correspondencia: Concepción de Puelles Casenave. E-Mail: concepcion.puelles@dgp.mir.es

Fecha de recepción del artículo: 10-06-2008.

Fecha de aceptación del artículo: 2-09-008.

KEYWORDS: *alcohol, disciplinarian regime, police psychology, juridical psychology, employment law, psychological expert opinion, prevention programs.*

Introducción

Las patologías relacionadas con el consumo de alcohol representan el grupo de trastornos mentales que con mayor frecuencia se encuentran relacionados con las diversas áreas del derecho.

En el Código Penal español (1995) el estado de intoxicación etílica puede ser considerado una circunstancia atenuante de la responsabilidad criminal, pero en los delitos contra la seguridad del tráfico, el consumo de alcohol actúa como circunstancia agravante.

En el derecho laboral la “embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo” (art. 54 del Estatuto de los Trabajadores¹.) puede ser motivo que justifique un despido y si se demuestra que el estado de embriaguez de un trabajador fue la causa de su accidente, este perderá todos los derechos indemnizatorios.

La legislación vigente, refleja cierta ambivalencia social respecto a la consideración del enfermo alcohólico. Se reconoce en el alcohólico, el efecto aditivo del tóxico y la repercusión sobre sus capacidades cognitivas y volitivas, sin embargo, en ocasiones, se le trata sin tener en cuenta tales efectos y repercusiones.

Ninguna enfermedad mental puede ser considerada un motivo justificado de despido, salvo las relacionadas directamente con el consumo de sustancias.

El artículo 54 del Estatuto de los Trabajadores, ha sido objeto de enormes controversias (Tejero, Fernández Alba, Graña y Peña, 2002; Carrasco, JJ. & Maza, JM. 2003) pero sigue vigente.

Hay que reconocer, por otra parte, la necesidad jurídica de proteger a la sociedad de las consecuencias del consumo irresponsable de algunas personas, así como de establecer medidas que desmotiven este consumo en situaciones que impliquen una peligrosidad para otros ciudadanos (conducción, trabajo, o intención de delinquir).

Con una visión asistencial y rehabilitadora, destaca en el ámbito Laboral, la Ley 5/2002, de 27 de Junio, sobre drogodependencias y otros trastornos aditivos. La ley señala que la *Comunidad de Madrid en sus centros*,

¹ Despido Disciplinario, apartado f.

establecimientos y servicios, reservará los puestos de trabajo de las personas drogodependientes durante su proceso de tratamiento.

De igual modo, establece que *se potenciarán acuerdos entre empresarios y sindicatos encaminados a que estos adopten idénticas medidas, promoviendo un clima que facilite que las patologías derivadas del consumo de drogas, no sean un instrumento de discriminación en el ámbito laboral* (Título II capítulo 1, artículo 16, puntos 2, 3 y 4).

El consumo perjudicial de alcohol en el Cuerpo Nacional de Policía, es atendido desde la Organización con un planteamiento interestructural, un mecanismo de intervención dual: sanitario y/o disciplinario.

El Reglamento de Régimen Disciplinario le sitúa como una conducta sancionable, en sintonía con el Estatuto de los Trabajadores y la legislación relativa a la conducción de vehículos. Mientras que desde los Servicios Sanitarios se establecen medidas de promoción, prevención de la salud y atención del enfermo alcohólico, en consonancia con las actuaciones desarrolladas para el resto de los trastornos mentales.

Desde el marco disciplinario se persigue y castiga la embriaguez, con un objetivo ejemplarizante, desde los servicios sanitarios del CNP se procura la rehabilitación del enfermo o, en caso de no conseguirse ésta, la incapacitación laboral del funcionario.

Es del adecuado equilibrio entre ambas estructuras, desde donde se establece la prevención y el control de los problemas derivados de un consumo perjudicial de alcohol por parte de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía.

Estudios acerca del Consumo de Alcohol en el CNP

Al objeto de conocer el estado de salud de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía, la Subdirección General del Gabinete Técnico llevó a cabo en julio de 1988 una Encuesta de Salud, con una muestra de 1.792 funcionarios de dicho Cuerpo, que representaban el 84% de la población policial de referencia (80% de Escala Básica, 20% del resto de escalas). Muñoz (1990) presenta los resultados más significativos del estudio:

Respecto al alcohol, señala que *el patrón que predomina entre los encuestados es el de bebedor habitual moderado (un 44%), patrón que se caracteriza por un consumo diario y estable, pero nunca en cantidades que originen efectos biológicos o comportamentales inmediatos.*

También indica:

1. Una escasa presencia de “no bebedores” (un 5% en la muestra policial, frente al 20% encontrado en población general ajustada por edad y sexo).
2. Un porcentaje de “bebedores elevados”, bastante similar al de la población general (23% en la muestra policial, 20% en población general).
3. Una elevada presencia de “bebedores excesivos” (16% en la muestra, 7% en la población general).

Tabla1. Consumo de Alcohol Encuesta de Salud C. N. P (1988)

FRECUENCIA	CANTIDAD		
	Moderado (menos de 50c.c de alcohol absoluto al día)	Elevado (de 50c.c a 100c.c)	Excesivo (más de 100c.c)
Habitual	44%	23%	16%
Ocasional	7%	2'5%	-----
Esporádico	2'5%	-----	-----

Respecto al tipo de alcohol consumido diariamente, una o más veces al día, el 46'4% refería beber vino, el 52'3% cerveza, sólo un 9'5% bebidas destiladas (ginebra, whisky, coñac, etc.), y un 5'6% aperitivos (vermouth, vinos generosos, etc.).

Se encontró relación entre la edad y la bebida consumida. Al igual que sucede en población general, los más jóvenes tendían a consumir más cerveza y bebidas destiladas, mientras que a partir de los 40 años se apreciaba un mayor consumo de vino.

Analizado el consumo de alcohol por Región Policial², la encuesta arrojó la mayor cantidad de alcohol absoluto por día y persona en las Regiones Policiales de Navarra-Rioja (72'8cc/día), Oviedo (69cc/día) y Madrid (63cc/día), la media total en la muestra estudiada fue de 54'6cc/día.

El autor observó que el tipo de convivencia que tenía establecida el funcionario influía en el consumo de alcohol, mientras que el estado civil no mostraba diferencias significativas (contrariamente a lo que sucede en población general).

Los que no vivían en el domicilio familiar consumían más alcohol que los que convivían con sus familiares, siendo el modelo de convivencia entre

² Hay que señalar que se excluyeron de la investigación las Regiones Policiales de Baleares y Canarias (11 y12).

compañeros (pensiones, residencias, pisos compartidos...) aquella que más facilitaba el consumo.

También encontró que el nivel de salud autopercebida y el consumo de alcohol, correlacionaban de forma evidente con la presencia de síntomas psiquiátricos menores.

Tras la Encuesta de Salud de 1988, la entonces Dirección General de la Policía, acometió importantes reformas en los Servicios Sanitarios de ámbito interno. Transformó los servicios sanitarios, incluyendo una gran presencia de procedimientos característicos de la medicina del trabajo (como los reconocimientos médicos periódicos) e incorporando a profesionales sanitarios (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermería) de otras administraciones, así como personal sanitario contratado.

Estableció, también, el cierre de algunas “cantinas” situadas en dependencias policiales e impuso restricciones a la venta de alcohol en los comedores propios, permitiendo sólo el adecuado al consumo con la comida, en consonancia con las recomendaciones de la OIT de evitar la disponibilidad de sustancias y la permisibilidad del consumo en el ámbito laboral.

Mediante Resolución nº 63 de la Dirección General de la Policía, de 23 de julio de 1990, se creó la Comisión de Valoración de Incapacidades, *órgano colegiado de carácter interno al que se le asignaron funciones de evaluación de posibles incapacidades laborales* (antecesor del actual Tribunal Médico).

En la Jefatura Superior de Policía de Madrid, en 1990, se constituyó un equipo de Salud Mental pionero, el único dotado de psiquiatra. Según la encuesta de salud, Madrid se encontraba entre las tres Jefaturas con mayor porcentaje de consumo de alcohol y probables casos de depresión y/o ansiedad.

Dicho equipo de salud mental, compuesto por una psiquiatra (hasta febrero de 2003) y dos psicólogas, abordaron con un planteamiento clínico los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Conviene recordar que, en los inicios de los años noventa, la Muface no se hacía cargo de los ingresos hospitalarios para el tratamiento del alcoholismo, mientras sí lo hacía para otras patologías psiquiátricas.

Cruz (1995) explica el procedimiento de atención a los funcionarios con problemas de alcohol llevado a cabo por el equipo de Salud Mental de la URS de Madrid, en el que considera fundamental la primera entrevista.

Indica, como: *para una adecuada valoración, realizaremos:*

- anamnesis minuciosa,
- exploración psicopatológica,
- entrevistas a familiares o allegado,.
- pruebas de laboratorio,

- consultas con otros especialistas (neurólogos...).
- revisión de datos registrados en la historia clínico-laboral (patología orgánica, bajas laborales frecuentes sin patología consistente...),
- en algunos casos: cuestionarios específicos, estudio psicodiagnóstico profundo, e informe socio-laboral.

Recuerda los puntos básicos en el tratamiento del enfermo alcohólico de Freixa: *desintoxicación, deshabitación, rehabilitación y reinserción, así como la abstinencia, total, incondicional y de por vida, de bebidas alcohólicas.*

Señala como, en su experiencia clínica, *el diagnóstico, a menudo es fácil por los signos físicos evidentes de la ingesta alcohólica. El mayor problema está en la detección de esos consumidores cotidianos e hipertolerantes, que pueden evolucionar durante 10-20 años en una especie de modalidad infraclínica, que mantienen las apariencias en una rutina profesional, utilizando costumbres y automatismos adquiridos.*

Por otra parte, ofrece los resultados de un análisis de historias clínicas relacionadas con problemas de alcohol, revisa 819 historias clínicas de funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía atendidos en la consulta de salud mental de la J.S.P de Madrid, desde 1990 hasta octubre de 1995.

De las 819 historias clínicas, sólo 102 (12'46%) reunían el criterio diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol:

- 1- El 16'67% fue considerado "bebedor excesivo", el 46'07% tenía problemas de "abuso de alcohol" y el 37'26% cumplió criterios de "dependencia de alcohol".
- 2- El 80'34% tenían una edad comprendida entre 35 y 49 años, siendo la media de 45.
- 3- Sólo un caso correspondía a una mujer (0'98%).
- 4- El 73'52% permanecía casado, el 16'66% Separados, el 4'90% Soltero y en un 4'90% de las historias no constaba ese dato.
- 5- La media de antigüedad en el CNP era de 20 años.
- 6- El 91'17% de los atendidos pertenecen a la escala básica, el 6'86 a la ejecutiva y un 1'69 a la de subinspección.
- 7- El 46'07% fue ingresado, una o más veces, por motivos psíquicos y/o físicos relacionados con las ingestas alcohólicas.

El estudio presentó datos respecto a la comorbilidad asociada al alcohol, destacando que:

- Los de mayor coincidencia eran los trastornos del estado de ánimo (23'52%), los trastornos de la personalidad (23'52%), y el juego patológico (11'77%).
- Sorprendiendo el hallazgo de un 3'92% de "epilepsia" (4 casos).
- Los trastornos por ansiedad representaron sólo el 3'92% de la muestra y otros trastornos (trastorno delirante, psicosis atípica o alcohólica...) aparecen en el 10'78% de las veces.

Casi la mitad de los funcionarios atendidos por el Equipo de Salud Mental de la U. R. S de Madrid, por problemas relacionados con el consumo de alcohol, fueron rehabilitados y reincorporados a sus puestos de trabajo (43'13%), el 7'84% permanecía de baja en el momento del estudio, con tratamiento y en espera de una posible reincorporación.

El 31'37% fue jubilado por enfermedad, el 5'88% pasó a situación de segunda actividad (edad o enfermedad) y el 10'78% se encontraba de baja temporal, a la espera de una probable baja permanente.

Tabla 2. Población clínica por consumo de alcohol, atendidos por el equipo de salud mental de la J.S.P de Madrid (1990 a Octubre de 1995)

Bebedor Excesivo	Trastorno Por Abuso de Alcohol	Trastorno Dependencia de Alcohol
16'67%. (n=17)	46'07%. (n=47)	37'26%. (n=38)

Nieto y Pardo (1995) realizaron otro interesante trabajo sobre el consumo de tabaco y alcohol por los funcionarios policiales destinados en la Jefatura Superior de Policía de Madrid.

Este trabajo se basó en un análisis de datos, de los 1.276 reconocimientos médicos realizados a los funcionarios, por la Unidad Regional de Sanidad de Madrid, en el contexto de los reconocimientos médicos periódicos efectuados en 1994.

Los resultados señalaban que *el 40'43% eran "abstemios" o "bebedores ocasionales"*.

El 59'47% de la muestra bebía con mayor habitualidad, pero el 85'52% de estos bebían menos de 5 unidades/día (1 U: 8grs. de alcohol al 100%).

La población de riesgo se situaba en el 3'45% de la muestra, con consumiciones de más de 7 U/día.

Los autores comparaban sus datos con los de la encuesta de salud de 1988, y señalaban: *En la actualidad, el consumo de alcohol no representa un riesgo al que se vea sometido, como tal, el colectivo policial de Madrid.*

Tabla 3. Población reconocimientos médicos periódicos (Unidad Regional de Sanidad de Madrid (1994)

Abstemios-Bebedores Ocasionales.	Bebedores Habituales. (de 5 a 7 U. día)	Bebedores Habituales (de más de 7 U. día)
40'43% (n=516)	56'11% (n=716)	3'44% (n=44)

En otro trabajo con población policial del Cuerpo Nacional de Policía, Baca y Cabanas (2003) se señala, con sorpresa, como entre los funcionarios diagnosticados de trastorno por estrés postraumático *se aprecia una escasa comorbilidad con trastornos por abuso de sustancias (incluido el alcohol), sólo se presentaron en el 9'7% de los casos, en contra de lo esperable si tenemos en cuenta los estudios (especialmente americanos) sobre este aspecto concreto de la comorbilidad* (p. 158).

Consumo de alcohol de la población general trabajadora y en la policía de Noruega: análisis comparativo con los datos del CNP

Respecto a las cifras de consumo abusivo de alcohol en población general trabajadora, Tejero, et al. (2002) indica como *el consumo abusivo de alcohol ha experimentado un notable descenso en la población ocupada desde las alarmantes cifras de 1987 (24% de los trabajadores), hasta un 14'4% en 1996 ó 12'3% en el año 2002. Observándose un menor consumo en la población trabajadora de todas las Comunidades Autónomas, exceptuando el caso de la CAM* (p. 66-67).

Señalan también como los datos de la última encuesta nacional -2002³- *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, seguidos de otros sectores como la minería, energía y química, el metal o la pesca* (p. 68).

³ Señalan como fuente: FAD-DGPNSD (2002).

Concretamente, arroja un porcentaje de consumidores abusivos de alcohol del 15'8% en la construcción, del 14% en la minería-energía y química, al igual que en el sector de la alimentación-textil.

El estudio más actual sobre prevalencia de alcohol en población policial, no española, lo ofrecen Sterud et al. (2007) que valoran a una muestra de 2.372 policías y 1.096 trabajadores operativos de ambulancias de Noruega, señalando:

1. Una Prevalencia de trastornos asociados al consumo de alcohol (Test AUDI, punto de corte ≥ 6) en varones, de un 17'7% en el personal policial y un 16'6% en el personal de ambulancias.
2. Menor prevalencia de alcohol en las mujeres (9'1% policías, 7'4% ambulancias).
3. Mayor presencia de problemas relacionados con el consumo de alcohol entre los jóvenes varones que puntuaron alto en neuroticismo.

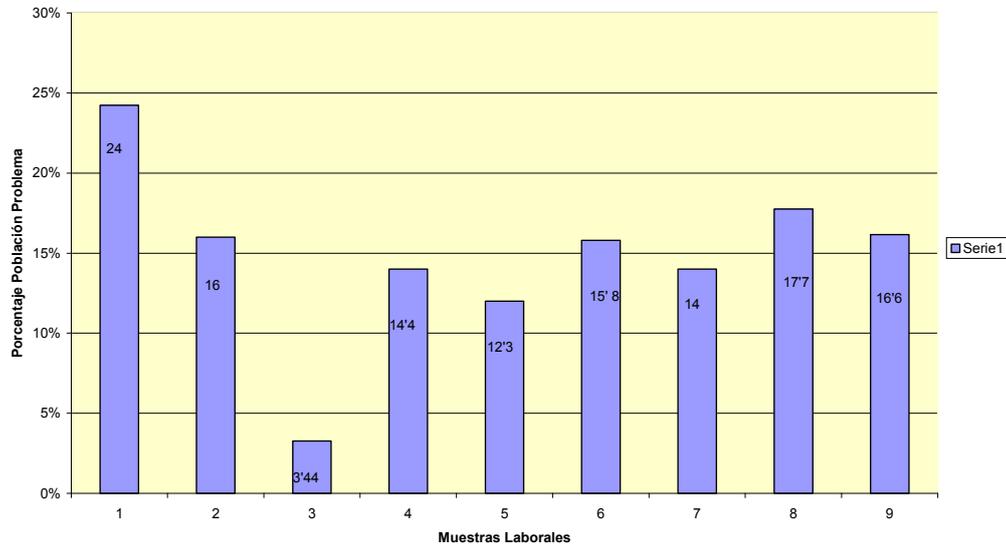
El estudio de Sterud et al. (2007) valora además la relación entre los problemas asociados al consumo de alcohol, el *burnout*, el neuroticismo, el estrés laboral o el consumo de alcohol como estilo de afrontamiento. Los resultados no apoyan la existencia de una fuerte relación entre el estrés laboral y el consumo de alcohol, en estos profesionales (policías y personal de ambulancias).

La investigación Noruega aporta un interesantísimo enfoque respecto a la prevención de los trastornos por consumo de alcohol, el problema del consumo de alcohol como mecanismo de afrontamiento.

El uso del alcohol iniciado con la intención de hacer frente a los problemas, se destacó como un importante factor de riesgo para desarrollar trastornos relacionados con el consumo de alcohol, especialmente en el personal masculino y que experimentaban elevados niveles de despersonalización en el test de *burnout*.

El gráfico N° 1, presenta los porcentajes de consumo perjudicial de alcohol encontrado en distintas muestras de trabajadores, por estudios realizados con diversos métodos y en diferentes años. Se tratan de cifras que no pueden ser comparadas de una forma rigurosa, pero cuya visualización gráfica facilitará una mejor comprensión de la magnitud del problema del alcohol en las distintas muestras laborales.

Gráfico N°1: Consumo Perjudicial de Alcohol



1: Población Trabajadora 1987. 2: Población Cuerpo Nacional de Policía 1988. 3: Población Jefatura Superior de Policía de Madrid 1995. 4: Población Trabajadora 1996. 5: Población Trabajadora 2002. 6: Trabajadores Construcción 2002. 7: Trabajadores Minería-Energía y Química, y Sector Alimentación-Textil 2002. 8: Policía de Noruega 2007. 9: Trabajadores de ambulancias de Noruega 2007.

Valorando datos de evolución, los estudios relativos al consumo perjudicial de alcohol entre los funcionarios de la Jefatura Superior de Policía de Madrid, muestran una reducción muy favorable. De ser una de las Regiones Policiales más perjudicadas por el alcohol en 1988, pasa a no verse sometida a ese riesgo en el año 1995 (de una media de 63cc/persona-día, pasa a un 3'44% de bebedores habituales de más de 7 U día), en concordancia con lo señalado por Tejero et al. (2002) para todas las Comunidades excepto la de Madrid.

Hay que considerar que las medidas restrictivas para el acceso a las bebidas alcohólicas llevadas a cabo en el entorno laboral del Cuerpo Nacional de Policía, así como la dotación de personal y programas sanitarios que se establecieron, contribuyeron de manera significativa a esta labor de higiene institucional.

Los reconocimientos médicos periódicos y el trabajo del equipo de salud mental en la JSP de Madrid, se constituyen como acciones sanitarias de evidente eficacia en el tratamiento de estos problemas.

En la Unidad Regional de Sanidad (U.R.S) de Madrid, se aplicaron diversas actuaciones recomendadas por la Organización Internacional del Trabajo, para el establecimiento de programas preventivos respecto a las drogodependencias en las empresas:

1. Información sobre los problemas del consumo de alcohol, en cursos de formación permanente (educación para la salud).
2. Restricción de la disponibilidad de alcohol.
3. Evaluación del estado de salud de los funcionarios con reconocimientos periódicos.
4. Establecimientos de tratamientos rehabilitadores.
5. Garantía de confidencialidad de los datos sanitarios.

El problema del consumo perjudicial de alcohol, se atendió integrado en la atención general del Equipo de Salud Mental y en las actuaciones en materia de prevención sanitaria de la URS de Madrid. Sin embargo, se puede considerar que se estableció un programa de prevención eficaz respecto a este problema específico.

Tejero et al. (2002) señala como un estudio realizado en España en los años 90, anterior a la LPRL⁴ y a la mayor parte de la actual normativa autonómica -sobre esta materia-, mostraba la escasez de empresas con programas de este tipo -prevención de drogas o alcohol-. Sólo dieciséis detectados en todo el Estado.

Los autores señalaron que las empresas que aplicaban programas de asistencia, fueron percibidas como más eficaces por los técnicos de salud laboral, reconociendo numerosos efectos beneficiosos como la *disminución del absentismo y accidentabilidad, reducción de los periodos de baja laboral, mejora del clima laboral, reducción de la conflictividad* (p. 83).

Las actuaciones en materia de salud mental llevadas a cabo con los funcionarios de la Jefatura Superior de Policía de Madrid, también han repercutido de forma positiva en la prevalencia de absentismo de origen psíquico.

Sánchez (2007) presentó en las III Jornadas de Salud Mental en el Cuerpo Nacional de Policía una investigación acerca del absentismo de causa psíquica en el CNP, realizada sobre el total de bajas mentales durante nueve años, desde 1998 a 2006.

Este estudio ofrece el Índice Medio de Bajas psíquicas del CNP, así como de cada Región Policial.

⁴ Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

El cálculo del Índice Medio de Baja (I.M.B) se establece dividiendo el número de nuevas bajas psíquicas, en ese periodo de tiempo, por el número de funcionarios que componen la plantilla y multiplicando el resultado por cien. El Índice Medio de Bajas psíquicas de los funcionarios del CNP destinados en la Jefatura Superior de Policía de Madrid es de 6'84 (4'96 puntos por debajo de la media del colectivo total del CNP). Siendo la JSP de Madrid la que menor Índice Medio de estas bajas presenta, en comparación al resto de las Regiones Policiales.

Sólo los funcionarios adscritos a estructuras administrativas Centrales, presentaron un IMB menor que los de la JSP de Madrid.

El régimen disciplinario del Cuerpo Nacional de Policía.

El Real Decreto 884/1989, de 14 de Julio, aprueba el reglamento de régimen disciplinario del Cuerpo Nacional de Policía, desarrollando lo establecido en la Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (en González. & González. 2002).

Se propone que, *respetando las garantías procedimentales exigidas por la Constitución, quede configurada una regulación específica, rápida y eficaz, inspirada en principios acordes con la estructura y organización jerárquica del Cuerpo y con el propósito de conseguir la ejemplaridad, a través de la inmediación de las sanciones.*

Para su elaboración, señala el propio Real Decreto 884/89, *se han adoptado los nuevos criterios que inspiran la legislación general de los funcionarios públicos y la jurisprudencia de los Tribunales, que garantizan los derechos de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía.*

En este sentido, indica que: *las normas de régimen disciplinario de los funcionarios de la Administración del Estado se aplicaran con carácter supletorio al personal del Cuerpo Nacional de Policía* (título primero, capítulo primero, artículo 1(3)).

Por otro lado, *se aplicará el reglamento disciplinario sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal en que puedan incurrir los funcionarios, la cual se hará efectiva en la forma que determine la Ley* (título 1º, capítulo 1º, artículo 3).

La responsabilidad disciplinaria se establece desde el momento de la toma de posesión hasta la jubilación o la pérdida de la condición de funcionario, y se extinguirá con el cumplimiento de la sanción, muerte de la persona responsable, prescripción de la falta o de la sanción, indulto y amnistía.

Consideraciones del Régimen Disciplinario acerca del consumo de alcohol

En el Reglamento de Régimen Disciplinario del Cuerpo Nacional de Policía (capítulo II, Faltas Disciplinarias), *se considera falta a la embriaguez, tanto durante el servicio como fuera de él, cuando esta afecte a la imagen policial.*

Equipara esta situación con el consumo de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

Concretamente el punto 12, del artículo 6, del capítulo II, califica como falta muy grave: *embriagarse o consumir drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas durante el servicio o con habitualidad.*

Esta falta puede acarrear la separación del servicio o la suspensión de funciones de tres a seis años (artículo 12, capítulo IV).

Por su parte, el punto 19, del artículo 7, del capítulo II, califica como falta grave: *embriagarse fuera del servicio, cuando afecte a la imagen de la Policía o de la función pública o consumir drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas.*

La comisión de esta falta puede conllevar *la suspensión de funciones por menos de tres años, traslado con cambio de residencia, inmovilización en el escalafón por un periodo no superior de 5 años y/o la pérdida de cinco a veinte días de remuneración y suspensión de funciones por igual periodo* (artículo 12, capítulo IV).

En el Real Decreto 33/1986, de 10 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de Régimen Disciplinario de los Funcionarios de la Administración del Estado, no se califica la embriaguez como falta.

El origen de esta consideración proviene de la propia Ley Orgánica 2/1986, de 13 de Marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, que ya considera falta muy grave, entre otras, a Embriagarse o consumir drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas durante el servicio o con habitualidad (Sección 4ª, artículo 27, apartado I). Todavía no se encontraba recogida la embriaguez fuera del Servicio como comportamiento sancionable.

El Peritaje psicológico en al ámbito del Cuerpo Nacional de Policía

Los psicólogos y la psiquiatra de los Servicios Sanitarios gozan, como el resto del personal sanitario-asistencial, de *independencia profesional* (apartado quinto. a, p. 19 de la Normativa que Regula la Sanidad en la DGP.1991).

El trabajo de los psicólogos se establece en distintas áreas: en el apoyo del personal médico para el control del absentismo de origen psíquico, en la

asistencia psicológica de los funcionarios o en la participación en los reconocimientos médicos periódicos.

Sus actuaciones conllevan una constante valoración de los agentes policiales y, con frecuencia, una labor pericial relacionada con el ámbito laboral y el disciplinario.

Todas las actuaciones profesionales de psiquiatra y psicólogos, se encuentran amparadas por la deontología profesional y, jurídicamente, por las obligaciones legales de confidencialidad.

Así lo reconoce y exigen diversas leyes⁵. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, específicamente señala:

“ Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley ” (Capítulo III, artículo 7. derecho a la intimidad. punto 1).

Derecho a la confidencialidad, que ya quedaba contemplado en la Normativa que Regula la Sanidad en la Dirección General de la Policía (1991), indicando que:

“ Por el Servicio Sanitario de la Dirección General de la Policía se extremarán las medidas para salvaguardar la intimidad de los datos clínicos que se posean de los funcionarios policiales, de tal forma que sólo tenga acceso a los mismos el personal sanitario. Todas las comunicaciones dirigidas a otras Dependencias de la Dirección General de la Policía exceptuando las que se contemplan en materia de capacidad o incapacidad, no contendrán datos sobre el padecimiento del interesado ” (Confidencialidad, Punto 3.9. p. 80-81).

El Real Decreto 2/2006, de 16 de enero, por el que se establecen normas sobre prevención de riesgos laborales en la actividad de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía, vuelve a recordar la confidencialidad de la información sanitaria, indicando que:

“ Los datos relativos a la vigilancia de la salud de los funcionarios no podrán ser usados con fines discriminatorios ni en su perjuicio. ”

El acceso a la información médica de carácter personal se limitará al personal médico y a las autoridades sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud de los funcionarios, sin que pueda facilitarse a otras personas sin consentimiento expreso del interesado ” (artículo 10 -Vigilancia de la Salud- Punto 5).

⁵ Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal; Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones de confidencialidad.

La normativa vigente respecto a la confidencialidad sanitaria, constituyen un precepto legal que impide el acceso a esta información del personal no sanitario.

La información clínica, diagnósticos, tratamientos y/o de carácter personal referida a sí mismo, a familiares o a otros aludidos en el acto asistencial, no puede ser transmitida a ninguna otra dependencia de la administración, sin un permiso expreso del funcionario atendido.

En determinados momentos pueden presentarse situaciones con una aparente colisión de intereses. Por un lado, la Organización, en su obligación⁶ de facilitar a régimen disciplinario todos los antecedentes o informes que le puedan resultar necesarios para el desarrollo de sus actuaciones y, por otra parte, los derechos individuales de los funcionarios que están protegidos por el obligado tratamiento de confidencialidad, recogido como tal por la legislación vigente.

Es evidente que la solución de tal conflicto de intereses viene amparada por un principio de jerarquía normativa. Prevalece el derecho recogido en norma de rango superior (ley Orgánica y ley), en este caso a favor del funcionario enfermo y limita la obligación de colaboración con la instrucción disciplinaria, establecida por norma de rango inferior (Real Decreto).

El peritaje del psicólogo clínico de los Servicios Sanitario se relaciona, habitualmente, con las siguientes actuaciones:

1. La valoración de la capacidad del funcionario para ser oído en declaración.
2. La valoración de la relación existente entre la enfermedad padecida y acontecimientos vividos en el Servicio prestado para la Administración.
3. La valoración de la relación existente entre la enfermedad padecida y la conducta disruptiva objeto de la apertura de una instrucción disciplinaria.
4. El asesoramiento a Instructores respecto a contenidos, clínico-psicológicos, presentes en informes aportados en un procedimiento y/o elaboración de contra-informes.
5. La valoración en materia de Incapacidad por Enfermedad.

Como procedimiento que concilia los derechos de los funcionarios con las obligaciones de control de la Administración, el psicólogo establece unas normas de actuación, de carácter general, ante las solicitudes que no proceden de los Órganos Sanitarios:

⁶ Real Decreto 884/1989, de 14 de julio, que aprueba el Reglamento de Régimen Disciplinario (artículo 25, punto 3).

1. Informar al funcionario acerca de la solicitud requerida.
2. Diferenciar el contenido del que, legítimamente, el órgano no sanitario debe ser informado, del tipo de información sujeta a la confidencialidad.
3. Solicitar el consentimiento expreso, en caso de que voluntariamente el funcionario quiera facilitar información confidencial al órgano no sanitario.
4. Responder a la solicitud.

Consumo de alcohol y capacidad para ser oído en declaración

El Reglamento de Régimen Disciplinario establece que *para la imposición de sanciones por faltas graves y muy graves se precisa la instrucción de un expediente, cuya tramitación se regirá por los principios de sumariedad, celeridad, información de la acusación al interesado y audiencia* (artículos 2 y 18 punto 1).

El procedimiento, tanto para las faltas leves, como para las graves o muy graves, prevé la comparecencia del inculpado (artículo 29 puntos 2 y 3; artículo 37 punto 1).

No se establece en los procedimientos, una particular actuación ante funcionarios con Incapacidad Temporal para el servicio por patología de carácter psíquico. Si bien, viene siendo costumbre que se requiera informe a los Servicios Sanitarios del CNP, acerca de la capacidad del inculpado para ser oído en declaración.

La valoración de las condiciones de las personas para la ejecución de actos con contenidos jurídicos (capacidad contractual, testamentaria, matrimonial...) es objeto de pericial constante, en los contextos legales civiles y laborales.

Mientras que desde el derecho procesal, se aborda la Capacidad para ser juzgado, que como señalan Carrasco & Maza (2003) se concibe en el sentido de *conjunto de cualidades requeridas para que un individuo pueda tomar parte hábilmente en un procedimiento judicial, bien sea para actuar determinados derechos (demandante civil, querellante, etc.) o para ser sujeto pasivo en un procedimiento civil o frente a una acusación de carácter penal* (p. 701).

En el ámbito del Cuerpo Nacional de Policía, el peritaje para determinar la Capacidad de la persona para ser oída en declaración, se debe centrar en las condiciones psicológicas del sujeto pasivo de la instrucción disciplinaria, en si estas condiciones le permiten hacer frente, comprender y defenderse, de las acusaciones de las que es objeto.

Se trata de lo que Carrasco & Maza (2003) denominan "*capacidad de defensa*" (p. 702).

En el enfermo alcohólico, habrá que constatar que en el momento de la valoración no se detectan:

1. Trastornos cognitivos, que afecten severamente su capacidad de memoria, atención y comprensión.
2. Ideación psicótica que conlleve un distanciamiento de la realidad.
3. Afectación grave de los impulsos, que pueda desembocar en actuaciones no voluntarias, generadoras de nuevas conductas sancionable.

Se podrá sugerir un aplazamiento en la audiencia del inculpado, hasta que el tratamiento haga su efecto y el funcionario pueda ser oído en declaración.

El consumo de alcohol en las valoraciones de relación causa-efecto en el ámbito laboral.

Las peritaciones psicológico-psiquiátricas denominadas de causa-efecto, están relacionadas con la vivencia de un acontecimiento particular y traumático (único o repetido) que sería asimilable en terminología laboral a un accidente. El cuadro médico de enfermedades profesionales no contempla diagnósticos psíquicos.

El consumo perjudicial de alcohol puede relacionarse, en estas circunstancias, tanto con la génesis del accidente como con las consecuencias lesivas.

En el primer caso, el peritaje pretenderá establecer si el consumo de alcohol del trabajador pudo ser la causa del accidente.

Mientras que la segunda modalidad, procura averiguar si la enfermedad alcohólica debe ser reconocida como una enfermedad en acto de servicio, o considerada enfermedad común.

a) El alcohol como causa de accidente.

Son muchos los trabajos que advierten la relación entre el consumo de alcohol y el riesgo de accidente. El DSM-IV.TR⁷ indica que “*los trastornos relacionados con el alcohol se asocian a un aumento significativo de riesgo de accidentes, violencia y suicidio*” (p. 246), de hecho, se ha relacionado un mayor consumo de alcohol en sectores empresariales con elevada peligrosidad.

⁷ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- Texto Revisado.

Sin embargo, es difícil encontrar datos empíricos que demuestren esta peligrosidad.

Tejero et al (2002) presentan ocho estudios realizados entre los años 1985 y 1999, que se pronuncian sobre la relación del alcohol con la accidentabilidad:

1. Cuatro investigaciones (el 50%) no consiguieron detectar una mayor tasa de accidentabilidad laboral entre los consumidores excesivos o dependientes, ni relación significativa entre accidentabilidad y el tipo o frecuencia de consumo (Reina et al. 1990; Normand et al. 1990; Aurrekoetxea y Echenagusía, 1995; Hoffmann y Larison, 1999)
2. Dos de ellas (el 25%) señalaron una escasa relación del consumo, respecto a la siniestralidad, (Lewis y Cooper, 1989; Alleyne et al. 1991).
3. Un estudio (el 12'5%) indicó con contundencia que se aprecia una mayor frecuencia en los consumidores de alcohol u otras drogas, de sufrir un accidente (Cabrero et al. 1996).
4. Mientras que otro (el 12'5%) se mostró confuso en la presentación de sus resultados, indicando una relación no significativa, pero afirmando que beber cinco o más copas diarias multiplica por dos el riesgo de accidente (Hingson et al. 1985).

A la luz de estos estudios no parece fácil demostrar, empíricamente, la relación entre consumo de alcohol y accidentabilidad laboral. La repercusión legal que supone reconocer el consumo de alcohol en el contexto de un accidente, dificultará una recogida de datos fiable.

b) El alcohol como consecuencia.

La etiología de los trastornos por consumo de alcohol presenta múltiples orientaciones, *actualmente proliferan los marcos conceptuales amplios y complejos, que integran una gran variedad de componentes* (Graña et al. 2007, p. 37).

Los profesionales de la salud mental suelen observar cómo los pacientes necesitan atribuir, a algún acontecimiento externo, el origen de su enfermedad. La ausencia de explicación etiológica les genera inquietud.

Este tipo de atribución externa se da también en los enfermos alcohólicos y en su entorno, se dice que bebe por los problemas, por los amigos, porque su mujer no le entiende, por un trabajo estresante, porque no aguanta a su jefe, etc.

Es función del perito psicólogo o psiquiatra, hacer entender la diferencia entre la necesidad de atribución causal del trabajador enfermo alcohólico y las probables etiologías, aquellas dotadas de mayor consenso profesional.

La valoración de un trastorno mental como consecuencia de determinados hechos producidos en el trabajo policial, es compleja, precisa de un conocimiento detallado de los hechos acontecidos, así como de un estudio especializado de la persona presuntamente afectada.

Se trata de demostrar el origen del trastorno, en un factor o factores externos de naturaleza traumática, quedando ya por definición excluidas aquellas patologías de etiología endógena.

El alcohol puede presentar una especial atención pericial, por su relación de comorbilidad atribuida por algunos autores, con el Trastorno por Estrés Postraumático.

También puede ser reconocido como un síntoma puente de otros trastornos de aparición retardada o una concausa de la patología presente, que ha contribuido a aumentar el trastorno final, incidiendo en que la participación del agente externo sea prácticamente irreconocible, en el estado final del trastorno.

Los Trastornos por consumo de alcohol, suelen ser considerados sin relación etiológica con la situación laboral planteada.

Consumo de alcohol y conducta disruptiva.

En el ámbito del CNP, como ya se señaló anteriormente, la embriaguez en el Servicio es sancionada como falta muy grave. Mientras que la que se ocasione fuera del trabajo, siempre que esta afecte a la imagen de la Policía o de la función pública, se califica como grave.

Algunos responsables, saben reconocer los indicios de las enfermedades alcohólicas y, conscientes de la enorme repercusión económica y laboral que la sanción por embriaguez puede conllevar al funcionario y a su familia, optan por informar de estas conductas disruptivas a los Servicios Sanitarios. Se trata de un primer aviso al funcionario, una advertencia de que el alcohol empieza a generarle problemas y una búsqueda del tratamiento, como alternativa a la medida meramente sancionadora.

La detección y diagnóstico de las primeras fases del problema alcohólico, resulta difícil. El funcionario con este problema dedica un esfuerzo considerable en disimular los signos de su enfermedad o, ante su imposibilidad, a que sus ingestas alcohólicas no puedan ser probadas (demostradas).

A la luz del Reglamento de Régimen Disciplinario, un enfermo alcohólico podría ser duramente sancionado (hasta tres años de suspensión de empleo y sueldo) incluso por unos hechos acontecidos en estado de embriaguez cuando, por ejemplo, se encontraba de baja médica por la misma enfermedad.

Los hechos tienen que haber afectado a la imagen policial o a la de la función pública, circunstancia que fácilmente se produce en estos casos. Puede considerarse un desprestigio de la imagen policial, por ejemplo, el simple hecho de que la persona ebria sea identificada como policía, ya sea por ser conocido del barrio, por el contenido de su conversación o al caérsele la placa insignia.

Si se probase su estado de embriaguez durante un servicio, la situación es peor, ya que podrá ser separado del servicio (esto es “despedido”) o suspendido de empleo y sueldo de tres a seis años.

El futuro del policía enfermo alcohólico y de su familia, se prevé difícil tras su separación del servicio.

Tampoco parece fácil la reinserción de éste, tras una suspensión de empleo y sueldo prolongada, ya que su situación psíquica y física se encontrará probablemente aún más perjudicada.

Pero por otra parte el policía cuyo consumo perjudicial de alcohol u otras drogas, desencadena la apertura de una instrucción disciplinaria, representa una peligrosidad potencial, no sólo en el sentido del riesgo para los propios funcionarios o los ciudadanos, sino en el sentido de futuras reincidencias de las infracciones.

El alcohólico sancionado pero no rehabilitado, seguirá embriagándose y generando otras actuaciones constitutivas de falta, en relación a sus ingestas.

La intervención de los Servicios Sanitarios resulta fundamental en todos estos casos, pero tremendamente delicada cuando el funcionario se encuentra inmerso en un procedimiento disciplinario.

Se presenta una dificultad añadida en el caso de algún funcionario que rechaza la asistencia sanitaria voluntaria.

El Real Decreto 2/2006, de 16 de enero, por el que se establecen normas sobre prevención de riesgos laborales en la actividad de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía, señala como: “*los reconocimientos médicos, así como las demás medidas sanitarias de carácter preventivo y la administración de vacunas, serán voluntarios, salvo que una norma establezca otra previsión para determinados casos, o cuando resulten necesarios para la detección de patologías que puedan causar grave riesgo para los propios funcionarios o para los ciudadanos, en cuyo caso serán de carácter obligatorio y se informará a los representantes de los funcionarios* (artículo 10.Vigilancia de la Salud. Punto 2)”.

El RD 2/2006, ofrece una alternativa de obligatoriedad para aquellos casos, extremos y poco frecuentes, pero que se pueden dar.

Asesoramiento al instructor en aspectos clínico-psicológicos del alcohol.

En ocasiones, el instructor pide a los Servicios Sanitarios (a médicos o psicólogos, según la materia), asesoramiento sobre determinados aspectos o

conceptos de la enfermedad alcohólica. Pudiendo, por ejemplo, requerir información sobre:

1. El tiempo transcurrido entre una ingesta de alcohol determinada y los análisis de sangre u orina que determinan su uso, para que estos presenten suficiente fiabilidad.
2. El efecto generado al mezclar un tratamiento farmacológico específico con el alcohol.
3. El estado, presumible, en el se puede encontrar un sujeto (conducta y capacidades) bajo la afectación de una cantidad concreta de alcohol.
4. La posible afectación en el recuerdo de un acontecimiento, tras la ingesta alcohólica.

Este tipo de informe, no precisa ninguna autorización del funcionario afectado, ya que no persiguen la valoración de una persona, sino la transmisión de un saber profesional, de la manera más comprensible y rigurosa, al instructor que lo ha solicitado.

Estos aspectos suelen ser contemplados en distintos manuales, por ejemplo Cuadrado et al (1995) recuerda como la gravedad de la intoxicación aguda, se valora por la concentración de alcohol en sangre (alcoholemia) y por las alteraciones del nivel de conciencia. Describiendo las alteraciones del comportamiento que se suelen dar en relación a cada nivel de alcoholemia:

- 1- Alcoholemia entre 0'5 a 1 g/l: Se producen alteraciones del comportamiento (elevación del tono de la voz, aparente disminución de las inhibiciones sociales), ligera afectación visual y de la coordinación muscular y alteración del tiempo de reacción
- 2- 1g/l a 2g/l: Se produce una excitación psicomotriz, entorpecimiento del habla, disminución de la capacidad de atención y de reacción y de la habilidad en los movimientos finos, así como alteraciones de la memoria y de la marcha.
- 3- 2 g/l a 3 g/l: Temblor, ataxia, estupor e irritabilidad, así como obnubilación de la conciencia.
- 4- 3 g/l a 5 g/l: Estado comatoso y riesgo de muerte por parada respiratoria.

Contempla, también, la llamada *intoxicación atípica*, caracterizada porque el paciente presenta una *conducta muy violenta, irracional y destructiva*. Situación clínica para la que *no se ha encontrado una relación clara con la cantidad de alcohol ingerido, se han descrito casos incluso con alcoholemias de 0'30 g/l* (p. 57 y 58).

Esta publicación también recuerda las principales interacciones y efectos secundarios de los interductores, o de la mezcla de alcohol con otros medicamentos...

Pese a toda la información obrante en diversos libros y manuales, la complejidad multifactorial que suelen conllevar los acontecimientos objeto de instrucción, así como las diferencias individuales que caracterizan a los procesos psicológicos y orgánicos, hacen recomendable que sea el personal sanitario acreditado (médico, psiquiatra o psicólogo, según lo requerido) quien valore cada caso concreto en el que el instructor precisa ser asesorado.

Consumo de alcohol e incapacidad para el servicio

Marco normativo y procedimiento de incapacidad.

La enfermedad alcohólica puede determinar periodos de incapacidad para el Servicio.

Cuando en un funcionario del Cuerpo Nacional de Policía se instaura un trastorno por consumo de alcohol que conlleva la baja médica, se realiza una retirada cautelar de las armas que posea, hasta el alta médica que acredita la curación del proceso o mejoría que permite el trabajo habitual.

Si el periodo de baja temporal resulta demasiado largo o por su gravedad se prevé irreversible, el psicólogo sanitario y/o el médico del CNP elaborarán un informe clínico-laboral lo más detallado posible, al que se adjuntan las pruebas e informes complementarios.

La valoración de incapacidades presenta, en los Servicios Sanitarios del CNP, un procedimiento escalonado. Iniciado por la Unidad Regional de Sanidad a la que pertenezca el funcionario. En el caso de pertenecer a estructuras centrales, será iniciado por el médico de zona y/o psicólogo-psiquiatra de la Sección de Salud Mental.

Los informes serán revisados por los profesionales sanitarios del Servicio Sanitario Central, pudiendo solicitar una ampliación de los estudios complementarios o la valoración en un centro sanitario concertado.

La valoración del Tribunal Médico, también puede iniciarse a instancia del funcionario interesado en que se determine la insuficiencia de sus aptitudes psicofísicas, quien alegará lo que estime conveniente.

El Tribunal Médico del Cuerpo Nacional de Policía, *es el órgano encargado de apreciar la insuficiencia física o psíquica (...), y estará compuesto por un Presidente y tres Vocales, con sus correspondientes suplentes, designados entre personal facultativo-médico del Cuerpo Nacional de Policía. En determinados casos, se puede acordar la participación de Especialistas,*

tanto del ámbito del CNP, como externos (Real Decreto 1556/1995, de 21 de Septiembre, Artículo 12, punto 1).

Las atribuciones de las valoraciones del Tribunal Médico del CNP a efectos tanto de Jubilación como de Segunda Actividad se establecen en:

1. El Real Decreto 1556/1995, de 21 de Septiembre de desarrollo y aplicación de la Ley 26/1994, de 29 de Septiembre, por la que se regula la situación de segunda actividad en el Cuerpo Nacional de Policía.
2. La Disposición adicional segunda. Valoración de incapacidades permanentes y lesiones en orden al reconocimiento del derecho a prestaciones en el Régimen de Clases Pasivas del Estado (del Real Decreto 397/1996, de 1 de marzo, por el que se regula el registro de prestaciones sociales públicas).

La Situación de Segunda Actividad (sin destino) por insuficiencia de las aptitudes psicofísicas, es una situación similar a la “reserva activa” del ejército, en la que los funcionarios policiales permanecen alejados de toda actividad policial, pero vinculados administrativamente al Cuerpo Nacional de Policía.

Como señala el Real Decreto 1556/1995, de 21 de Septiembre: “*Debe reconocerse en estos funcionarios una apreciable disminución de sus aptitudes físicas o psíquicas, que impida el normal cumplimiento de sus funciones profesionales (...), siempre que la intensidad de la referida disminución no sea causa de jubilación por incapacidad permanente para el servicio*” (Capítulo II, sección 3ª, artículo 11, punto 1).

A los efectos de apreciación de la insuficiencia física o psíquica por el tribunal médico, se valorarán las siguientes circunstancias (Capítulo II, sección 3ª, artículo 11, punto 2):

1. Que ocasionen limitaciones funcionales en la persona afectada, que le impidan o minoren de forma manifiesta y objetiva su capacidad para el uso y manejo de armas de fuego u otros medios reglamentarios establecidos de defensa o para la intervención en actuaciones profesionales de prevención o restablecimiento del orden o de la seguridad, de persecución y de detención de delincuentes, con riesgo para la vida e integridad física del propio funcionario, de otros funcionarios con los que intervenga, o de terceros.
2. Que dichas insuficiencias se prevean de duración permanente, o cuya curación no se estime posible dentro de los períodos de invalidez transitoria establecidos en la normativa vigente

Por otra parte, *los funcionarios en segunda actividad por insuficiencia de aptitudes, podrán ser sometidos a revisiones médicas periódicas hasta el cumplimiento de la edad en que les correspondiera pasar a dicha situación. Tras la revisión médica del Tribunal podrá determinarse que Procede el reingreso del interesado a la situación de servicio activo, la jubilación, o la continuidad en situación de segunda actividad* (Capítulo II, sección 3ª, artículo 17, puntos 1 y 2; Disposición adicional segunda del R.D 397/1996, de 1 de marzo).

Respecto a los trastornos relacionados con el alcohol, que pueden constituir motivo de insuficiencia psicofísica, recordar que el DSM-IV- divide los trastornos relacionados con sustancias en dos grupos:

1. Trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso).
2. Trastornos Inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastornos de ánimo inducido por sustancia, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias).

Resulta fundamental recoger la historia del consumo: año de inicio, pauta de consumo, tratamientos establecidos, daños orgánicos ocasionados, problemas familiares, legales, sociolaborales generados. En la medida de lo posible, recabar información sobre su conducta en estado de embriaguez, así como en abstinencia.

Se trata de valorar el estado de gravedad alcanzado y relacionarlo con la probabilidad de recuperación.

Es fundamental valorar los posibles trastornos mentales que coexisten con la adicción.

Graña et al. (2007, p. 40) recoge los resultados más relevantes del estudio ECA (*Epidemiological Catchment Area*) realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, en 1990 sobre una muestra de 20.291 personas mayores de edad. Entre los datos de comorbilidad de los Trastornos Relacionados con el Alcohol señalan:

1. La tasa de comorbilidad que aparecía entre el trastorno por abuso de alcohol y el trastorno mental fue del 36%.
2. Entre los pacientes que consumen sustancias, la presencia a lo largo de su vida de trastornos psiquiátricos específicos fue de: trastorno antisocial de la personalidad (83'6%), trastorno bipolar tipo I (60'7%). Esquizofrenia (47%), trastorno de angustia (35'8%), trastornos afectivos (32%), trastorno obsesivo-compulsivo (32'8), trastornos fóbicos (22'9).

Estudios sobre incapacidad psíquica en CNP: Alcohol.

Robledo et al. (1993) presentan un estudio sobre la evaluación de la incapacidad psicofísica en la Dirección General de la Policía, en el que se señala que en el año 1991, la entonces Comisión de Valoración realizó 186 evaluaciones, el 17% de carácter psíquico (n=31), cifra que se amplió en 1992 a 604 valoraciones con un 26% de carácter psíquico (n=159).

Las valoraciones psíquicas de 1991, constituyeron jubilación en el 51'61% de los casos (n=16), el mantenimiento de la baja en el 16'12%, se propuso el alta médica al 9'67%, en un porcentaje también de 9'67% se determinaron cambios en el puesto de trabajo, el 6'45% pasó a situación de segunda actividad por insuficiencia de aptitudes psicofísicas y al 6'45% se le denegó su reingreso al servicio activo.

En 1992, el 52'83% fueron jubilados (n=84), al 16'35% se le dictaminó propuesta para el alta médica, al 13'83% se les pasó a Segunda Actividad, para el 9'43 se estableció un cambio laboral, el 5'03% permaneció de baja y se le denegó el reingreso al 2'51% de los valorados por patología psíquica.

En el año 1992, los problemas con el alcohol se constituyeron la tercera causa psíquica de valoración, junto con los trastornos psicóticos (un 8'80%, n=14).

Los diagnósticos psíquicos de mayor presencia, fueron los trastornos del estado de ánimo (16'35%, n=26) y los trastornos de ansiedad (15'09%, n=24).

Los autores, señalan como *los principales motivos de incapacidad por dependencia de alcohol derivan, en la mayoría de los casos, de la cronicación del trastorno, que suele ser detectado en estados avanzados de difícil remisión, y de la asociación de este con otros trastornos, en especial de los de personalidad y del control de los impulsos* (p. 165).

Entre otros factores vinculados al proceso psicopatológico que motivan la incapacidad laboral, señalan:

1. La escasez de profesionales en el área de la salud mental, que posibilite la detección precoz de la patología, orientación, derivación y seguimiento e intervención y apoyo en crisis.
2. Dificultad para acceder a tratamiento adecuado por: falta de información sobre los mismos, insuficiente infraestructura en la Red de Salud Pública...
3. Falta de conciencia social y sensibilización para comprender y colaborar con el enfermo psíquico, llegando en muchas ocasiones a culpabilizar al mismo por padecer la enfermedad.

Esta falta de conciencia social con el enfermo psíquico, señalada por Robledo, et al., se multiplica con la enfermedad alcohólica.

El Trabajo del Equipo de salud Mental de la JSP de Madrid, presentado por Cruz (1995) demostró como el 43'13% de los funcionarios tratados por problemas de alcohol pudo ser rehabilitado para el trabajo habitual, sin llegar a acudir a la Comisión de Valoración- Tribunal Médico.

Puelles (2007) valoró la evolución de las bajas de carácter psíquico en el año 2006, de los funcionarios de la JSP de Madrid dependientes del Área II de Sanidad, señalando que *el 63'63% fue recuperado para el Servicio, por curación o mejoría que permite su trabajo habitual.*

En este sentido es interesante recordar las consideraciones del DSM-IV- respecto al curso de desarrollo de los trastornos por Dependencia o Abuso de Alcohol, indicando que *los casos más graves son sólo una pequeña porción de los sujetos con dependencia o abuso de alcohol, y el sujeto típico con un trastorno relacionado con el alcohol tiene un pronóstico mucho más prometedor* (p. 250).

Conclusiones

La investigación sobre el consumo de alcohol en los entornos laborales resulta escasa, además se utilizan procedimientos de medida tan diferentes (c.c de alcohol absoluto, unidades/día, tests de problemas relacionados con el consumo, etc.) que impiden una comparación rigurosa de los datos obtenidos.

Consiguientemente, resultan también escasos los estudios respecto al consumo de alcohol en el Cuerpo Nacional de Policía.

En la Jefatura Superior de Policía de Madrid, el consumo de alcohol no parece constituir un riesgo significativo. Los Reconocimientos Médicos Periódicos y el trabajo clínico llevado a cabo por el Equipo de Salud Mental, desde el año 1990, se muestran como acciones sanitarias de evidente eficacia en el tratamiento de estos problemas.

Sin embargo, la especial trascendencia social que presenta la labor policial, conlleva que se atienda al Consumo perjudicial de alcohol del funcionario del CNP, no sólo desde el punto de vista sanitario-asistencial, sino sancionando la embriaguez, con intención ejemplarizante.

Es del adecuado equilibrio entre dos estructuras diferenciadas: Régimen Disciplinario y Servicio Sanitario, con funciones y características propias, desde donde se establecerá un filtro adecuado de control, prevención y/o asistencia, de los problemas derivados del consumo perjudicial de alcohol por parte de estos funcionarios.

Referencias

- Asociación de Psiquiatría Americana (APA) (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona. Masson.
- Boletín Oficial del Estado (1986). *Real Decreto 33/1986, de 10 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de Régimen Disciplinario de los Funcionarios de la Administración del Estado*. Madrid. BOE. 15; 2377-2380.
- Boletín Oficial del Estado (2002). *Ley 5/2002, de 27 de Junio, sobre drogodependencias y otros trastornos aditivos*. Madrid. BOE. 176; 27225-27244.
- Carrasco, J J. & Maza, J M. (2003). *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*. 2ª edición. Madrid. La Ley-Actualidad.
- Cruz, M C. (1995). *Marco Psiquiátrico-Legal del Alcoholismo en funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía*. En Alcoholismo, Psiquiatría y Ley. III Jornadas de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Cáceres. 24-25. Noviembre. Editor Prof. Alfredo Calcedo. (235- 251).
- Cuadrado, P. Martínez, J. Picatoste, J. (1995). *El profesional de Atención Primaria de Salud ante los problemas derivados del consumo de alcohol*. Madrid. Ministerio de Justicia e Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas, Secretaría Técnica.
- Dirección General de la Policía (1991). *Normativa que Regula la Sanidad en la D.G.P.* Madrid. Dirección General de la Policía.
- Graña, J L. Muñoz, J J. Navas, E. (2007). *Características psicopatológicas, motivacionales y de personalidad en drogodependientes en tratamiento de la Comunidad de Madrid*. Salud Madrid, Agencia Antidrogas de la Comunidad de Madrid.
- González, L G. & González, R. (2002). *Cuerpo Nacional de Policía. Recopilación Normativa*. Madrid. Ministerio del Interior, Secretaría de Estado de Seguridad y Boletín Oficial del estado.
- Muñoz, P E (1990). Encuesta Sobre Salud. *Policía Española*. 64. Febrero (67- 73).
- Nieto, J A. & Pardo, B (1995). *Estudio sobre el consumo de tabaco y alcohol por los funcionarios policiales destinados en la J. S .P de Madrid*. Madrid.
- Puelles, C. (2007). *Funciones, cometidos y actuaciones del psicólogo del Área II, de la Unidad Sanitaria Provincial de Madrid*. III Jornadas de Salud Mental del Cuerpo Nacional de Policía. Barcelona. Secretaría de Estado de Seguridad, Dirección General de la Policía y de la Guardia Civil.(formato CD).
- Robledo, F. Fresnillo, E. Tamargo, J. Rojo, Y. Benito, MT. Alegría, V (1993). *Evaluación de la Incapacidad Psicofísica en la Dirección General de la Policía*. VIII Jornadas de Valoración Médica de la Invalidez. Pp.: 157-169.
- Sánchez, R. (2007). Absentismo de Causa Psíquica en el Cuerpo Nacional de Policía: 1998-2006. III Jornadas de Salud Mental en el Cuerpo Nacional de Policía. Barcelona. Secretaría de Estado de Seguridad, Dirección General de la Policía y Guardia Civil (formato electrónico).
- Sterud, T. Hem, E. Ekeberg, O. Lau, B. (2007). Occupational stress and alcohol use: a study of two nationwide samples of operational police and ambulance,

- personnel in Norway. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. Nov; 68 (6): 896-904.
- Tejero, R. Fernández-Alba, A. Graña, J L. Peña, M^a E. (2002). Implicaciones psico-legales del consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*.2 (2):63-92.
- Valle, J. M (2004). Código Penal y Leyes Penales Especiales. Navarra. Thomson Aranzadi.

Agradecimientos

Quiero agradecer a la Dra. Cruz Moreno, psiquiatra y responsable de Salud Mental de los Servicios Sanitarios del Cuerpo Nacional de Policía, su ayuda constante en mi trabajo, en mi formación, así como su ánimo ante mis inquietudes profesionales.