
EL CONSEJO DE BREVE INTENSIDAD COMO
MÉTODO PREVENTIVO CONTRA LOS HÁBITOS
TÓXICOS EN EL EXAMEN DE SALUD DEL SERVICIO
DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Estanislao Cabrero¹
Encarnación Posé²

*¹Doctor en Medicina, Médico del Trabajo
Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales*

*²Licenciada en Psicología, Psicóloga Clínica
Técnica Superior en Prevención de Riesgos Laborales*

RESUMEN:

El test de Fagerström, la encuesta de consumo de alcohol y el cuestionario general sobre hábitos de vida (que incluye el test de CAGE) son tomados como base para una intervención breve contra el consumo de tabaco y alcohol entre los trabajadores.

Estas pruebas ocupan entre 5 y 10 minutos y pueden ser la primera reflexión pa-rra abandonar el hábito tabáquico y también para reducir el consumo de alcohol a con-sumos de no riesgo o aconsejar la abstinencia entre los consumidores excesivos.

La consecuencia inmediata que debe producirse es el incremento de la salud de nuestros trabajadores, debido a la disminución de la morbilidad, tanto por accidente como por enfermedad, y de la mortalidad precoz.

Animamos a incorporar esta práctica entre los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.

Palabras Clave: Test de Fagerström, encuesta de consumo de alcohol, cuestionario general de hábitos de vida, test de CAGE, intervención breve, Educación para la Salud, hábito tabáquico, alcoholismo, población trabajadora.

ABSTRACT

The Fagerström questionnaire, the alcohol consumption survey and the general questionnaire on life habits (that includes the CAGE questionnaire) are showed as a base to the brief intervention against tobacco and alcohol consumption among the working population.

These tests take between 5 and 10 minutes and they can give the first thoughts to abandoning the nicotine habit and also do well in alcohol intake of non risk or abstinence among heavy drinkers.

The immediate consequence that must be hoped is a rise in the of health our working population, because of the decrease of the sickness rate, the accident rate and absenteeism, and premature mortality.

To incorporate this practice among the Prevention Services of Occupational Risks is encouraged.

Key words: fagerström questionnaire, alcohol consumption survey, general questionnaire on life habits, CAGE questionnaire, brief intervention, Health Education, smoking habit, alcoholism, working population.

INTRODUCCIÓN

El examen de salud que se realiza al trabajador por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de una empresa, servicio de prevención ajeno o mutua, sigue protocolos específicos para los diferentes riesgos laborales a los que aquel está expuesto (art. 22 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales). Aunque sería discutible si el mundo laboral expone o predispone al consumo de las diversas sustancias tóxicas (alcohol, tabaco, medicamentos, cannabis, cocaína, heroína, éxtasis, etc.), si podemos partir de la base que la edad laboral coincide con la edad de consumo y, sobre todo, de afectación por su consumo (Oficina Internacional del Trabajo, 1989) (Montesdeoca, D; Rodríguez-Pulido, F; Pou, L; Montesdeoca, MJ; 1997) y que determinados tipos de trabajo favorecen el consumo (Smith, R, 1981) (Hansmaennel, G; 1995) .

Averiguar el consumo de sustancias tóxicas está indicado con fines sanitarios. Por las características socioculturales de nuestro entorno, pensamos que uno o más tóxicos van a poder estar siempre presentes entre los hábitos de nuestros trabajadores (Unión General de Trabajadores-Equipo de Investigaciones Sociológicas, 1987) (FAD-Equipo

de Investigaciones Sociológicas, 1987). Nos estamos refiriendo al consumo de alcohol, tabaco y psicofármacos, sin que ignoremos que el consumo de las otras sustancias (cannabis, opiáceos, cocaína, anfetaminas, éxtasis, etc.) está incorporándose paulatinamente y de forma progresiva a nuestra cultura.

Este conocimiento de los hábitos tóxicos de nuestros trabajadores puede obtenerse por el simple interrogatorio clínico, por la anamnesis por órganos y aparatos y por las determinaciones analíticas, que pueden ser indirectas por las manifestaciones analíticas del daño orgánico que ocasionan las drogas (hepatopatías y hemopatías), o directas como son la determinación del alcohol y de las otras drogas en el mismo momento del reconocimiento médico, ya sea previo al ingreso o postocupacional, e, incluso, en el mismo puesto de trabajo dependiendo de las características de los riesgos inherentes al puesto que desarrolla el trabajador (Zwerling, C; Ryan, J; John, E; 1990) (Cabrero, E; Gómez-Acebo, A; García-Alcazar, I; García-Esquinas, N; Luna, JD; Luna, A; 1998). Obviamente, la evidencia de un consumo por métodos analíticos es diagnóstico claro de la existencia de este consumo (Deveaux, M; Demarlu, C; Lenoir, L; Muller, PH; 1990) (Ferrer, E; 1999), pero no es indicativo de que haya habido o exista en la actualidad un uso regular, abuso o dependencia (Cabrero, E; Luna, A; 1999).

Cualquier profesional sanitario ante la presencia de una anomalía psíquica u orgánica evidente o evidenciada por la anamnesis clínica o por las pruebas a las que se somete un trabajador, realizará las recomendaciones oportunas para fomentar la Educación para la Salud del trabajador y que éste realice las correcciones necesarias en sus hábitos higiénicos con el objetivo de no desarrollar la enfermedad, curarse o recuperarse de las secuelas que pueda haber producido la misma (prevención primaria, secundaria y terciaria).

Dentro del interrogatorio clínico, propiamente dicho, vamos a exponer la utilidad de tres pruebas autoadministradas, de "papel y lápiz", que se pueden incluir en el mismo y que son de indudable ayuda en cuanto a conocimiento de los hábitos tóxicos que el trabajador nos facilita en el mismo momento de realizar el examen de salud laboral (de ingreso o postocupacional) y nos pueden servir de estructura para realizar las recomendaciones sobre el consumo de sustancias: mantenerse abstinentes o en consumos de bajo riesgo, abandonar los consumos de riesgos o disminuir a consumos de bajo riesgo, etc.

Estas pruebas son el test de Fagerström, la encuesta semiestructurada

de consumo de alcohol y el cuestionario general sobre hábitos de vida (anejos 1, 2 y 3 respectivamente).

1. El Test de Fagerström:

El test de Fagerström pretende averiguar cual es el grado de adicción de una persona al hábito tabáquico mediante una serie de preguntas y una puntuación dependiendo del nivel de respuesta al mismo (Fagerström, KO; Schnider, NG; 1989).

Este test tiene dos versiones: la original, con ocho preguntas de las que tres de las cuales tienen tres respuestas; y la modificada (anexo 1), con seis preguntas, dos de las cuales tienen cuatro respuestas. Las preguntas que no se han incluido han sido las referentes a cual es la tasa de nicotina de vuestro cigarrillo y a si aspiráis el humo o no.

Además, este cuestionario puede completarse con una serie de preguntas que recogen una amplia biografía sobre el consumo de tabaco, como: ¿A qué edad comenzaste a fumar de forma regular? ¿Has incrementado o disminuido el consumo y cuánto han durado los mismos? ¿Cuántas veces has abandonado el hábito tabáquico períodos superiores al año y cuántos años has estado sin fumar?

2. La encuesta semiestructurada de consumo de alcohol:

La encuesta semiestructurada de consumo de alcohol (anexo 2) presenta al trabajador un repaso de las diferentes bebidas alcohólicas para que responda que cantidades consume de cada una de ellas (Altisent, R; Córdoba, R; Martín-Moros, JM; 1992).

Esta encuesta puede también ser dirigida, en este caso podemos apoyarnos en el conocimiento que sobre este hábito tenemos de nuestros compañeros de trabajo por nuestra convivencia con ellos y, también, por haber realizado otros encuestas en exámenes de salud anteriores que hace que podamos ayudarles a recordar, puntualizar consumos que pueden haberse olvidado o infravalorado, o a precisarlos porque hayan sido modificados.

También es recomendable preguntar al trabajador si consume un determinado tipo de bebida en cada una de las fases del día en que se suele hacerlo: ¿Toma carajillos a primeras horas de la mañana o después de comer? ¿Toma vino o cerveza comiendo, cenando o en el almuerzo de media mañana? ¿Toma aperitivos antes de comer (cerveza, vino o ver-

mut)? ¿Toma algún cubata o whisky viendo la tele por la noche, el fútbol, los domingos y festivos, etc.? El hábito enólico al formar parte de nuestro patrón cultural hace que muchos tipos de consumo pasen desapercibidos o infravalorados por lo que es necesario recordar o dirigir este tipo de interrogatorio.

La encuesta de consumo de alcohol presenta la ventaja de que podemos detectar cualquier tipo de consumos, ya sea de riesgo o no, cuando aún no existe daño orgánico ni psíquico. Los criterios de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria para considerar a un hombre como bebedor de riesgo es superar las 35 unidades de bebida alcohólica a la semana y para una mujer las 21 unidades (Wallace, P; Haines, A; 1985) (Rodríguez-Martos, A; 1997).

3. El cuestionario general sobre hábitos de vida:

El cuestionario general sobre hábitos de vida (anejo 3) incluye preguntas que se relacionan indirectamente con los hábitos tóxicos de consumo más frecuentes: alcohol, tabaco, fármacos, cannabis y cocaína (Martín Zurro, A; 1996). Pero que son de tanta utilidad como para poder orientarnos sobre si existe o no dependencia alcohólica (test de CAGE).

Se comienza, en lo que a hábitos tóxicos se refiere, por preguntar sobre "si alguna vez le han ofrecido cannabis o cocaína" (pregunta 2). Como vemos, esta pregunta está expuesta de forma indirecta y sin solicitar una respuesta sobre si se ha consumido o no alguna de esas sustancias, lo que favorece un mayor grado de sinceridad del trabajador.

Las preguntas referidas al consumo de alcohol (preguntas 3, 6, 9 y 11) representan el test de CAGE (Ewing, JA; 1984), que está ampliamente aceptado por su utilidad en el diagnóstico de la dependencia alcohólica, y se complementan con la encuesta semiestructurada de consumo de alcohol, ya referida (Johnson, RD; Williams, R; 1985).

El test de CAGE indica posible dependencia ante dos respuestas afirmativas, pero numerosos estudios refieren incluso una respuesta si se apoya en algún marcador biológico de consumo crónico de alcohol elevado (volumen corpuscular medio, aspartato aminotransferasa, alanino aminotransferasa, gamma-glutamil transpeptidasa, desialotransferrina, etc.). (Rodríguez-Martos, A; 1997) (Johnson y col; 1985) (Girela, E; Hernández-Cueto, C; Villanueva, E; 1994) (Mateos, J; Rivera, JC; 1994).

Las preguntas referidas al consumo de tabaco (preguntas 7 y 10) ayudan a reflexionar sobre unos planteamientos de salud que la mayoría de

los fumadores se han hecho y les han hecho en más de una ocasión: “dejar de fumar y, o, fumar menos”. Esta indagación sobre el hábito tabáquico se complementa con el test de Fagerström.

La última de las preguntas (pregunta 12), no sólo averigua el posible consumo de psicofármacos (tranquilizantes, hipnóticos, ansiolíticos, etc.) sino que ofrece, en el mismo cuestionario, como alternativa el uso de las técnicas de relajación como método más saludable para problemas de insomnio o ansiedad.

Además, se favorece la adquisición de otros hábitos higiénicos saludables como son el abandono del consumo de azúcares refinados, la práctica de un ejercicio periódico (caminar, correr, fútbol-sala, natación, ciclismo, etc.) y el consumo de frutas y verduras (preguntas 1, 4 y 8 respectivamente).

DISCUSIÓN

La importancia de las consecuencias del consumo abusivo o dependiente de alcohol, tabaco, fármacos y otras drogas para el propio trabajador, su familia y toda la sociedad son muy importantes. A nivel laboral generan un incremento importante de los riesgos inherentes al trabajo (Zwerling y cols; 1990) (Alleynes, BC; Stuart, P; Copes, R; 1991) (Cabrero, E; Osuna, E; Luna, JD; Jiménez-Bueno, MC; Blanco, A; Luna, A; 1996) (Cabrero, E; Osuna, E; Luna, JD, Jiménez, MC; Blanco, A; Luna, A; 1996) (Blum, TC; Roman, PM; Martín, JK; 1993) (Aurrekoetxea, J; Echenagusia, VM; 1995) (Vasse, RM; Nijhuis, FJN; Kok, G; 1998), por lo que deberían adoptarse medidas para diagnosticar, tratar y reinsertar a los trabajadores afectados por las drogodependencias y cualquier programa preventivo o asistencial que se realice en el medio laboral debería ser apoyado toda la sociedad, empresariado y Administración (Cabrero, E; 1999) (Cabrero, E; Gómez-Acebo, A; garcía-Alcazar, I; Carcía-Albacar, A; Luna, JD; Luna, A; 2000) (Cabrero, E; Luna, A; 2001) (Cabrero, E; 2001) (Cabrero, E; Luna, A; en prensa) (Comisiones Obreras, 1992) (Dubourg, C; Jegaden, D; Guillou, P; 1991) (Fanelli, C; Bertagnolio, GA; Deitinger, P; Macciocu, L; 1994).

El consumo de drogas legales por los individuos (alcohol, tabaco y psicofármacos) es alta dentro de la cultura occidental (Aubá, J; Costa, J; 1989) (Marchi, T; Magarotto, G; Della Valle, G; Nardi, G; 1993), siendo la prevalencia entre los trabajadores de nuestro país de un 78.8%

consumidores habituales de alcohol, un 48.3% de tabaco, un 12.1% de medicamentos y un 3,5% de las drogas ilegales según el último gran estudio realizado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996) (FAD-Equipo de Investigaciones; 1996). Encontrándose muy igualada la proporción tanto de hombres como de mujeres consumidores de drogas legales y en las mujeres a expensas de las más jóvenes (Moncada, S; Artazcoz, L; 1993), aunque en el caso de las drogas ilegales el consumo masculino es muy superior al femenino (Cabrero y cols; 1996)(Cabrero y cols, 2000).

En nuestra práctica, lo primero que hacemos, respecto al consumo de sustancias tóxicas por el trabajador, es realizar la historia tabáquica. En segundo lugar, pasamos el test de Fagerström que completa la anterior. Ambos tipos de preguntas no suelen ofrecer ningún problema, en cuanto a sinceridad a sus respuestas, ya que el trabajador fumador y exfumador no suele poner reparos a hablar de ello. Una vez conocido el consumo de tabaco se le aconseja sobre cesar o disminuir en el consumo, dependiendo que se haya planteado o no su abandono. Son muy pocos los trabajadores que no han pensado en ello alguna o más de una vez.

En tercer lugar, analizamos la encuesta semiestructurada de consumo de alcohol que completamos con recordar consumos que podrían haber quedado olvidados. En caso de consumo de riesgo (superior a las 35 unidades de alcohol a la semana para el hombre y 21 para la mujer) aconsejamos igualmente su cese o reducción a consumos no de riesgo.

Y en cuarto y último lugar, las respuestas del test de CAGE pertenecientes al cuestionario general sobre hábitos de vida, puntualizamos lo que ha querido expresar con las contestaciones que ha dado (tanto si han sido afirmativas como si no), dado que algunas veces personas muy escrupulosas pueden haber tenido la impresión de que deberían beber menos e incluso sentirse mal por su costumbre de beber ante consumos mínimos.

Estas pruebas autoadministradas van a presentar una serie de ventajas (Subías, PJ; Casanovas, E; 1998) (Auba, J; Massons, J; 1997) como son: el bajo coste, la accesibilidad, la facilidad de uso por personal auxiliar, ser muy útiles como pruebas de cribaje, etc. Pero también de inconvenientes: el consumo de tiempo, la subjetividad, la ocultación o la infravaloración de los consumos, el rechazo del individuo y, en el caso del test de CAGE, que detecta el síndrome de dependencia alcohólica cuando esté ya está instaurado.

El repreguntar, desarrollar o aclarar los puntos contenidos en estos tests, hace tener conciencia sobre estos hábitos tóxicos que favorece la

reflexión primero sólo y luego de forma conjunta y en voz alta entre el trabajador y el sanitario, facilitando el proceso de precontemplación o contemplación para el cambio del hábito (Martin-Zurro, A; 1996) (Valde-nebro, JI; Valdés, E; Romo, AF; 1993).

No se nos escapa la dificultad de administrar cuestionarios durante el examen de salud que permitan conocer el nivel de consumo y, como en este caso, también el nivel de adicción de nuestra población trabajadora, en una primera etapa de realización de estos estudios en una empresa. Si es posible realizarlo dentro del protocolo de una Mutua o de un Servicio de Prevención Ajeno, donde las relaciones y las acciones quedan más independientes, por lo que no siempre se podrá optar por realizar preguntas tan directas al inicio de estudios de este tipo. En nuestra experiencia y para una misma población laboral de la misma empresa ha sido preciso un periodo de trabajos previos en este campo de 7 años (consecuencias, métodos diagnósticos, programas preventivos, etc.) (Cabrero, E; Osuna, E; Luna, JD; Jiménez-Bueno, MC; Box, M; Luna, A; 1994) (Cabrero y cols, 1998) (Cabrero y cols, 1996) (Cabrero y cols, 1999) (Cabrero y cols, 2000) (Cabrero y cols, 2001) (Cabrero, E; 2001) (Cabrero y cols, en prensa) (Cabrero, E; Barrios, I; Osuna, E; Luna, JD; Jiménez-Bueno, MC; Luna, A; 1996) (Cabrero, E; Luna, A; 1999), de experiencia en el campo de las drogodependencias dentro de la empresa de 25 años y se ha planteado y obtenido la confianza del Comité de empresa (Oficina Internacional del Trabajo, 1989) (Unión General de Trabajadores-Equipo de investigaciones Sociológicas, 1987) (Comisiones Obreras, 1992) (Freixa, F; 1991).

El consejo de breve intensidad es lo mínimo que un profesional de la Salud Laboral debe realizar durante el examen de salud que efectúa al trabajador, como primer paso de una cultura preventiva de la empresa ante las drogodependencias (Moreno de Quiroz SL, 1991). Los profesionales sanitarios no suelen interrogar a sus pacientes o trabajadores sobre el consumo de bebidas alcohólicas (Aubà, J; Freixedas, R; 1990) (Subías y cols, 1998) por no conocer la importancia de estas patologías fuera de los consumos abusivos, dependientes o problemáticos, o por no saber como actuar ante las mismas. Es necesaria la formación específica de los trabajadores del Servicio de Prevención (médicos del trabajo, psicólogos, técnicos de prevención, enfermeros de empresa, trabajadores sociales, responsables de recursos humanos, etc.) sobre drogodependencias para lograr su sensibilización ante este problema (Cabrero y cols, en prensa) (Nebot, M; Plaza, A; Pérez, J; Grifell, E; Egea, L; 1995).

Nosotros con esta actitud estamos realizando, a fin de cuentas, Educación para la Salud. O sea, informamos a nuestro trabajador sobre el consumo de las sustancias tóxicas más frecuentes que pueden afectarle y le aconsejamos sobre qué práctica es la más saludable (Bombín, B; 1993) (Ferte, C; 1988) y, en nuestro caso, insertado dentro de un Plan de acción contra las drogodependencias y el alcoholismo (Cabrero y cols, 2000) (Valdenebro, 1993) (Foruny, R; 1993) (Megías, J; 1996) (Millet, M; Jannic, M; 1996) (Robinet, P; Mahieu, B; 1987) (Sánchez-Pardo, L; 1994).

La planificación estratégica de la Organización Mundial de la Salud para Europa "Salud para todos en el año 2000", presenta como principal reto sanitario el asumir la prevención primaria de las grandes causas actuales de morbimortalidad: enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes, junto con la preocupación por las consecuencias deletéreas del consumo de drogas legales e ilegales y por la difusión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, recomendando Educación para la Salud, tanto en la infancia como en la edad adulta, en los campos de la alimentación y la nutrición, la actividad física, el consumo de tabaco, de alcohol y de las drogas ilegales, la prevención de accidentes, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y en evitar de los embarazos no deseados, entre otros (Subías, 1998) (Rozman, C; Foz, M; 1994) (Salleras, L; Martín-Zurro, A; Bertrán, JM; Gené, JM; Forés, D; Taberber, JL; Tarín, G; Ribot, J; 1994). Todos estos temas tienen conexión con la prevención de las drogodependencias.

Muchas de estas actividades de promoción de la salud pueden y deben desarrollarse por los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales. Así, por ejemplo, la prevención de la enfermedad hipertensiva mediante la detección y el control de la tensión arterial puede que no tenga que ver como riesgo inherente a un trabajo determinado, pero no se nos escapa que es una labor importante dentro de la prevención primaria y secundaria de cualquier Servicio de salud. Al igual que muchos programas de salud de numerosas empresas incorporan la prevención del cáncer colorrectal o ginecológico. Aunque pudiéramos entender que podría ser no ético el incluir preguntas que socialmente podrían ser reprobables como las referentes al consumo de las diversas sustancias tóxicas (tabaco, alcohol, medicamentos y drogas ilegales), sí son sanitariamente correctas y su detección conveniente dada la gran prevalencia de esta enfermedad entre la población trabajadora y la enorme transcendencia de las consecuencias sanitarias de las mismas (Cabrero y cols, 1999) (Gibbs, JO; Mulvaney, D; Henes, C; Reed, RW; 1985). Las actividades preventivas más

importantes del adulto son la toma de tensión arterial y el interrogatorio sobre su consumo de alcohol y tabaco (Subías y cols, 1998), dado que ésta es la población con la que trabajamos en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, no podemos dejar escapar la oportunidad que nos brinda esta intervención. La población laboral ofrece unas características idóneas para el desarrollo de programas de intervención, tanto por abarcar los períodos de edad en los que se concentran las mayores tasas de mortalidad prematura como por la facilidad de acceso. A su vez, la existencia de los Servicios de Prevención y la realización de exámenes de salud periódicos proporcionan el marco ideal para una intervención preventiva eficiente (Martínez-González, MA; Bueno-Cavanillas, A; Fernández-garcía, MA; García-Martín, M; Delgado, M; Gálvez, R; 1995).

El avance en seguridad se fundamenta en corregir hábitos y modificar la conducta del individuo, para reducir y controlar los riesgos (Gacitúa, G; 1994). La intervención breve supone de 5 a 10 minutos, usa pruebas de evaluación sencillas para identificar a los trabajadores que poseen consumos de riesgo y proporciona información y consejo. Es evidente que el personal sanitario infrautiliza las oportunidades que tiene para identificar y aconsejar a los pacientes a cerca de su consumo excesivo (Austoker, J; 1994). Aprovechando esta oportunidad se podría disminuir de forma importante el número de consumidores excesivos de alcohol (Wallace, P; Cutler, S; Haines, A; 1988), tabaco, medicamentos y las demás drogas y por consiguiente de sus consecuencias (Cabrero y cols, 1996).

La intervención breve pretende producir una motivación para el cambio y que mínimas intervenciones adicionales consigan la modificación del hábito e incluso instigar el proceso natural de cambio que de otra manera podría no producirse o retrasarse indefinidamente. Algunos estudios han encontrado una reducción muy sustancial en el porcentaje de bebedores entre el 45-70%, después de haber sido sometidos a intervenciones breves dependiendo del grado de estructuración de la misma (Martín Zurro, A; 1996). Por ello, consideramos que estos tests realizados como estructura de una intervención breve nos permiten valorar el nivel de consumo de nuestros trabajadores (ausente, moderado, de bajo, medio o alto riesgo, e incluso, dependiente), así como Educar para la Salud a los mismos mediante la información, el consejo y el asesoramiento e iniciar la contemplación del cambio de hábitos tóxicos de nuestros trabajadores durante el examen de salud que se efectúa por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Altisent R, Córdoba R, Martín-Moros JM. Criterios operativos para la prevención del alcoholismo. *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 584-588.
- Alleyne BC, Stuart P, Copes R. Alcohol and other drug use in occupational fatalities. *JOM* 1991; 33: 496-500.
- Ames G. Research and strategies for the primary prevention of workplace alcohol problems. *Alcohol Health & Research World* 1993; 17: 19-27.
- Aubà J, Costa J. Alcohol y población laboral. *Med Clin (Barc)* 1989; 92: 658-660.
- Aubà J, Freixedas R. Alcoholismo: prevención desde la atención primaria. *Med Clin (Barc)* 1990; 94: 230-233.
- Auba J, Massons J. Estilos de vida saludable: Tabaco y Alcohol. Madrid: Ergon, 1997.
- Aurrekoetxea J, Echenagusia VM. ¿Es el consumo habitual de alcohol un indicador de riesgo del accidente de trabajo y del absentismo por enfermedad? *Mapfre Medicina* 1995; 6: 113-120.
- Austoker J. Reducing alcohol intake. *BMJ* 1994; 308: 1549-1552.
- Blum TC, Roman PM, Martin JK. Alcohol consumption and work performance. *J Stud Alcohol* 1993; 54: 61-70.
- Bombín B. Implicaciones médico-jurídicas y bio-éticas del diagnóstico y seguimiento de las drogodependencias y sus complicaciones en el medio laboral. *Mapfre Medicina* 1993; 4 Supl 3: 16-25.
- Bussels D. Drogas y Trabajo. *Janus* 1995; febrero: 7-8.
- Cabrero E. Estamentos laborales y detección, tratamiento y reinserción de drogodependientes en el medio laboral. *Adicciones* 1999; 11 Supl 1: 8.
- Cabrero E. El servicio médico de empresa de la Red Nacional de los Ferrocarriles Españoles en la Comunidad Valenciana. *Salud Ocupacional* 2001; 10: 5-11.
- Cabrero E, Barrios I, Osuna E, Luna JD, Jiménez-Bueno MC, Lu-na A. Detección del bebedor excesivo en el medio laboral mediante el test de Le Gô. *Adicciones* 1996; 8: 321-329.
- Cabrero E, Gómez-Acebo A, García-Alcázar I, García-Esquinas N, Luna JD, Luna A. Muestras sistemáticas de alcohol en aire espirado en una empresa pública de transporte ferroviario. *Med Segur Trab* 1998; 179: 23-30.
- Cabrero E, Gómez-Acebo A, García-Alcázar I, García-Albacar A, Luna JD, Luna A. Programme contre la toxicomanie et l'alcoolisme dans l'entreprise ferroviaire espagnole "RENFE", 1990-1997. *Arch mal prof* 2000, 61: 310-317.
- Cabrero E, Luna A. Determinación de alcohol y drogas en la empresa. *Rev Esp Drogodepen* 1999; 24: 3-16.
- Cabrero E, Osuna E, Luna JD, Jiménez-Bueno MC, Box M, Lu-na A. Estudio de un muestreo de alcohol exhalado en aire alveolar en una población de la Red Nacional de los Ferrocarriles Españoles. *Adicciones* 1994; 6: 15-22.
- Cabrero E, Osuna E, Luna JD, Jiménez-Bueno MC, Blanco A, Luna A. Consecuencias de las drogodependencias en el mundo laboral. *Adicciones* 1996; 8: 419-428.
- Cabrero E, Osuna E, Luna JD, Jiménez MC, Blanco A, Luna A. Alcoolisme, absen-

- téisme et accidents du travail dans une entreprise de transport espagnole. Arch mal prof 1996; 57: 353-355.
- Cabrero E., Luna A. Alcohol y drogas en las empresas de la Unión Europea. Adicciones 2001; 13: 247-252.
- Cabrero E, Luna A. El abordaje de las drogodependencias en las empresas. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales (en prensa).
- Cabrero E, Luna A. Ética y Medicina del Trabajo. Med Trabajo 1999; 8: 78-83.
- Comisiones Obreras. Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias. Madrid: Secretaría Confederal de Acción Sindical 1992.
- Deveaux M, Demarlu C, Lenoir L, Muller PH. Problèmes posés par l'interprétation de dosages de l'alcool dans l'air expiré. Journal de Médecine Légale Droit Médical 1990; 33: 335-340.
- Dubourg C, Jegaden D, Guillou P. Approche d'une évaluation d'action de prévention de l'alcoolisme en milieu de travail. Arch mal prof 1991; 52: 206-208.
- Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA 1984; 252: 1905-1907.
- Fagerström KO, Schneider NG. Measuring Nicotine Dependence: A Review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989; 12: 159-182.
- Fanelli C, Bertagnolio GA, Deitingen P, Macciocu L. Il recupero personale e lavorativo dell'ex - tossicodipendente. Prevenzione Oggi 1994; 6: 45-55.
- Ferrer E. Control del uso de drogas en conductores. JANO 1999; 56:1042.
- Ferte C. Expérience d'information en alcoologie en entreprise. Arch mal prof 1988; 49: 535-536.
- Foruny R. Aspectos etiopatogénicos del alcohol y otras drogas en el trabajo. Med Trabajo 1993; 2: 122-128.
- Freixa F. Problemática sociosanitaria del consumo de drogas en el medio labora. Rev Esp Drogodep 1991; 16: 257-275
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción-Equipo de Investigaciones Sociológicas. La incidencia de las drogas en el mundo laboral - 1996; Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 1996.
- Gacitúa G. La educación: base para el desarrollo de la prevención. Revista Protección y Seguridad 1994; mayo-junio: 20-23.
- Gibbs JO, Mulvaney D, Henes C, Reed RW. Work-site health promotion. JOM 1985; 826-830.
- Girela E, Hernández-Cueto C, Villanueva E. Cuestionario CAGE y marcadores de alcoholismo: Aplicación para la detección de bebedores excesivos en una población laboral. Mapfre Medicina 1994; 5: 33-38.
- Hansmaennel G. Tabagisme, surcharge pondérale, hypertension artérielle et alcoolisme chronique chez 218 conducteurs de poids lourds ou d'engins. Arch mal prof 1995; 56: 486-488.
- Johnson RD, Williams R. Prevention of hazardous drinking: the value of laboratory tests. BMJ 1985; 290: 1849-1850.
- Marchi T, Magarotto G, Della Valle G, Nardi G. Il consumo di alcol in alcune attività produttive di Venezia: Un problema di sanità pubblica. Med Lav 1993; 84: 232-242.

- Martín-Zurro A (director). Alcohol en Atención Primaria (protocolo). Barcelona: Ediciones Doyma, 1996.
- Martínez-González MA, Bueno-Cavanillas A, Fernández-García MA, García-Martín M, Delgado M, Gálvez R. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en población laboral. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 321-326.
- Mateos J, Rivera JC. Abordaje médico-laboral del alcoholismo. *Med Trabajo* 1994; 3: 25-29.
- Megías J. Trabajo y alcohol. *Rev Esp Drogodep* 1996; 21: 81-82.
- Millet M, Jannic M. La prévention alcool à E.D.G.-G.D.F. Service Morbihan (1993-1995). *Arch mal prof* 1996; 57: 632-633.
- Moncada S, Artazcoz L. Ocupación, percepción de la salud y estilos de vida. *Janus* 1993; 14: 7-10.
- Montesdeoca D, Rodríguez-Pulido F, Pou L, Montesdeoca MJ. El medio laboral y la salud mental (I): factores psicosociales y epidemiología. *Psiquis* 1997; 18: 87-95.
- Montesdeoca D, Rodríguez-Pulido F, Pou L, Montesdeoca MJ. El medio laboral y la salud mental (II): estrés, Bournout y drogodependencias. Una propuesta preventiva. *Psiquis* 1997; 18: 87-95.
- Moreno de Quiroz SL. Programas de prevención del alcoholismo en la empresa. *Revista de las Adicciones* 1991; sin volumen, 17-19.
- Nebot M, Plaza A, Pérez J, Grifell E, Egea L. Identificación y registro de factores de riesgo en centros reformados y no reformados de atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 35-44.
- Oficina Internacional del Trabajo. Alcohol y drogas. Programas de asistencia a los trabajadores (informes). s.e., Madrid: AGISA, 1989; 276.
- Robinet P, Mahieu B. Action préventive contre l'alcoolisation dans le milieu minier. *Arch mal prof* 1987; 48: 47-49.
- Rodríguez-Martos A. El médico de empresa ante los problemas del alcohol. *Med Trabajo* 1997; 6: 167-177.
- Rozman C, Foz M. Aspectos actuales de la medicina preventiva. *Med Clin (Barc)* 1994; 102 Supl 1: 1.
- Salleras L, Martín-Zurro A, Bertrán JM, Gené JM, Forés D, Taberner JL, Tarín G, Ribot J. La integración de la prevención en la práctica asistencial. *Med Clin (Barc)* 1994; 102 Supl 1: 35-41.
- Sánchez-Pardo L. Evaluación de la efectividad de los programas de atención a drogodependientes en la empresa. *Mapfre Medicina* 1994; 5: 101-113.
- Smith R. Alcohol and work: a promising approach. *BMJ* 1981; 283: 1108-1110.
- Subías PJ, Casanovas E. Factore asociados con una mejor cumplimentación del examen periódico de salud en el adulto. *Aten Primaria* 1998; 22: 570-573.
- Unión General de Trabajadores-Equipo de Investigaciones Sociológicas. Drogodependencias. Madrid: Unión General de Trabajadores, 1987.
- Valdenebro JL, Valdés E, Romo AF. Los reconocimientos médicos laborales como aporte a la prevención de las drogodependencias. *Mapfre Medicina* 1993; 4 Supl. 3: 4-15.
- Vasse RM, Nijhuis FJN, Kok G. Associations between work stress, alcohol consumption and sickness absence. *Addiction* 1998; 93: 231-241.

- Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *BMJ* 1988; 297: 663-668.
- Wallace P, Haines A. Use of a questionnaire in general practice to increase the recognition of patients with excessive alcohol consumption. *BMJ* 1985; 290: 1949-1953.
- Wang CCK, Poe HK. Pruebas del alcohol y drogas en los empleados como función de la gestión de seguridad. *Notas y Documentos del Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo* 1993; 3: 71-79.
- World Health Organization. *Alcohol Policies in National Health and Development Planning*, s.e., Geneva: WHO Offset publication No. 89, 1985; 102.
- World Health Organization. *Health Promotion for Working Populations*, s.e. Geneva: Report of a WHO Expert Committee (Technical Report Series 765), 1988; 49.
- World Health Organization. *Health Promotion in the Workplace: Alcohol and Drug Abuse*, s.e. Geneva: Report of a WHO Expert Committee, 1993; 34.
- Zwerling C, Ryan J, John E. The efficacy of preemployment drug screening for marijuana and cocaine in predicting employment outcome. *JAMA* 1990; 264: 2639-2643.

Correspondencia:

Estanislao Cabrero Cabrero
estanislao.cabrero@ono.com
Servicio Médico RENFE
Avda. de Salamanca, 1
03005 Alicante

ANEJO 1

TEST DE FAGERSTRÖM (modificado)

1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?
 - menos de 5 minutos 3 puntos
 - de 6 a 30 minutos 2 puntos
 - de 31 a 60 minutos 1 punto
 - más de 60 minutos 0 punto
2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine?
 - si 1 punto
 - no 0 punto
3. ¿Qué cigarrillo le molestaría más dejar de fumar:
 - el primero 1 punto
 - cualquier otro 0 punto
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma?
 - 15 o menos 0 punto
 - de 16 a 25 cigarrillos 1 punto
 - 26 o más 2 puntos
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?
 - si 1 punto
 - no 0 punto
6. ¿Fuma aún estando tan enfermo que deba guardar cama la mayor parte del día?
 - si 1 punto
 - no 0 punto
7. ¿Sueles aspirar el humo de los cigarrillos cuando fumas?
 - siempre 2 puntos
 - a veces 1 punto
 - nunca 0 punto
8. ¿Cuál es el nivel de nicotina de los cigarrillos que sueles fumar?
 - 1,3 mg ó más 2 puntos
 - de 1,0 a 1,2 mg 1 punto
 - 0,9 mg ó menos 0 punto

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Preguntas 1-6:

0- 2
0- 4
3- 4
5- 6
5- 6
7- 8
7- 8
9-11
9-10

Preguntas 1-8

no dependencia
poca dependencia
dependencia débil
dependencia
dependencia media
dependencia fuerte
dependencia fuerte
dependencia muy fuerte
dependencia muy fuerte

ANEJO 2

ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL

Bebida	Preguntas	Preguntas	Cantidad
Vino	1. ¿Toma vino en las comidas? 2. ¿Toma algún vino fuera de las comidas?	¿Alrededor de _ litro? ¿Cuánto le dura la botella?	
Cerveza	3. ¿Toma cervezas a diario?	¿Bebe cerveza el fin de semana?	
Copas	4. ¿Toma alguna copa? 5. ¿Algún carajillo?	¿Cognac, anis, whisky...? ¿Solyombra, revuelto...?	
Combinados	6. ¿Algún cuba-libre?	¿Otros combinados: ron, whisky, calimocho...?	
Otros	7. ¿Toma alguna vez sidra, vermut, jerez, cava, fino...?		
Total unidades por semana			
Tomado de Altisent, 1992.			

ANEJO 3

CUESTIONARIO GENERAL SOBRE HÁBITOS DE VIDA

	SI	NO
1. ¿Piensa usted que come demasiados dulces?		
2. ¿Le han ofrecido alguna vez un "porro" o una dosis de cocaína?		
3. ¿Le han molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?		
4. ¿Se ha planteado en alguna ocasión hacer algo de ejercicio semanalmente?		
5. ¿Considera usted que duerme las horas necesarias para estar a tono durante el día?		
6. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?		
7. ¿Se ha planteado seriamente en alguna ocasión dejar de fumar?		
8. ¿Le han comentado alguna vez que debería comer más frutas y verduras?		
9. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?		
10. ¿Le han comentado en alguna ocasión que debería fumar menos?		
11. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?		
12. ¿Se ha planteado en alguna ocasión cambiar sus costumbres de consumir pastillas para dormir por técnicas de relajación?		

NOTA: Las preguntas 3, 6, 9 y 11 configuran el test de CAGE.

Una respuesta afirmativa a dos o más de estas cuatro preguntas indica posible dependencia del alcohol.

Martín-Zurro A (director) 1996.