

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE DROGAS

Existen innumerables publicaciones que pueden servir como introducción y base para el abordaje preventivo y asistencial en relación a las drogas desde el ámbito laboral. Ver bibliografía básica al final del manual del Programa.

Además de recomendar la lectura de estos recursos de referencia, este anexo incluye a continuación un resumen de información básica, y a la vez relevante, sobre las distintas drogas, con especial énfasis en las drogas de mayor abuso en la población laboral: alcohol y tabaco.

Esta información, expuesta aquí en términos claros y didácticos le será a Ud. de utilidad para difundir en el marco de un programa de prevención y asistencia, ya sea como información general dirigida a la empresa en su conjunto, o como información específica dirigida –de forma personalizada– a los trabajadores con potenciales problemas.

► Alcohol

El alcohol etílico o etanol se produce de forma natural como resultado de la fermentación de los hidratos de carbono contenidos en preparaciones a base de frutas, cereales o tubérculos. De este modo se obtienen bebidas fermentadas como el vino o la cerveza.

En la Edad Media, el uso del alambique –que había sido inventado por los alquimistas árabes– hizo posible la elaboración de licores y aguardientes, con una mayor concentración de alcohol.

Después de ingerido, el alcohol que contienen las bebidas alcohólicas es absorbido principalmente en el estómago y en las porciones superiores del intestino delgado, aunque la velocidad de absorción varía en función del contenido gástrico (es más lenta con el estómago lleno –después de haber comido– y más rápida con el estómago vacío). Una vez absorbido, el alcohol se distribuye rápidamente por todos los tejidos del organismo, incluyendo el sistema nervioso y, en el caso de las mujeres embarazadas, el feto.

Una pequeña parte del alcohol ingerido se elimina sin alterar con el sudor y la respiración, pero la mayor parte de esta sustancia es metabolizada en el hígado antes de ser eliminada del organismo.

El alcohol tiene un efecto depresor de la actividad del sistema nervioso central. Sus propiedades euforizantes tienen efectos gratificantes para el ser humano y para los animales de experimentación, confiriéndole una notable capacidad adictiva. Además, si el abuso de alcohol se mantiene durante suficiente tiempo, la interrupción repentina de su consumo desencadenará un síndrome de abstinencia característico que comienza generalmente con náuseas y temblores distales de las manos y que puede avanzar en gravedad hasta llegar –en ocasiones– a poner en peligro la vida del afectado.

Además de ocasionar numerosos casos de dependencia del alcohol, el consumo excesivo de alcohol ocasiona numerosas enfermedades digestivas, neurológicas, cardiovasculares, etc., que incrementan notablemente el absentismo laboral y el uso de servicios sanitarios de los consumidores excesivos de alcohol. Además, el uso excesivo de bebidas alcohólicas contribuye también al desarrollo de situaciones de agresividad, conflictos y malos tratos familiares, y marginación.

Los efectos inmediatos del consumo de alcohol incluyen un aumento del tiempo de reacción y un deterioro de la coordinación perceptivo-motora, lo que interfiere con el rendimiento en tareas motoras complejas y favorece la producción de accidentes de tráfico y laborales.

Extensión del uso de alcohol en España

España, junto con otros países de la Unión Europea, se halla en los primeros puestos del consumo mundial de alcohol puro por habitante y año (World Drink Trends, 2002).

Las Encuestas Nacionales de Salud de 1987 y 1993, nos proporcionan información sobre el consumo de alcohol desagregada por Comunidades Autónomas, observándose importantes diferencias en la prevalencia de abstemios y de bebedores excesivos.

Comparando ambas encuestas podemos observar como prácticamente en todas las Comunidades Autónomas se ha producido un aumento en el porcentaje de población abstemia, siendo destacable el ocurrido en la Comunidad Autónoma de Madrid, Castilla y León y Baleares. Y paralelamente una disminución en el porcentaje de bebedores excesivos, siendo este descenso muy marcado en La Rioja, País Vasco, Cantabria y Extremadura (Ver Tablas 5.y 6).

Este mismo fenómeno de descenso de la prevalencia de consumo excesivo de alcohol a lo largo de la última década en nuestro país, se observa cuando se estudian los datos de los bebedores excesivos, según nivel de estudios y sexo.

Así mismo, en las últimas décadas se está produciendo un cambio importante en las tendencias de consumo de distintos tipos de bebidas alcohólicas. (Figura 4).

Importancia del problema en España

A pesar de observarse esta tendencia global a la disminución del abuso de alcohol, el consumo actual de alcohol y sus efectos negativos para la salud, ocupan el tercer lugar de la lista de los problemas sanitarios más frecuentes en España, después de los trastornos causados por el uso del tabaco, y las enfermedades cardíacas.

El Ministerio de Sanidad y Consumo estima que la mortalidad relacionada con el alcohol en España, estimándose que en 1997 fallecieron en nuestro país 12.032 personas por esta causa, lo que representó el 3,5% de todas las defunciones (Tabla 7).

Además de estas cifras de mortalidad, el abuso de alcohol genera graves problemas de salud, importantes costes sanitarios y laborales (absentismo, bajas por incapacidad...), malos tratos al cónyuge y a los niños, marginación, ruptura y abandono familiar.

Tabla 5 Población no consumidora de alcohol y bebedores excesivos, según comunidad autónoma. Población de 16 y más años. España, 1987 y 1993				
	Población no consumidora		Bebedores excesivos	
	1987	1993	1987	1993
Andalucía	29,3	36,7	5,1	3,4
Aragón	38,3	33,7	4,7	3,7
Asturias	45,8	56,7	2,6	0,5
Baleares	27,6	34,3	4,7	1,1
Canarias	38,3	42,2	1,9	2,2
Cantabria	36,5	39,4	6,9	3,6
Castilla-La Mancha	33,6	37,1	3,8	3,2
Castilla y León	29,2	44,9	5,3	4,5
Cataluña	29,4	29,5	1,5	1,7
Comunidad Valenciana	34,6	38,9	2,5	1,3
Extremadura	38,1	45,4	6,9	4,4
Galicia	28,6	34,4	5,2	6,3
Madrid	20,9	40,9	3,5	2,4
Murcia	36,8	38,6	1,7	0,8
Navarra	33,6	27,8	4,3	2,2
Pais Vasco	28,1	39,2	7,3	2,1
La Rioja	34,9	46,2	6,6	1,0
Ceuta y Melilla		81,3		1,2

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. Tercera evaluación en España del programa regional europeo de Salud para todos, 1995.

Elaboración: Subdirección General de la Salud y Epidemiología. MSC.

Tabla 6
Bebedores excesivos, según nivel de estudios y sexo.
Tasa ajustada⁽¹⁾ por 100⁽²⁾. España, 1987, 1993 y 1997

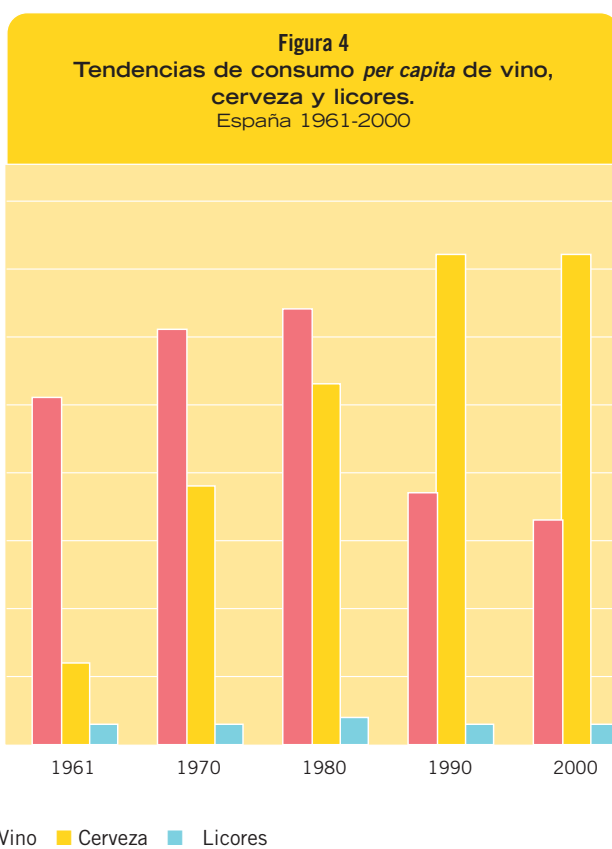
		1987	1993	1997
Ambos sexos	Total	3,9	2,7	2,5
	Sin estudios	5,7	5,4	4,1
	Primer grado	3,6	2,9	4,2
	Segundo grado	4,1	2,6	2,8
	Tercer grado	2,2	1,9	1,4
Hombres	Total	7,4	5,3	4,7
	Sin estudios	12,4	10,4	8,1
	Primer grado	7,1	6,0	7,5
	Segundo grado	6,2	4,0	4,6
	Tercer grado	3,5	2,9	2,6
Mujeres	Total	0,6	0,4	0,3
	Sin estudios	0,6	1,7	0,0
	Primer grado	0,3	0,3	0,4
	Segundo grado	1,3	0,7	0,7
	Tercer grado	0,3	0,2	0,2

Fuente: E.N.S.: 1987, 1993 y 1997.

Elaboración: Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. MSC.

⁽¹⁾ Tasa ajustada por edad. Población estándar, 1987.

⁽²⁾ Solo se incluyen las respuestas válidas a "consumo de alcohol"



Fuente: World Drink Trends 2002 Edition. Oxfordshire: WARC

Tabla 7
Mortalidad atribuible al alcohol
España, 1997

	Cifras absolutas	Fracción atribuible (%)	Nº de muertes atribuibles
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (E-571)	29,3	36,7	5,1
Accidentes de tráfico de vehículos de motor (E 810-819)	38,3	33,7	4,7
Pancreatitis aguda (E-577.0)	45,8	56,7	2,6
Psicosis alcohólica (E-291)	27,6	34,3	4,7
Síndrome de dependencia alcohólica (E-303)	38,3	42,2	1,9
Abuso de alcohol (E-305.0)	36,5	39,4	6,9
Envenenamiento accidental por alcohol, no clasificado en otra parte (E-860)	33,6	37,1	3,8
Suicidios y lesiones autoinfligidas (E-950-959)	29,2	44,9	5,3
Cardiomiopatía alcohólica (E-425.5)	29,4	29,5	1,5
Gastritis alcohólica (E-535.3)	34,6	38,9	2,5
Polineuropatía alcohólica (E-357.5)	38,1	45,4	6,9
Pancreatitis crónica (E-577.1)	28,6	34,4	5,2
Tumor maligno en labio, cavidad oral y faringe (E-140-149)	20,9	40,9	3,5
Tumor maligno en esófago (E-150)	36,8	38,6	1,7
Tumor maligno en laringe (E-161)	33,6	27,8	4,3
Homicidio (E-960-969)	28,1	39,2	7,3
Total	23.337		12.032

Fuente: Defunciones según la causa de muerte, 1997. INE 2000.

Elaboración: Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección general de Salud Pública y Consumo. MSC.

Consecuencias del consumo de alcohol sobre la salud

Se pueden diferenciar las consecuencias inmediatas y a largo plazo del uso indebido del abuso de alcohol:

▪ **Inmediatas:**

- Incremento del riesgo de accidentalidad
- Sensación de euforia y disminución de la inhibición
- Pérdida del auto-control
- Doble visión
- Pérdida temporal de la memoria
- Somnolencia
- Muerte segura, si se ingieren 24 unidades de alcohol de una vez (245gr. de alcohol puro).
- Hepatitis
- Gastritis
- Pancreatitis
- Arritmias
- Ataque aguda de gota
- Impotencia

▪ A largo plazo

Beber por encima de los niveles de moderación, incrementa sensiblemente la posibilidad de sufrir diversas enfermedades. Para algunas enfermedades esta asociación está relacionada con la dosis tomada. Es decir, existe un riesgo creciente de daño a medida que se incrementa la dosis, pero todavía no existen evidencias científicas concluyentes que determinan si para este tipo de enfermedades existen niveles “seguros” de consumo.

Las enfermedades mayormente asociadas con el consumo crónico y abusivo de alcohol son:

- Dependencia
- Enfermedades hepáticas (*hepatomegalia, hepatitis, cirrosis y carcinoma hepático*).
- Gastritis.
- Anemia, deficiencia vitamínicas y déficits nutricionales.
- Daños cerebrales (demencia alcohólica y trastornos de los SNC y SNP).
- Trastornos sexuales (*atrofia testicular, impotencia y ginecomastia*).
- Pancreatitis.
- Diabetes.
- Obesidad.
- ACV.
- Miopatías.
- Infertilidad.
- Ginecomastia.
- Cáncer (*cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, colón y recto*).
- Cáncer de mama (*posiblemente en asociación con otros factores de riesgo*).
- Enfermedades cardio-circulatorias (*cardiopatía alcohólica, hipertensión, incremento presión arterial, infarto*).
- Síndrome alcohólico fetal, asociado con abuso de alcohol durante el embarazo (*es una combinación de retraso en el desarrollo del feto, anormalidades neurológicas y dismorfología facial*).
- Trastornos mentales (*ansiedad, fobias, depresión y otros trastornos emocionales*).
- Síndrome de abstinencia (*delirium tremens, desorientación, confusión, alucinaciones y temblores*).

Alcoholismo y actividad laboral

Algunos tipos de trabajo suelen estar asociados a consumos de riesgo de alcohol. Sin embargo, al igual que otros índices sociométricos, resulta difícil saber si la elección de un trabajo es la causa o el efecto de un problema alcohólico. Parece claro que ciertas profesiones tienden a potenciar situaciones de riesgo alcohólico, mediante una o varias de las siguientes situaciones:

- **Disponibilidad del alcohol.** Cuando el alcohol está disponible durante las horas de trabajo. Esto se aplica a trabajadores de empresas dedicadas a la producción y distribución de alcohol, además de trabajos donde existe un elemento de “entretener” a otros.
- **Presión social.** En profesiones donde existe una fuerte presión por parte de los compañeros del trabajo a beber en exceso. Un ejemplo son los miembros de las fuerzas armadas y marineros, entre otros.
- **Obstaculización de relaciones sociales/sexuales normales.** Cuando el trabajo aleja al individuo de su hogar o amigos y compañeros durante períodos prolongados.
- **Falta de supervisión.** La ausencia de supervisión y el “factor de aislamiento” pueden ser elementos de presión y anomia que llevan a la vulnerabilidad. Las profesiones más vulnerables son médicos, directivos de empresa, jueces, abogados y representantes comerciales.
- **Grupo socio-económico: pobreza/riqueza.** El consumo regular de alcohol se asocia generalmente con niveles altos y bajos de ingresos. Es posible que una mayor capacidad adquisitiva de algunos profesionales, como directivos de empresa o diversos profesionales liberales, lleve a un exceso de consumo. En cambio, la pobreza causa la necesidad de consumir alcohol en un intento de escapar de la dura realidad de la vida.
- **Trabajos dependientes de la relación social** o fomentados por ella, tales como representantes comerciales, animadores sociales, relaciones públicas, etc.
- **Trabajo con altos requerimientos de rendimiento neuropsicológico.** Aquellos que implican riesgo por estrés elevado y por el peligro de consecuencias sobre otras personas, como trabajadores con maquinaria peligrosa, conductores, pilotos, etc.
- **Presión del entorno laboral.** En ciertas profesiones, el consumo de un individuo puede ser ocultado o, incluso, fomentado por su propios compañeros, por ejemplo este fenómeno suele producirse entre médicos o militares.
- **Estrés.** Muchas profesiones tienen sus propias presiones y problemas característicos: la “invencibilidad” de los ejecutivos y de profesión médica, los peligros y las limitaciones de la vida militar, marinera, etc. El mundo del teatro y el espectáculo proporciona una considerable inseguridad laboral con largos períodos de “descanso” entre empleos.

A través de la incidencia de muertes por cirrosis en el Reino Unido, se realizó una aproximación a las actividades laborales con mayor riesgo de sufrir problemas relacionados con el alcohol en aquel país¹³. La *Tabla 8* muestra las tasas de mortalidad según tipo de ocupación laboral.

Aunque no se pueden extrapolar estos datos a España, si es importante resaltar que existen asociaciones significativas entre tipo de ocupación y problemática alcohólica.

También se ha demostrado que existe una asociación entre problemas con el alcohol y los cambios frecuentes de trabajo, aunque de nuevo no está claro si uno de los dos fenómenos genera el otro o viceversa.

¹³ Plant, M.A. (1987). **Drugs in Perspective.** London: Hodder and Stoughton.

Tabla 8
Mortalidad por cirrosis hepática entre hombres británicos con diferentes actividades laborales
 (1979-80, 1982-83)

Grupo	Tasa de mortalidad
Propietarios de bares	1.017
Marineros	873
Camareros	612
Oficiales marineros	417
Ingenieros electrónicos marineros	387
Directores de hoteles y clubes	342
Hosteleros	315
Pescadores	296
Cocineros	265
Propietarios de restaurantes	263
Autores, periodistas	261
Chóferes	225
Servicios doméstico o en colegios	141
Propietarios de garajes	140
Médicos	115
Trabajadores de granja	45
Trabajadores de imprentas	32
Supervisores de empresas de construcción	22

Fuente: M. A. Plant

Alcoholismo y accidentabilidad laboral

Con el consumo de alcohol se da un aumento del riesgo de accidentes de todo tipo. Las lesiones laborales, accidentes de tráfico, accidentes con traseúntes, lesiones menores que requieren tratamiento (quemaduras, caídas, fracturas óseas, etc.) son más probables en bebedores importantes.

En España distintos estudios sitúan entre el 15% y el 25% la siniestrabilidad laboral total debida a problemas relacionados con el alcohol.

El alcohol presenta también una correlación positiva con las lesiones laborales. Los bebedores tienen tres veces más accidentes en el trabajo que otros trabajadores y pierden una media de 86'1 días laborales cada año por enfermedad, comparado con 15 días para los demás empleados.

En el Reino Unido por ejemplo, se ha calculado que el coste en términos de pérdida de producción para la industria británica, es superior a 350 millones de libras esterlinas al año. Además de que el rendimiento laboral de una persona que bebe en exceso disminuye entre un 10 y un 60% con respecto a una persona abstemia o que bebe moderadamente.

Uso indebido del alcohol y accidentes de tráfico

El 35% de los accidentes en las carreteras españolas tienen su origen en el exceso de alcohol, superando la tasa de alcoholemia de 0'8 g/l.

Se considera que en nuestro país el alcohol está implicado en más del 40% de la mortalidad de los accidentes de tráfico.

Los fines de semana registran el mayor número de accidentes. Por ejemplo, en la Comunidad Autónoma Vasca, alrededor del 35% de los accidentes de tráfico ocurren las noches de los fines de semana entre las 0 horas del sábado y las 24 horas del domingo. En esta comunidad, el mayor número de conductores muertos o heridos se sitúa en una franja de edad entre los 18 y los 24 años.

Se calcula que en el 24% de los accidentes diurnos está presente el alcohol, mientras que esta proporción sube durante la noche –sobre todo las noches de los fines de semana– al 76% de los siniestros.

► Tabaco

Aunque el tabaco era utilizado en la América precolombina y su consumo se introdujo en Europa tras los primeros viajes de Colón, el tabaquismo no llegó a adquirir dimensiones epidémicas hasta el segundo cuarto del siglo XX. El uso de tabaco constituye actualmente la primera causa prevenible de enfermedad y fallecimiento prematuro en los países desarrollados, y amenaza ya la salud y el bienestar en numerosos países en vías de desarrollo.

La nicotina, una sustancia con una doble acción (estimulante y depresora, según la dosis ingerida), que actúa sobre el sistema nervioso central. Es además, el componente responsable de la dependencia que ocasiona el tabaco. Junto con la nicotina, otras sustancias contenidas en el humo del tabaco –como el monóxido de carbono y numerosos compuestos orgánicos– contribuyen a provocar en los fumadores numerosas patologías cardiovasculares (cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral, etc.), diferentes formas de cáncer y enfermedades respiratorias.

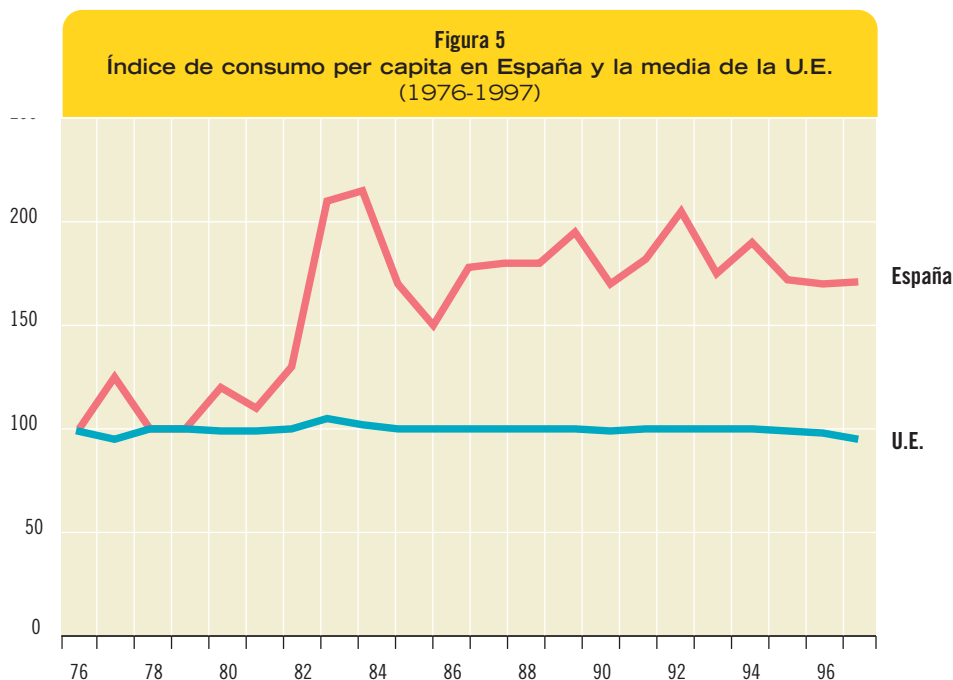
La elevada morbilidad que ocasiona el tabaquismo conduce también a un aumento del absentismo y del uso de recursos sanitarios. Además, el consumo de cigarrillos puede ocasionar distracciones que aumenten el riesgo de accidentes y puede incrementar los efectos negativos de algunos contaminantes ambientales en el lugar de trabajo. Como se ha señalado, el uso de tabaco en el medio laboral no afecta únicamente a los empleados fumadores, sino también a los no fumadores.

Prevalencia del tabaquismo en España

Al igual que en el resto de países industrializados, actualmente el tabaquismo es la causa aislada más importante de morbilidad y mortalidad prematura prevenible en España. En los países desarrollados se ha estimado que un 14,9% del total de muertes registradas en 1990 y un 11,7% de los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) son debidos al consumo de tabaco. En estos mismos países, la mitad de los fumadores mueren debido a su consumo de tabaco, y entre éstos, la mitad de las muertes se producen en una edad media de la vida: 45-54 años.

En España, la nocividad del tabaco para la salud humana queda clara y explícitamente recogida en nuestra legislación desde finales de los años 80 (Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población, BOE 9 marzo 1988, núm. 59).

Comparado con el resto de países de la Unión Europea (UE), el consumo anual per capita de cigarrillos en España se halla entre los más elevados de la Unión (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999). Mientras en la UE el consumo medio de cigarrillos por persona y año ha venido descendiendo desde 1976 hasta 1997, último año disponible, en España la tendencia se mantiene estable, desde el importante incremento relativo que se produjo hace 20 años (Figura 5).



Fuente: **Ministerio de Sanidad y Consumo**

Si observamos los datos de prevalencia, en España se han mantenido niveles altos con una tendencia estabilizada durante los últimos 10 años. En la última década se ha producido un relevante descenso de la prevalencia del consumo de tabaco en los hombres, que ha pasado de 55% en 1987 al 44,8% en 1997, a la vez que se observaba un incremento en las mujeres (23% al 27,2%) en el mismo periodo. En la población general de 16 y más años se ha producido un moderado descenso en la prevalencia de consumo (38% a 35,7%). Es probable que el efecto de este descenso en la prevalencia no se haya trasladado al consumo medio de cigarrillos per capita debido al incremento medio de la intensidad de consumo en la población fumadora. Durante este mismo período se observa un incremento en la intensidad del consumo de cigarrillos de los fumadores. La proporción de grandes fumadores (más de 20 cigarrillos al día) se incrementa, tanto en hombres como en mujeres.

Como consecuencia de esta situación, mientras la mortalidad por cáncer de pulmón ha empezado a descender en la UE (un 3% entre 1988 y 1995), en España –a pesar de partir de una tasa menor- la mortalidad por cáncer de pulmón durante este periodo se incrementó en un 11%, superando en la actualidad la media de la UE (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999). Así mismo, mientras en el conjunto de la UE, la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón descendió un 30% entre 1975 y 1995, en España el descenso en ese periodo fue del 22% (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999).

Además, según estimaciones conservadoras, el tabaquismo es el responsable de más de 50.000 muertes cada año en España. Las muertes atribuibles al consumo de tabaco producen un impacto notable en la expectativa de vida de los fumadores, ya que una proporción importante de estas muertes se consideran prematuras y se producen en la edad media de la vida. Se ha estimado que en la población de fumadores se produce una pérdida media de 20 años en la expectativa de vida.

Riesgos para la salud del consumo de tabaco

Tres décadas de estudios han aportado evidencias incuestionables sobre el tabaquismo como factor de riesgo y primera causa de morbi-mortalidad en los países industrializados.

Entre las enfermedades más fuertemente asociadas con el tabaco, las más importantes son:

- **Cáncer de pulmón** (el 90% de este tipo de cánceres son debidos al tabaco)
- **Bronquitis crónica y enfisema pulmonar** (el 80% de las muertes en varones, por esta causa, son debidas al consumo de tabaco).
- El 75% de las **muertes por tumores de labio, boca, faringe, laringe y esófago**, son atribuibles al consumo de tabaco.
- **Enfermedades cardiovasculares** (el 20% de las muertes por cardiopatía isquémica son producidas por el tabaco, así como porcentajes menores de las muertes debidas a enfermedad cerebrovascular, hipertensiva y otras vasculares).

Los datos disponibles indican que una cuarta parte de las personas que fuman regularmente morirá precozmente a causa del tabaco. Algunas de estas personas podrían haber vivido 10, 20 o 30 años más, y disfrutado de una mayor calidad de vida.

Así, de cada 1.000 personas que mueren cada año en España, 150 mueren debido al consumo de tabaco, y esta cifra es muy superior a la de otras causas de muerte. Por ejemplo, el número de personas que muere prematuramente en nuestro país debido al tabaquismo equivale a que cada año desapareciera la mitad de los ciudadanos de Logroño.

Estas cifras significan, por ejemplo, que en una empresa donde trabajan 1.000 personas, de las cuales 400 sean fumadoras, 100 morirán prematuramente debido al consumo de tabaco, y otras muchas sufrirán distintas enfermedades crónicas, por la misma causa.

El tabaco en el medio laboral: los fumadores involuntarios o pasivos

La acción tóxica de los componentes del humo del tabaco no afecta únicamente a los fumadores: existen numerosas pruebas de que los fumadores involuntarios (o pasivos), que se ven obligados a respirar en un ambiente contaminado por el humo del tabaco, están sometidos a un mayor riesgo de enfermedades. Además, cuando una mujer gestante continúa fumando durante el embarazo, el feto se ve sometido también a los efectos negativos del tabaco, lo que conduce a una mayor incidencia de abortos espontáneos y a una disminución del peso y la talla al nacer que se mantendrá a largo plazo.

Se denomina “fumador pasivo” o “involuntario” a toda persona no fumadora que comparte con fumadores espacios cerrados y cargados de humo de tabaco (Aire Contaminado por Humo de Tabaco, ACHT). Circunstancia que se da con frecuencia en los lugares de trabajo. Según datos de la Unión Europea, el 55% de los ciudadanos europeos dicen estar expuestos al humo de tabaco en su lugar de trabajo.

El humo que inhala el fumador se denomina corriente principal. La corriente de humo que se produce cuando el cigarrillo se consume espontáneamente, se denomina corriente secundaria.

La corriente secundaria es el origen de una forma molesta y nociva de contaminación ambiental debido a la peligrosidad de los componentes químicos que la integran y al elevado número de locales públicos, empresas y espacios privados en los que se produce. Se sabe que las concentraciones de nicotina y alquitrán son tres veces superiores en la corriente secundaria que en la principal, y que la concentración de monóxido de carbono es alrededor de cinco veces superior.

Los fumadores involuntarios o pasivos, padecen una mayor número de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco que los no fumadores. Así:

- Se ha demostrado una **reducción significativa en los flujos mesoespiratorios** en fumadores pasivos similar a la encontrada en fumadores ligeros y en fumadores que no tragan el humo.
- El **riesgo de padecer cáncer de pulmón es dos veces superior** en personas no fumadoras que conviven con fumadores.
- Las **personas adultas asmáticas** que además respiran ACHT de forma involuntaria, ven incrementados sus problemas en más de un 20%.
- **El ACHT, afecta tanto a las personas que no fuman como las que sí consumen tabaco**, ambos grupos ven incrementada la frecuencia de problemas respiratorios y de garganta (tos, expectoración y reducción de la función pulmonar).

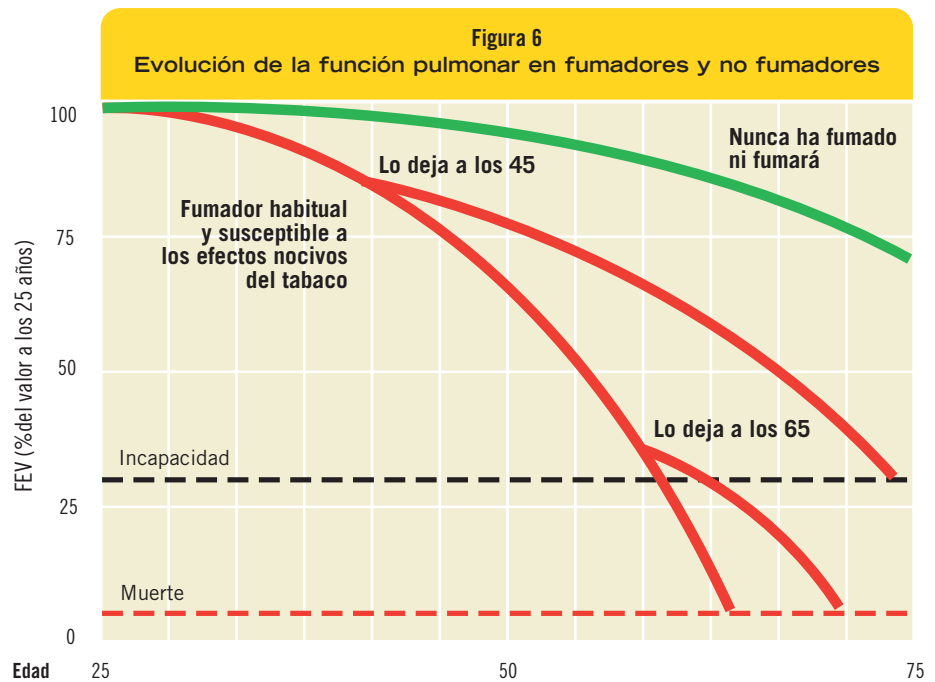
Beneficios de dejar de fumar

Una persona que deja de fumar notará los beneficios derivados de la supresión del tabaco inmediatamente:

- Los riesgos de contraer enfermedades importantes empiezan a reducirse de inmediato.
- Su respiración mejorará rápidamente y se cansará menos.
- Disminuirá su predisposición a toser y a contraer infecciones.

- Será un ejemplo positivo para las jóvenes generaciones en general y para sus hijos, si los tiene.
- Olerá mejor, tanto la propia persona como su ropa.
- Rejuvenecerá la piel de su rostro.
- Recuperará el sentido del gusto y del olfato.
- Ahorrará dinero.

La *Figura 6* muestra la evolución de la función pulmonar (FEV_1), en los no fumadores y en los fumadores que siguen fumando, dejan de fumar a los 45 años o lo dejan a los 65. En toda las personas, esta función disminuye con la edad, pero lo hace mucho más rápidamente en los fumadores. Aunque el riesgo de los ex-fumadores nunca será tan bajo como el de los no fumadores, la disminución es más lenta en los ex-fumadores que en los fumadores que continúan fumando. El diagrama muestra los efectos de dicha disminución. Un fumador que deja de fumar a los 45 años tarda unos 10-20 años más en encontrarse incapacitado que un fumador que continúa fumando, lo que en realidad viene a ser una parte importante del resto de su vida.



► Medicamentos de abuso

Desde comienzos del siglo XX, la industria farmacéutica ha venido desarrollando nuevos fármacos de gran utilidad en el tratamiento de diferentes trastornos psiquiátricos. Estos medicamentos, junto con otras sustancias utilizadas en el tratamiento del dolor, han producido notables beneficios terapéuticos e importantes mejoras en la calidad de vida de numerosos enfermos, pero algunos de ellos han demostrado riesgos notables en términos de su potencial de abuso y dependencia, especialmente cuando son utilizados al margen de un tratamiento médico.

El abuso y la dependencia de analgésicos opiáceos y de hipnosedantes puede ser –en unos pocos casos– el resultado de un tratamiento médico inadecuadamente supervisado o, más frecuentemente, un problema concomitante al abuso de alcohol u otras drogas. Muchos de estos medicamentos tienen un efecto que se añade o que potencia algunos de los efectos negativos del alcohol y otras drogas, incrementando el riesgo de intoxicación y diferentes alteraciones cognitivas, mnésicas, perceptivas y psicomotoras contribuyen a una disminución del rendimiento laboral y un mayor riesgo de accidentes.

En España, la Encuesta Domiciliaria sobre uso de Drogas (EED) proporciona información sobre el uso no médico de tranquilizantes y somníferos entre la población general de 15 años ó más. Los datos disponibles indican una prevalencia del uso no médico de estas sustancias relativamente limitada, que se ha venido manteniendo estable durante los últimos años.

También se han realizado estudios sobre el uso de estas sustancias entre la población trabajadora que sugieren unos mayores niveles de consumo.

Tabla 9
Evolución del uso no médico de hipnosedantes durante los 12 meses previos según la edad entre la población general española
1997-1999

	1997			1999		
	15-18 años	15-29 años	Todas las edades	15-18 años	15-29 años	Todas las edades
Tranquilizantes	1,3	1,9	2,0	1,2	1,8	2,0
Somníferos	0,4	0,9	1,2	0,5	1,1	1,3

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas. Informe Nº 4, 2001

Tabla 10
Evolución del uso no médico de hipnosedantes durante el último mes entre los trabajadores españoles
1987-2001

	1987	1996	2001
Tranquilizantes	3,1	5,7	4,0
Somníferos	1,0	1,4	1,7

Fuente: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996) La incidencia de las drogas en el mundo laboral. Madrid:FAD; Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2002) La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001. Madrid: FAD.

► Cannabis

Los derivados de la *Cannabis sativa* representan el grupo de drogas ilegales de uso más frecuente en la población española y de numerosos países desarrollados. En Europa, el preparado de mayor consumo es el hachís (*costo, chocolate, mierda...*) una resina que se obtiene al prensar la planta y que suele consumirse en forma de cigarrillos o porros en los que se ha mezclado con tabaco. Aunque menos frecuente, también está bastante extendido en España el uso de hojas y tallos secos de la planta (*marihuana, maria, hierba...*).

El reducido número de casos de dependencia de derivados del Cannabis en comparación con el gran número de consumidores, su limitado impacto sanitario, la idea de que se trata de un producto *natural* de uso tradicional en muchos países y, más recientemente, la discusión sobre las potenciales aplicaciones terapéuticas de alguno de sus principios activos, han contribuido a banalizar las posibles consecuencias negativas del uso de derivados del Cannabis.

El uso habitual de derivados del Cannabis puede causar dependencia y desencadenar diversas complicaciones psiquiátricas o exacerbar las ya existentes. Los principios activos del Cannabis tienen una acción depresora del sistema nervioso central y, por consiguiente, pueden afectar negativamente la capacidad de realizar tareas que requieren atención y concentración, aumentando el riesgo de accidentes laborales. Además, el humo procedente de los derivados del Cannabis contiene más sustancias cancerígenas que el humo de tabaco, y puede provocar también patologías respiratorias.

En España, como en muchos otros países desarrollados, los derivados del cannabis son las drogas ilegales de consumo más frecuente, tanto entre la población general como entre los trabajadores.

Tabla 11
Evolución del uso de cannabis entre la población general española
1995-1999

	1995	1997	1999
Alguna vez	13,5	21,7	19,5
Últimos 12 meses	6,8	7,5	6,8
Últimos 30 días	3,1	4,0	4,2

Fuente: **Observatorio Español sobre Drogas. Informe N° 4, 2001**

Tabla 12
Evolución del uso de cannabis durante el último mes entre los
trabajadores españoles
1987-2001

	1987	1996	2001
Últimos 30 días	11,5	9,1	8,3

Fuente: **Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996) La incidencia de las drogas en el mundo laboral. Madrid:FAD; Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2002) La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001. Madrid: FAD.**

► Cocaína

El uso de las hojas de coca con finalidades religiosas o para obtener un efecto estimulante se conocía en América muchos siglos antes de la llegada de Colón. Sin embargo, no fue hasta finales del siglo XIX cuando se aisló el principal ingrediente activo de la planta –la cocaína– y se comenzaron a investigar sus propiedades estimulantes y anestésicas.

La presentación más habitual de la cocaína es la de un polvo cristalino de clorhidrato de cocaína que se suele consumir aspirándolo por la nariz (*esnifándolo*) o inyectado. La cocaína tiene una poderosa acción estimulante de la que se deriva su enorme potencial adictivo tanto en el hombre como en animales de experimentación. Esta acción estimulante se traduce también en un aumento de la presión arterial, la frecuencia cardíaca, el ritmo respiratorio y la temperatura corporal, así como una dilatación de las pupilas.

En algunos lugares de los EEUU, otra presentación de cocaína comenzó ocasionando graves problemas sociales y sanitarios: se trata del crack, base libre de cocaína apta para ser fumada y con un potencial adictivo y unos efectos sobre el comportamiento más intensos aún que los del clorhidrato de cocaína. El uso de crack, que en España se conoce con otros nombres como el de basuco, es hasta el momento poco frecuente en Europa, aunque no puede descartarse una extensión del uso de crack en los próximos años.

En nuestro país, el consumo de cocaína ha ocasionado menos problemas que el uso de otras drogas como la heroína, a pesar de la existencia de un mayor número de usuarios recreativos. Sin embargo, desde mediados de los años 1990 se viene observando un notable incremento de la demanda de tratamiento especializado por abuso y dependencia de la cocaína, un incremen-

Tabla 13
Evolución del uso de la cocaína entre la población general española
1995-1999

	1995	1997	1999
Alguna vez	3,2	3,2	3,1
Últimos 12 meses	1,8	1,5	1,5
Últimos 30 días	0,4	0,5	0,6

Fuente: **Observatorio Español sobre Drogas. Informe N° 4, 2001**

Tabla 14
Evolución del uso de la cocaína durante el último mes entre los
trabajadores españoles
1987-2001

	1987	1996	2001
Últimos 30 días	2,4	3,1	1,6

Fuente: **Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996) La incidencia de las drogas en el mundo laboral. Madrid:FAD; Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2002) La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001. Madrid: FAD.**

to de la demanda de atención sanitaria urgente por alteraciones psiquiátricas y episodios cardiovasculares y respiratorios ocasionados por la cocaína, y una mayor presencia de esta sustancia en las defunciones por sobredosis de drogas. Este aumento de los problemas asociados al uso de cocaína no traduce, sin embargo, un crecimiento apreciable de la prevalencia de consumo de esta sustancia tal como se refleja en las encuestas poblacionales.

Aunque la relativa ausencia de una sintomatología de abstinencia tras la interrupción del uso habitual de cocaína supuso, durante algunos años, una cierta banalización de las complicaciones derivadas del uso de esta sustancia, existen abundantes pruebas del elevado potencial adictivo de la cocaína y del notable riesgo de complicaciones cardiovasculares (cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral...) y psiquiátricas (trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, alucinaciones, ideas paranoides, psicosis...) derivadas del consumo de esta sustancia.

Existen también pruebas de que el consumo simultáneo de cocaína y alcohol puede potenciar los efectos adictivos y tóxicos de ambas sustancias, superando incluso las complicaciones derivadas del uso de cada una de ellas por separado.

Muchos consumidores de cocaína pueden dar también muestras de depresión y otros problemas psicológicos durante los períodos en los que no consumen la sustancia (por ejemplo, **durante la jornada de trabajo**), lo que puede llegar a influir negativamente en su atención y concentración.

► Heroína

La heroína fue sintetizada hace más de un siglo con el objetivo de disponer de un medicamento eficaz como la morfina en el tratamiento del dolor pero que no provocara adicción. Lamentablemente pronto se pudo comprobar el potencial adictivo de esta nueva sustancia que, como la mayoría de las sustancias opiáceas, ocasiona dependencia tras el uso continuado. Aunque la morfina y numerosas sustancias opiáceas continúan siendo fármacos indispensables por sus propiedades analgésicas, antitusígenas y antidiarréicas, muy pocos países autorizan el uso de heroína con fines médicos.

En España el consumo de heroína se desarrolló notablemente desde finales de los años 1970 a mediados de los 1980. Desde entonces, la población de usuarios problemáticos de heroína parece haberse estabilizado, aunque seguirá originando importantes necesidades sanitarias y sociales.

Los consumidores de heroína suelen ser personas con una historia prolongada de abuso de otras drogas y, frecuentemente, utilizan o han utilizado la

inyección como forma habitual para administrarse esta sustancia. Pese a ello, durante la última década se han observado nuevas vías de administración de heroína que tienden a sustituir el uso de la inyección intravenosa: muchos consumidores de heroína de España y algunos otros países europeos inhalan vapores de heroína después de calentar la droga distribuida sobre un papel de aluminio en lo que se conoce como *chinos*.

Sin embargo, la amplia utilización de la inyección entre los consumidores de heroína ha propiciado la transmisión de muchas enfermedades infecciosas, como las hepatitis víricas o la infección por el VIH. Como consecuencia de ello, España se ha convertido en uno de los países del mundo con una mayor prevalencia de casos de SIDA entre usuarios de drogas por vía parenteral.

La introducción de diversas modalidades de tratamiento y, en particular, de los programas de mantenimiento con metadona, ha favorecido un mayor acercamiento de los heroinómanos a los dispositivos sociales y sanitarios, y a contribuido a mejorar la calidad y la esperanza de vida de esta población. Muchos heroinómanos en tratamiento pueden iniciar un proceso de incorporación al mundo laboral, un elemento muy importante para su integración social.

A pesar de su notable impacto sanitario, el consumo de heroína afecta solamente a una parte muy pequeña de la población española.

Tabla 15
Evolución del uso de la heroína entre la población general española
1995-1999

	1995	1997	1999
Alguna vez	1,0	0,5	0,4
Últimos 12 meses	0,5	0,2	0,1
Últimos 30 días	0,3	0,2	0,1

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas. Informe N° 4, 2001

Tabla 16
Evolución del uso de la heroína durante el último mes entre los
trabajadores españoles
1987-2001

	1987	1996	2001
Últimos 30 días	0,6	0,3	0,1

Fuente: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996) La incidencia de las drogas en el mundo laboral. Madrid:FAD; Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2002) La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001. Madrid: FAD.

► Anfetaminas, alucinógenos y drogas de síntesis

Desde comienzos de los años 1990 se viene registrando en España un importante aumento del consumo de las denominadas drogas de diseño o drogas de síntesis. Aunque esta denominación genérica trata de describir un amplio conjunto de sustancias sintetizadas en laboratorios clandestinos, todo parece indicar que diferentes sustancias anfetamínicas, otros principios activos relacionados con las anfetaminas como el MDMA o éxtasis y, en menor medida, sustancias alucinógenas como el LSD, son las más presentes en el mercado ilegal.

Las anfetaminas y sus derivados se caracterizan por su acción estimulante y anorexígena que, en algunos casos, puede complementarse con efectos sobre la percepción. Los riesgos de estas sustancias se centran derivan principalmente de sus efectos cardiovasculares, algunas complicaciones psiquiátricas (crisis de ansiedad, ideas paranoides...) y, excepcionalmente, crisis muy graves de hipertermia conocidas como golpes de calor. Existen pruebas experimentales de un efecto neurotóxico de algunas de estas sustancias, aunque no se ha podido establecer claramente si estos efectos revierten con la interrupción del consumo.

El uso de estimulantes puede incrementar también el riesgo de padecer **accidentes de tráfico o laborales**, especialmente cuando estas sustancias se consumen al mismo tiempo que se utilizan bebidas alcohólicas, ya que muchas sustancias anfetamínicas parecen reducir la sensación subjetiva de intoxicación alcohólica sin mejorar los déficits psicomotores asociados a la acción del alcohol.

Tabla 17
Evolución del uso de anfetaminas, alucinógenos y éxtasis entre la población general española
1997-1999

		1997	1999
Anfetaminas	Alguna vez	2,5	2,2
	Últimos 12 meses	0,9	0,7
	Últimos 30 días	0,3	0,2
Alucinógenos	Alguna vez	2,6	1,9
	Últimos 12 meses	0,9	0,6
	Últimos 30 días	0,2	0,2
Éxtasis	Alguna vez	2,5	2,4
	Últimos 12 meses	1,0	0,8
	Últimos 30 días	0,2	0,2

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas. Informe N° 4, 2001

Tabla 18
Evolución del uso de anfetaminas, alucinógenos y drogas sintéticas durante el último mes entre los trabajadores españoles
1987-2001

	1987	1997	2001
Anfetaminas	1,5	1,6	0,6
Alucinógenos	0,7	0,6	0,4
Drogas sintéticas	-	1,5	0,8

Fuente: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996) La incidencia de las drogas en el mundo laboral. Madrid:FAD; Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2002) La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001. Madrid: FAD.