

D155

ALCOHOLISMO

LABORAL

Dr. PEDRO NAVEILLAN F.

MUTUAL
0001



MUTUAL DE SEGURIDAD

Mutual de Seguridad C.H.C.

Dr. Pedro Naveillan Fernández
Psiquiatra Consultor
Departamento de Medicina del Trabajo.
Mutual de Seguridad C. CH. C.
Profesor Asociado de Salud Mental
Facultad de Medicina
Universidad de Chile

Primera Edición 1988

Registro de Propiedad Intelectual
Inscripción N° 68.012

Derechos Reservados

INDICE

	PAG.
Prólogo	
1. Introducción.....	7
2. Las bebidas alcohólicas.....	8
3. Las bebidas alcohólicas y el organismo.....	10
4. Tipos de bebedores y alcoholismo.....	18
5. El proceso de convertirse en alcohólico y sus causas.....	27
6. El beber problema y la familia.....	32
7. Alcohol y sociedad.....	35
8. La prevención del alcoholismo y de los problemas relacionados con el consumo excesivo de bebidas alcohólicas.....	42
9. Tratamiento del alcoholismo.....	45
10. Rehabilitación de los alcohólicos.....	50
11. Políticas y programas de alcoholismo laboral.....	51
12. Funcionamiento de la política de la empresa en el trabajador con problemas de alcohol y alcoholismo laborales.....	59
13. La ebriedad en el lugar de trabajo.....	61

- 2031 -

MFN 907

PROLOGO

EL presente manual tiene su origen en la necesidad de contar con un instrumento educacional sintético, fácilmente comprensible, que tenga todos los contenidos necesarios sobre alcohol y alcoholismo que faciliten el desarrollo de programas de prevención y tratamiento de alcoholismo laboral.

Es nuestro parecer que este tipo de programas debe llevarse a cabo al menos en todas las empresas medianas y grandes dado el costo económico, social y personal que significa contar con una fuerza de trabajo en que más del 20% de ella presenta problemas de beber irresponsablemente. Además, la efectividad preventiva y rehabilitiva de éstos se ha demostrado mayor que la de aquellos destinados a la población general y que no centran sus actividades en grupos específicos y de las cuales son complementarios.

Está destinado en particular a los ejecutivos y supervisores de las empresas pero es asequible, pensamos, para el público medianamente cultivado y para la inmensa mayoría de los trabajadores dependientes.

Es el fruto de más de 30 años de experiencia en el campo de los problemas del alcohol y del alcoholismo, tanto clínica como laboral y de salud pública.

No es un documento elaborado desde un escritorio y destinado a satisfacer las necesidades que uno estima teóricamente se presentarán al desarrollar programas de alcoholismo laboral, sino que ha nacido de la realidad de estar asesorando desde hace algunos años en su desarrollo a la empresa Compañía de Cervecerías Unidas, donde hemos dictado cursos y sostenido reuniones con ejecutivos, sindicatos, supervisores y trabajadores. Responde, pues, a una necesidad vivida.

Si bien hemos leído en muchas fuentes, no damos referencias bibliográficas para no recargar innecesariamente el texto, dificultando así su manejo. No significa esto pretender una originalidad que a lo mejor no tenemos ni siquiera en grado insignificante, sino que facilitar el aprendizaje.

Doy mis sinceros agradecimientos a Don Gabriel Valls S., Gerente de Personal de la Compañía de Cervecerías Unidas, quién me significó la necesidad de este texto, me impulsó a llevarlo a cabo y se dio el trabajo de leerlo y formularme sus comentarios críticos y a la Mutual de Seguridad por materializar la edición de este manual y preocuparse de ayudar a resolver este problema que tan seriamente afecta a los trabajadores y sus familias y a la economía del país.

1. Introducción.

EL abuso o uso irresponsable de bebidas alcohólicas tiene serias repercusiones en la vida y salud personal, social y laboral.

Como el consumo de las bebidas alcohólicas depende, al fin de cuentas, de la conducta de las personas, la que es generalmente consecuencia de decisiones personales, de las que se tiene un grado de conciencia mayor o menor, y de la voluntad de llevarlas a cabo, es conveniente que tengamos una información suficiente acerca de todo lo que dice relación con ellas de modo tal que podamos tomar resoluciones libres y plenamente responsables acerca de su consumo o no consumo y, en el caso de su utilización como bebidas, acerca de la cantidad a ingerir y de los efectos sobre nosotros (físicos, psicológicos, sociales y espirituales) que estamos dispuestos a aceptar.





2. Las bebidas alcohólicas.

HAY diferentes tipos de alcoholes que presentan características y toxicidad diferentes. El alcohol permitido que contienen las bebidas alcohólicas para consumo humano es el alcohol etílico o etanol.

El etanol es un líquido claro y transparente y su densidad es de 0,79, lo que significa que un centímetro cúbico de alcohol etílico pesa 0,79 gramos. Un gramo de etanol produce al quemarse alrededor de 7 calorías.

Las bebidas alcohólicas contienen alcohol etílico (en adelante lo llamaremos alcohol) en cantidad diferente, la que es conocida como el grado alcohólico de la bebida. En los países latinos, y por tanto en Chile, el grado alcohólico se expresa en grados Gay-Lussac (º G.L.) , los que indican el porcentaje de alcohol por volúmen: por ejemplo, 10º G.L.

significa que hay 10 centímetros cúbicos de alcohol en 100 centímetros cúbicos de la bebida ó 100 cc. en un litro. Como el peso específico del alcohol es de 0,79, se tiene, en el ejemplo anterior, que hay 7,9 gramos de alcohol en los 100 cc. ó 79 gramos en el litro de la señalada bebida. En los países anglosajones suele utilizarse el grado proof, el que guarda relación con pruebas a base de pólvora a que era sometida la bebida alcohólica para determinar su contenido en alcohol; la equivalencia de estos grados con los Gay-Lussac es de 2 a 1, lo que significa que la cantidad de grados proof equivale a la mitad en grados Gay-Lussac; así un whisky de 80º proof tiene 40º Gay-Lussac.

Además de alcohol, las bebidas alcohólicas contienen otros componentes farmacológicos denominados congéneres (los que son responsables de su sabor y aroma), agua y, algunas, como la cerveza, proteínas en pequeña cantidad.

El alcohol etílico de las bebidas alcohólicas proviene de la fermentación anaerobia (esto es, sin oxígeno) de los azúcares que contienen los jugos de frutas o semillas de que provienen.

Los vinos provienen de la uva; las cervezas de granos (principalmente cebada); la chicha de la uva, manzana, pera u otras frutas.

El contenido alcohólico de las bebidas alcohólicas no destiladas puede llegar hasta, aproximadamente, 15º G.L., pero éste puede aumentarse agregando alcohol, como se hace en el caso del vermut, jerez y otros vinos fortificados. Este alcohol se obtiene por medio de la destilación de bebidas alcohólicas.

Las bebidas destiladas tienen un contenido alcohólico que vá, habitualmente, de 30º a 40º G.L. pero que, en el caso de algunos aguardientes, puede ser bastante superior.

La importancia de conocer el grado alcohólico de las diferentes bebidas alcohólicas estriba en la posibilidad de establecer su equivalencia en términos de alcohol puro. Generalmente, los vinos de mesa tienen un grado alcohólico que oscila entre los 10º y los 12º Gay-Lussac, la cerveza entre 4,5º y 5,5º y el pisco entre 30º y 50.

Como una copa de vino contiene, aproximadamente, 130 cc., una botella o vaso de cerveza 280 cc. y un vaso de aperitivo para pisco 70 cc., pueden establecerse las siguientes equivalencias aproximadas entre ellas en función de su contenido alcohólico:

1 vaso de vino = 1 cerveza = 1/2 vaso de pisco de 40º

Consideramos estas equivalencias como un **trago tipo** al hablar de las alcoholemias en relación con la cantidad de bebidas alcohólicas ingeridas. Esto corresponde a, aproximadamente, 11 gramos de alcohol absoluto.

3. Las bebidas alcohólicas y el organismo

3.1. Aspectos farmacológicos.

Si bien el alcohol puede absorberse por los pulmones, que lo toman del aire respirado, o por la piel, el consumo por los seres humanos es, habitualmente, a través de la ingestión por boca en forma de bebidas alcohólicas.

Una vez ingerido, desciende por el aparato digestivo y es rápidamente absorbido por el estómago, intestino delgado y colon, para pasar a la sangre y distribuirse por todo el organismo.

La absorción del alcohol al nivel del estómago no es demasiado importante por cuanto su superficie es reducida; además, si hay alimentos en él la absorción es aún menor ya que los alimentos se adosan a sus paredes impidiendo que el alcohol tome contacto con ellas y sea absorbido. Por otro lado, como el alcohol irrita la mucosa gástrica, se cierra el píloro, o lugar por donde se vacía el estómago hacia el intestino delgado, lo que retarda el paso del alcohol hacia él; esto ocurre con mucha mayor rapidez en quienes están habituados al con-

sumo de bebidas alcohólicas por lo que la absorción del alcohol es más lenta en ellos.

Cuando se abre el píloro y pasa el alcohol al intestino delgado comienza realmente el paso importante del mismo a la sangre, por cuanto es en él donde las condiciones de absorción son las máximas. Es por esto también que en las personas gastrectomizadas, esto es, a quienes se les ha sacado el estómago, el alcohol pasa más rápidamente a la sangre y les hace efecto más pronto.

También conviene señalar que la mayor absorción de alcohol se produce cuando sus concentraciones en las bebidas alcohólicas se encuentran entre los 15 y los 30 grados G.L.; si es menor, baja la gradiente de difusión del alcohol y, si es mayor, aumenta la producción de mucus por el estómago y se produce píloroespasma, lo que retarda su absorción.

De lo anteriormente señalado se desprende que el alcohol se absorbe más lentamente en quienes lo beben diariamente, en quienes lo consumen con alimentos y en quienes consumen bebidas de baja gradación alcohólica, tales como cerveza o vino, siendo éstas algunas de las razones por las cuales en estas personas parece haber una mayor resistencia o un menor efecto por el consumo de bebidas alcohólicas.

El alcohol absorbido se distribuye uniformemente en el agua del organismo (la que constituye alrededor del 60% de su peso total) y la cantidad de él es mayor en los órganos más ricos en agua (como la sangre) y menor en los más pobres en ella (como los huesos y el tejido graso). En estas últimas afirmaciones nos estamos refiriendo a los gramos de alcohol por unidad de peso.

El organismo elimina una parte muy pequeña del alcohol que ha penetrado en él como tal, esto es sin transformarlo o destruirlo, que no vá más allá del 10 al 15%. Esta eliminación se hace por los pulmones hacia el aire respirado (lo que explica el aliento alcohólico -"tufo"-), por la orina (alrededor de 0,42 gramos de alcohol en las 24 horas) y por la transpiración o sudor (en un baño sauna en que se transpira unos 3 litros de sudor se eliminaría cerca de 1 gramo). Las cifras de los

ejemplos son aproximadas y dicen relación con la alcoholemia correspondiente a una persona de 70 kilos de peso que ha consumido un vaso de vino.

La principal forma que tiene el organismo de disponer del alcohol que ha penetrado en él es metabolizándolo, esto es, transformándolo o destruyéndolo, lo que hace mediante el procedimiento de oxidarlo.

El alcohol se quema en dos etapas: la primera lo lleva al estado de acetaldehído y la segunda convierte éste en acetato, el que es utilizado por los tejidos periféricos, particularmente los musculares, dando como producto final anhídrido carbónico y agua. La primera etapa se realiza en, al menos, un 70% en el hígado, el que también asume la mayor parte de la segunda ya que se sabe que cerca del 80% del alcohol etílico que es oxidado en el hígado sale en la forma de acetato.

Es importante retener que la primera etapa de oxidación da como producto el acetaldehído puesto que el Disulfirano (Antabus) y la Carbimida de Calcio, drogas utilizadas en el tratamiento del alcoholismo, impiden la realización de la segunda etapa con lo que se produce una acumulación de acetaldehído, que es tóxico para el organismo.

También es conveniente tener presente que la oxidación del etanol o alcohol etílico hasta anhídrido carbónico y agua libera 327,6 kilo calorías por molécula gramo (mol); de éstas, 209,4 corresponden a la oxidación del acetato hasta sus productos finales, es decir, el 60%, que es la parte del aporte de energías bajo la forma de alcohol que es utilizada para las funciones celulares.

Hay otras vías metabólicas para el alcohol que son de escasa importancia dada su pequeña proporción.

Hay que señalar, además, que la oxidación del alcohol en el hígado compite con la oxidación de los ácidos grasos, que son los que normalmente proporcionan la energía que necesita la célula hepática para realizar sus funciones propias. También termina aumentando el ácido úrico, lo que acarrea problemas en quienes padecen de gota, e interfiere con la formación de nueva glucosa a partir de otros elementos, la que es indispensable para mantener el nivel de glucosa en la sangre (glicemia).

Finalmente, es conveniente señalar, ya que prácticamente casi todo el alcohol que ha penetrado en el organismo se elimina por oxidación (es quemado), la velocidad a la cual éste se deshace del alcohol por este procedimiento: el organismo quema el alcohol a una tasa fija de 10 centigramos por kilo de peso por hora, la que puede duplicarse en algunos usuarios habituales de alcohol y decaer en quienes presentan daño del hígado. Esta velocidad de quema o de disposición del alcohol no puede aumentarse, por lo cual no sirven de gran cosa procedimientos tales como los baños turcos, ejercicios, tomar leche, etc. Esto significa que un adulto sano de 70 kilos de peso es capaz de quemar 7 gramos de alcohol por hora, que es el contenido de 2/3 de una copa de vino o de una cerveza, según hemos señalado anteriormente; en las 24 horas (un día) lograría destruir el alcohol correspondiente a algo menos de 2 litros de vino de 11º o poco más de cuatro litros de cerveza.

Hay que retener, sin embargo, que esto no significa que estas cantidades de bebidas alcohólicas pueden ingerirse impunemente en las 24 horas que, como veremos más adelante, ocasionan otros daños al organismo y a la persona.

Estos conocimientos sólo deben ser tomados como puntos de referencia científica.

3.2. La alcoholemia o nivel de alcohol en la sangre.

Se llama alcoholemia al nivel de concentración de alcohol en la sangre y se expresa en gramos por litro (en otros países suele expresarse en centigramos o miligramos por 100 centímetros cúbicos ó mililitros).

Esta guarda relación con la cantidad de alcohol ingerida, la velocidad de absorción, el peso corporal, la velocidad de su destrucción en el organismo y el tiempo transcurrido.

Pese a las variables anteriormente señaladas, puede estimarse que por cada trago tipo (ver más arriba) se produce una alcoholemia de 0,2 gramos por litro, bastando, por tanto, con 5 tragos tipo para una alcoholemia de 1 gramo por mil, que es el nivel médico-legal de ebriedad en Chile.

El nivel de alcohol en la sangre (alcoholemia) es un buen índice acerca del grado de alteración del funcionamiento cerebral y psicológico producido por el alcohol. En la tabla que sigue se puede apreciar esto.

NIVEL SANGUINEO	CONDUCTA
0,3 grs / litro	Leve acción euforizante (de alegría)
0,5 grs / litro	Leve alteración del equilibrio probable nistagmus (movimientos oculares rápidos)
1,0 grs / litro	Ataxia marcada (incoordinación de los movimientos) Nistagmus
3,0 grs / litro	Estupor
5,0 grs / litro	Coma y muerte

3.3. Efectos agudos del alcohol sobre el organismo.

En dosis bajas el alcohol produce una sensación de agrado y alegría a la vez que tiene un efecto tranquilizante. Cuando la cantidad es algo mayor, se produce la ebriedad, que puede ser subclínica o inaparente y clínica o embriaguez.

3.3.1. Ebriedad subclínica o inaparente.

Se caracteriza por desinhibición de las funciones psíquicas superiores y de la conducta; por alteraciones sensoriales discretas (de la vista y del oído); por disminución de la capacidad de concentración; por alteración de la asociación de ideas; y por lentificación psicomotora, esto es, del pensamiento y de los movimientos.

Estas alteraciones se pueden presentar en forma más o menos aislada o darse conjuntamente. El observador las aprecia bajo la forma de euforia o alegría, de falsa confianza

en sí mismo, de temeridad, de reacciones psicológicas exageradas o desproporcionadas, de comprensión inadecuada (en especial para valorar situaciones imprevistas), conducción veloz, torpeza ante los obstáculos, recuperación lenta frente al encandilamiento, etc.

Es en este tipo de ebriedad, bajo los efectos del alcohol, que se producen la mayoría de los accidentes del tránsito y las infracciones.

Este estado es particularmente peligroso porque el sujeto no se dá cuenta que está en él y su confianza en sí mismo está aumentada y su conducta motora poco alterada, por lo que es capaz de subirse a un auto y conducir o de emprender otras acciones que seguramente no llevaría a cabo si estuviera en el estado que sigue, o le serían más difíciles.

Corresponde a una alcoholemia entre 0.5 y 0,99 grs/mil

3.3.2. Ebriedad clínica o embriaguez.

En ésta se agravan las alteraciones señaladas más arriba por efecto de una gran inhibición a nivel del sistema nervioso central, el pensamiento se vuelve lento y superficial, los movimientos son francamente torpes, la afectividad se embota al igual que la sensibilidad, se altera la memoria, etc. Los estados más profundos de ella corresponden al estupor y al coma alcohólico.

En nuestra legislación se habla de ebriedad clínica cuando la alcoholemia es igual o mayor a un gramo por mil. En otros países este límite legal es de 0,8 gramos por mil e incluso menor.

3.4. Efectos crónicos del alcohol sobre el organismo.

Nos referimos al efecto del consumo excesivo de alcohol mantenido por largos períodos de tiempo. El consumo habitual

de bebidas alcohólicas en cantidad moderada no es dañino para la salud en las personas sanas e incluso se ha podido demostrar que tiene efectos positivos para la digestión, para bajar el colesterol, como aporte calórico (como un porcentaje bajo del aporte calórico total), etc.

Muchos de los efectos crónicos del alcohol en el organismo están ligados a problemas nutricionales, tanto porque la gente deja de alimentarse debidamente cuanto porque la metabolización del alcohol hace uso preferente de nutrientes indispensables para el normal funcionamiento del organismo, produciendo carencias.

Una de las principales consecuencias del consumo crónico excesivo de bebidas alcohólicas es, precisamente, la enfermedad que llamamos alcoholismo y que trataremos más adelante. Ahora nos interesa señalar las principales consecuencias negativas que éste produce a nivel del organismo o cuerpo. Solamente daremos un listado de las principales enfermedades que ocasiona.

3.4.1. Sobre el estado nutritivo

- Desnutrición principalmente proteica
- Déficit de vitaminas y minerales
- Agravación de enfermedades metabólicas tales como la diabetes y la hiperuricemia (gota, etc.)
- Alteraciones metabólicas diversas: hipoglicemia, ketoacidosis, etc.

3.4.2. Sobre el aparato gastrointestinal.

- Hígado graso
- Hepatitis alcohólica
- Cirrosis hepática alcohólica y sus secuelas: ascitis, hemorragias, ictericia, encefalopatía portal, etc.
- Gastritis.

- Pancreatitis
- Hemorragias digestivas
- Diarreas y constipación
- Síndromes de mala absorción intestinal

3.4.3. Sistema nervioso central y periférico.

- Neuropatías periféricas
- Amnesia alcohólica
- Alucinosis alcohólica y delirium tremens
- Celopatía alcohólica
- Síndrome de Wernicke y Korsakoff
- Demencia alcohólica
- Epilepsia

3.4.4. Sobre el sistema cardiovascular

- Miocardiopatías
- Agrava la hipertensión arterial

3.4.5. Cáncer.

- Aumenta el riesgo de contraer cáncer de la boca, faringe y laringe, del esófago y del estómago, del hígado, etc.

3.4.6. Efecto teratogénico.

- Daña el feto produciendo el síndrome alcohólico fetal.

3.5. Interacción con otros medicamentos.

- Produce inducción enzimática a nivel del hígado lo que tiene como consecuencia la destrucción más rápida, por metabolización, de una serie de medicamentos.
- Aumenta el efecto de los tranquilizantes e hipnóticos, de los vasodilatadores, anticoagulantes e hipoglucemiantes, etc.
- Disminuye la eficacia de la mayoría de los antibióticos.
- Puede producir reacciones desusadas con los antidepresivos y crisis hipertensivas con algunos de ellos.

4. Tipos de bebedores y alcoholismo

NO toda la gente se comporta frente al consumo de bebidas alcohólicas de la misma manera pero, con fines prácticos, se puede describir cuatro tipos básicos de conducta frente a éstas:

4.1. Conducta abstemia o abstemios.

Son los que, por diversas razones, nunca consumen bebidas alcohólicas. Sin embargo, se incluye entre ellos a quienes las consumen sólo muy ocasionalmente y en cantidades muy pequeñas, generalmente sin que les apetezca y por ceder a presiones sociales. Su conducta habitual es no consumirlas.

4.2. Conducta de beber moderado o bebedores moderados.

Se caracteriza por un uso de bebidas alcohólicas que no lleva nunca a la ebriedad, en cualquiera de sus grados, o, si lo hace, ésta es excepcional. Hay así una gran gama de bebedores moderados que va desde aquellos usuarios ocasionales

de fiestas o fines de semana a aquellos que beben diariamente vino o cerveza con las comidas o un aperitivo en la mañana o en la tarde.

Se ha establecido, en Chile, con fines prácticos, que el límite que los separa de los bebedores excesivos es la frecuencia de ebriedad de una o menos al mes o de 12 ó menos al año. Este límite es totalmente arbitrario, al igual que el otro que suele emplearse con los mismos fines: beber un litro o menos de vino, o su equivalente en alcohol absoluto, por día de ingestión. Este último límite parece demasiado tolerante.

Cabe hacer notar que como la tolerancia de la mujer frente a las bebidas alcohólicas es menor, el límite entre el consumo moderado y el excesivo de bebidas alcohólicas debiera ser más estricto.

4.3. Conducta de beber excesivo o bebedores excesivos.

Se caracteriza por un consumo de bebidas alcohólicas que excede el señalado en el punto anterior (4.2.) pero sin que se presenten los síntomas de dependencia física del alcohol, que tipifica la conducta alcohólica o los alcohólicos.

Este consumo excesivo puede ser esporádico, o por períodos de tiempo, o ser cotidiano. A este respecto hay una gran variedad de conductas posibles.

Las personas que presentan esta conducta la llevan a cabo habitualmente por presiones sociales o costumbres de grupos -por lo cual hablamos de dependencia socio-cultural. Otros, cerca del 30% de los bebedores excesivos, lo hacen movidos por problemas de salud mental que buscan solucionar a través de los efectos de las bebidas alcohólicas, es decir, utilizan el alcohol como droga. En estos casos se trata de una dependencia psicológica del alcohol y lo usual es que vaya asociada a una dependencia socio-cultural.

Cabe señalar en relación con esta forma de consumo de las bebidas alcohólicas que existe en ella el riesgo de contraer

cualesquiera de las enfermedades físicas que señalamos anteriormente y también de enfermar de alcoholismo.

Es por esta razón, (el grave riesgo para la salud y social existente en este grupo) que se los suele considerar en conjunto con los alcohólicos como bebedores problema.

Se distinguen del grupo que sigue, que también hace un consumo excesivo de las bebidas alcohólicas, por presentar sólo dependencia sociocultural y/o psicológica del alcohol y no dependencia física.

4.4. Conducta alcohólica o alcohólicos.

Como lo señalamos en el punto anterior, se caracteriza por la presencia de dependencia física del alcohol, la que subsiste aunque el sujeto haya dejado definitivamente o por un tiempo de consumir bebidas alcohólicas, es decir, que se encuentre en abstinencia de alcohol. Se distinguen de los abstemios propiamente tales, o conducta abstinencia, porque aunque no consuman bebidas alcohólicas tienen esta dependencia, que se manifestará con ocasión de cualquier consumo de bebidas alcohólicas, y por su pasado de abuso de dichas bebidas.

4.4.1. La dependencia física del alcohol.

Nociones preliminares.

4.4.1.1. Tolerancia.

Se entiende por tolerancia la adaptación que sufre el organismo con la presencia reiterada de la droga volviéndose más resistente a sus efectos. Esto se traduce en que se requiere una dosis mayor de la droga para lograr los mismos efectos. Por ejemplo, en el caso de la bencedrina hay pacientes que llegan a consumir 80 comprimidos o más para lograr efectos moderados, dosis que sería mortal para una

persona normal. En el caso del alcohol se ha podido demostrar que los usuarios habituales pueden hasta duplicar la tasa de su metabolización (quemar), siempre que haya indemnidad hepática.

La tolerancia en sí no significa dependencia física de la droga.

4.4.1.2. Síndrome de privación.

Es el conjunto de manifestaciones (síntomas y signos) que aparecen después de la suspensión brusca (absoluta o relativa) de la droga en cuestión y que se alivian o desaparecen con la administración de la misma droga u otra de efectos similares.

En el caso del alcohol las manifestaciones más frecuentes son: temblor, angustia, sudoración, insomnio, y, en casos graves, convulsiones, alucinaciones variadas (ven diferentes cosas inexistentes, oyen voces, ideas delirantes, etc.)

Si bien en el caso de algunas drogas se puede presentar un síndrome de privación sin que necesariamente haya una dependencia física de ella, esto no es lo usual por lo que debe sospecharse en su presencia la existencia de dicha dependencia.

4.4.1.3. Incapacidad de detenerse.

Consiste en la necesidad imperiosa de seguir bebiendo una vez que se ha introducido en el organismo una cierta cantidad de alcohol (sobre el umbral). Esta es inicialmente variable, requiriéndose al comienzo una cantidad determinada de alcohol para que se manifieste, si ésta es menor (bajo el umbral) no aparece. También, en un primer momento no se presenta todas las veces que se bebe sino que, por ejemplo, una vez de cada diez. Con el correr del tiempo (a medida que avanza la dependencia física o enfermedad) son pequeñas cantidades, y casi siempre que se bebe, las que desen-

cadena esta pérdida de libertad que es la incapacidad de detenerse.

La presencia de ésta sólo puede establecerse a través del relato del paciente que nos trasmite su experiencia subjetiva, aunque puede sospecharse por la conducta del sujeto: la mayoría de las veces que bebe debe terminar embriagado. Los pacientes la describen como: "**picarse la guía**", "**calentarse la jeta**", etc.

Su presencia, aunque sea ocasional, es suficiente para determinar que hay dependencia física del alcohol y formular, por tanto, el diagnóstico de alcoholismo, en este caso del tipo intermitente (ver más adelante).

4.4.1.4. Incapacidad de abstenerse.

Es la necesidad que experimentan los pacientes de beber reiteradamente en el día, cada cierto número de horas, para poder funcionar ya que de otra manera le aparecen elementos del síndrome de privación de alcohol. Esto se explica por la necesidad de mantener un nivel mínimo de alcohol en la sangre.

Lo habitual es que beban cada tres o cuatro horas una o dos copas de vino (o su equivalente en alcohol absoluto), sin llegar a la ebriedad manifiesta, por lo cual dicen que saben tomar, que toman "**medido**".

Su presencia significa una pérdida de la libertad de abstenerse de alcohol y es elemento suficiente para hacer el diagnóstico de alcoholismo en su variedad de inveterado (ver más adelante).

4.4.1.5. Amnesia de embriaguez.

Se caracteriza por la pérdida total o parcial del recuerdo para los acontecimientos que se han producido después de la ingesta de una cantidad moderada de alcohol, variable según la persona y el grado de su enfermedad. No hay que confun-

dirla con la amnesia o falta de recuerdo para los hechos que se producen cuando se está francamente ebrio, aunque finalmente esto es seguramente una materia de grados.

La conducta del sujeto puede parecer perfectamente normal a quienes le acompañan o le ven pero, en realidad, esta conducta es automática y el sujeto posteriormente no recuerda nada de lo hecho. A veces la conducta en estos estados puede ser agresiva y el sujeto negar al día siguiente haberla llevado a cabo, con sorpresa de sus familiares o amigos que creen que está mintiendo cuando en realidad no registró nada de los acontecimientos.

La presencia de este elemento es una señal de que se corre serio riesgo de enfermar de alcoholismo o de que ya se es un alcohólico.

4.4.1.6. Trago en ayunas

Es la necesidad de beber alcohol en la mañana, al despertar, después de embriagarse la noche anterior, para calmar molestias como angustia, temblores, etc., las que constituyen un síndrome de privación discreto (ver más arriba).

No hay que confundir con el tomar alcohol en la mañana, después de una embriaguez, que se da sólo para calmar síntomas de privación de alcohol sino que por la costumbre cultural o popular que hay de consumir alcohol para calmar el malestar general que deja el consumo exagerado de alcohol. Este malestar se suele describir como decaimiento, sensación de tener el cuerpo "cortado", dolores de cabeza, malestar al estómago, etc., molestias que se deben habitualmente a los congéneres del alcohol que contienen las bebidas alcohólicas.

4.4.1.7. Crisis de ingestión de alcohol.

Es el consumo de bebidas alcohólicas por dos o más días consecutivos, con dos o más embriagueces diarias. Hay crisis de ingestión de alcohol que pueden durar una o más semanas y son un período de tiempo en el que la conducta de

la persona gira casi exclusivamente en torno al consumo de las bebidas alcohólicas.

Lo que sucede es que las primeras ingestas de alcohol desencadenan la incapacidad de detener la ingestión, luego de la embriaguez, y el dormir consecutivo, la persona despierta con molestias de privación de alcohol que conducen a beberlo con la finalidad de calmarlas (trago en ayunas); esto vuelve a desencadenar la incapacidad de detenerse, la que reinicia el círculo vicioso.

La crisis de ingestión de alcohol llega a su término cuando el organismo no es más capaz de tolerar el alcohol por las molestias que éste provoca. La persona, entonces, suspende paulatina o bruscamente la ingesta de bebidas alcohólicas. A esta interrupción sigue un síndrome de privación de mayor o menor intensidad y que, en algunos casos, puede terminar en una psicosis alcohólica.

Hay personas que son incapaces de interrumpir por su cuenta la crisis de ingestión y requieren de ayuda médica en la forma de un tratamiento desintoxicante. Otros llegan al médico por presentar psicosis alcohólicas.

4.4.1.8. Psicosis alcohólicas.

Son trastornos mentales graves que aparecen causados por el consumo excesivo de alcohol durante un período de tiempo más o menos prolongado.

Algunas de ellas se dan durante una crisis de ingestión prolongada y otras después de su interrupción, habitualmente hacia el 5º día.

Son la alucinosis alcohólica y el delirium tremens cuyos síntomas corresponden a los de un síndrome de privación grave (temblor intenso, transpiración profusa, desequilibrio en las sales y líquidos, etc.), alucinaciones (ver monos, oír voces, etc.), alteraciones del sueño, ideas delirantes (ideas patológicas desconectadas de la realidad), etc.; la celotipia alcohólica (delirio de celos), la psicosis de Korsakov (alteraciones de la memoria, fabulación, polineuritis), etc.

4.4.1.9. Epilepsia alcohólica.

Es la aparición reiterada de crisis epilépticas como consecuencia del daño al sistema nervioso central producido por el alcohol.

También pueden aparecer crisis epilépticas en sujetos que son epilépticos de antes, las que se deben a que el alcohol, por su efecto irritante del sistema nervioso central, las desencadena.

Durante el síndrome de privación de alcohol pueden aparecer algunas crisis aisladas similares a las epilépticas (generalmente de tipo convulsivo), lo que no constituye una epilepsia propiamente tal y lo que tampoco significa que el sujeto vaya a seguir presentándolas una vez que se ha desintoxicado.

4.4.2. Dependencia física del alcohol

Está constituida por incapacidad de detener la ingestión de alcohol y/o de abstenerse del mismo una vez que se ha comenzado a consumir alcohol.

Esta dependencia física del alcohol se mantiene oculta o latente, pero siempre presente, cuando el sujeto no bebe, esto es, cuando está en un período transitorio o definitivo de abstinencia de alcohol.

En el estado actual de nuestros conocimientos, podemos afirmar que en la inmensa mayoría de los casos es definitiva, una vez que se presenta por primera vez y que las sucesivas ingestas de bebidas alcohólicas no hacen más que agravarla.

Dado éste su carácter definitivo e irreversible, se desprende la indicación médica de que quienes la presentan no deben ingerir nunca bebidas alcohólicas.

4.4.3. Los alcohólicos.

Se llama médicamente alcohólicos a quienes presentan dependencia física del alcohol, a más de la dependencia psicológica y/o sociocultural de estas bebidas. Como ésta es una característica que no se da en la gente normal, esto es sana, y aparece sólo como consecuencia del uso más o menos prolongado y excesivo de bebidas alcohólicas, los médicos consideramos que ésta es una enfermedad.

En Chile distinguimos los siguientes tipos de alcohólicos:

Alcohólicos intermitentes.

Se caracterizan por la incapacidad de detenerse y, cuando la enfermedad está más avanzada por el trago en ayunas y las crisis de ingestión de alcohol, a más de otros síntomas propios de los bebedores excesivos.

Se les denomina intermitentes porque pasan por períodos de ingesta inmoderada de alcohol (embriagueces y crisis de ingestión de alcohol) que alternan con períodos de abstinencia en que no consumen nada de alcohol.

Suelen negar que son alcohólicos manifestando: **"cuando quiero tomo y cuando quiero me chanto"**. En realidad, cuando quieren se toman la primera copa pero luego pierden la libertad para no beber las copas siguientes, lo que ya no pueden controlar con la voluntad. Se **"chantan"** sólo cuando su organismo ya no tolera más alcohol y no cuando quieren.

Alcohólicos inveterados.

Su rasgo distintivo de la incapacidad de abstenerse de alcohol. Son sujetos que beben todos los días del año a través de todo el día, ingiriendo pequeñas cantidades de bebidas alcohólicas cada cierto número de horas para calmar los sín-

tomas de privación de alcohol; es decir, no son libres para no beber.

No se reconocen a sí mismos como alcohólicos y niegan serlo manifestando: **"yo tomo medido"**. En realidad, toman pequeñas cantidades de bebidas alcohólicas ("**medido**") a través de todo el día pero son absolutamente incapaces de no beber, esto es, de pasar, por ejemplo 24 horas sin beber.

Puede que estas personas no se embriaguen durante el día pero lo habitual es que al término de la jornada presenten algún grado de embriaguez.

Necesitan estar permanentemente y durante todos los días del año con un cierto nivel de alcoholemia. Dado que beben todos los días y a través de todo el día es que se los llama inveterados.

Alcohólicos mixtos.

Presentan tanto incapacidad de abstenerse como de detenerse. Viven en una embriaguez permanente.

Lo habitual es que primero hayan sido intermitentes y luego se haya presentado la incapacidad de abstenerse.

5. El proceso de convertirse en alcohólico y sus causas.

LO normal es que nazcamos abstemios, la excepción lo constituyen aquellas criaturas que nacen de madres que beben y que están con alcohol en la sangre al momento del parto. Como el alcohol pasa por la placenta al feto, es posible que algunas criaturas nazcan con una alcoholemia positiva y que se hayan visto expuestas al alcohol durante un tiempo más o menos importante del embarazo. Cuando las madres ingieren bebidas alcohólicas en el primer trimestre del embarazo hay serio riesgo de que la criatura nazca con alteraciones (malformaciones o defectos y compromiso

definitivo de la inteligencia), lo que constituye el síndrome alcohólico fetal (conocido como SAF o FAS).

Después de nacer, nos desarrollamos física, mental y espiritualmente y nos constituimos como persona. En este proceso influye la maduración del organismo, particularmente del sistema nervioso central, y el aprendizaje, que se hace en el seno de la familia, en la escuela y en la sociedad. En cierta etapa de la vida influye poderosamente en el proceso de socialización el trato con los pares, es decir, con los sujetos de la misma edad y con los compañeros.

En este proceso de hacernos persona adquirimos las costumbres y valores de la sociedad en la que nos encontramos insertos y es así como entramos en contacto con las bebidas alcohólicas y los modos de uso que imperan en nuestras familias, nuestro grupo social, laboral, etc., y en nuestra sociedad o país. Comenzamos a beberlas como vemos que lo hacen los demás y aprendemos a conocer sus efectos. Al principio es posible que nos embriaguemos pero luego aprendemos a saber y controlar cuánto podemos beber sin llegar a la ebriedad.

Hay un grupo de personas (cerca del 20% de la población mayor de 15 años) que no beberá nunca porque en su grupo social no se acepta el consumo de bebidas alcohólicas, o por que después de consumirlas una o más veces dejan de hacerlo, o porque no les agrada, o porque les provoca molestias que no se ven compensadas por el eventual agrado de su consumo. Constituirán el grupo de los abstemios.

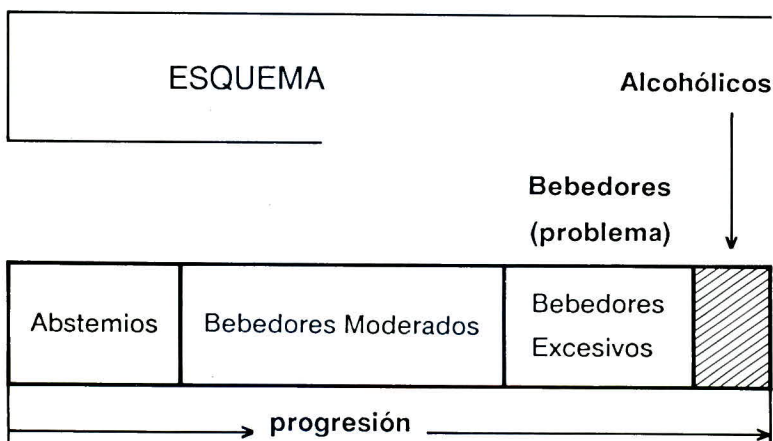
Un grupo mayoritario de la población encontrará agrado en el consumo de las bebidas alcohólicas y continuará usándolas moderadamente y de acuerdo a sanas pautas sociales de consumo. Son los bebedores moderados y en Chile constituyen alrededor del 60% de la población mayor de 15 años.

Una parte de la población, en especial de la masculina (en Chile; 10 a 12 hombres por una mujer), abusará de las bebidas alcohólicas bebiendo en exceso y embriagándose con gran frecuencia. Es el grupo que hemos dado en denominar de los **bebedores problema**, que abarca al conjunto de los bebedores excesivos y de los alcohólicos. Son cerca del

20% de la población chilena mayor de 15 años (15% bebedores excesivos y 5% de alcohólicos). Los llamamos **bebedores problema** por los problemas sociales y de salud que origina su hábito de consumo.

El grupo en riesgo de enfermar de alcoholismo y/o de tener otras complicaciones (físicas, mentales, sociales, etc.) está constituido por todos los que abusan de las bebidas alcohólicas. La inmensa mayoría de este grupo pertenece a los que hemos llamado bebedores problema, es decir, los bebedores excesivos propiamente tales y los alcohólicos (estos últimos ya están enfermos de alcoholismo pero pueden presentar todo el resto de las complicaciones), y una pequeña parte corresponde a los bebedores moderados que ocasionalmente se embriagan.

En la carrera para llegar a ser alcohólico hay una progresión o avance (ver esquema) desde la condición de abstemios, pasando por la de bebedor moderado, luego por la de bebedor excesivo para, finalmente, terminar como **alcohólico**, condición patológica que ya es **irreversible**. Podemos afirmar que la gran causa del alcoholismo es el beber excesivo y la experiencia clínica y científica demuestra que en promedio se requiere, en Chile, de cerca de 10 años de abuso de las bebidas alcohólicas para enfermar de alcoholismo (para las mujeres el período es menor).



Como no todos los bebedores excesivos enferman de alcoholismo sino que la tercera parte de ellos (1/3), se requiere de otras causas para explicar este enfermar. Si bien hay abundante investigación en la materia, poco se sabe en definitiva pero podemos afirmar que hay un grupo de la población con menor resistencia frente al abuso de las bebidas alcohólicas y que lo que está en juego es una mayor **vulnerabilidad** de ellos, que seguramente obedece a factores genéticos, constitucionales, bioquímicos, etc.

Vistas así las cosas, tenemos que interrogarnos acerca de las causas del beber excesivo, que es la gran causa del alcoholismo y de los otros problemas que surgen en relación con el consumo de bebidas alcohólicas. Aquí distinguimos dos grandes grupos: causas psicosociales y causas de salud mental. La importancia relativa de ellas es, en nuestro medio, de un 70 a 80% para las primeras y de un 20 a 30% para las segundas.

Las causas psicosociales son, en su conjunto, todas las costumbres o hábitos sociales de las familias, de los grupos sociales, de la clase social a la que se pertenece y de la sociedad toda o país en que se habita. Es evidente de que existe la costumbre de beber en exceso en determinadas festividades civiles y religiosas (Navidad, Fiestas Patrias, Año Nuevo, etc.), en ciertos festejos (matrimonios, cumpleaños, etc.), en ocasiones especiales ("**pago de piso**") o en ciertos estados anímicos ("**matar las penas**", celebrar un triunfo, etc.); también ciertos trabajos exponen al consumo exagerado de bebidas alcohólicas (garzón, vendedor, jefe de relaciones públicas, diplomático, etc.) y ciertas creencias en relación con un trabajo específico ("**hay que tomar vino o leche para contrarrestar el polvo, o los tóxicos, o los malos olores, etc.**", "**hay que saber tomar vino, cerveza o champagne para trabajar con el vino, la cerveza o el champagne**", etc.) o populares ("**hay que tomar vino para combatir el frío**", "**es más hombre el que más bebe sin marearse**", "**para ser hombre hay que saber tomar**"); también se exige beber para ser aceptado en cierto grupos de trabajo o sociales. Estas causas suelen llevar al consumo excesivo frecuente o habitual de bebidas alcohólicas, lo que, como ya señaláramos, expone a riesgos de accidentarse, de destruir el hogar, de enfermar de

diferentes enfermedades físicas, o mentales, o de alcoholismo.

Las causas de salud mental son todos aquellos problemas o enfermedades de esta esfera que conducen al consumo excesivo de bebidas alcohólicas para aliviar sus síntomas y poder funcionar bien, por ej.: el sujeto tímido que descubre que tomándose algunos tragos vence su timidez, el depresivo que vé aliviada su tristeza con el recurso a la bebida alcohólica, el esquizofrénico que ... etc.

En lo que respecta a la mayor vulnerabilidad, poco se sabe a ciencia cierta. Hay estudios que señalan que es más frecuente el alcoholismo entre los hijos de padres alcohólicos pero no se ha podido dilucidar bien cuánto corresponde a una herencia social (es decir, los hijos imitarían a los padres en sus actitudes frente al consumo de las bebidas alcohólicas y en su forma de beberlas) y cuánto a una herencia genética (transmitida en los genes que van en los espermios del varón y en los óvulos de la mujer). Respecto de la última parece que lo que se heredaría no es el alcoholismo sino que una falta de resistencia a las bebidas alcohólicas que vuelve más vulnerables a los que adolecen de ella. Cosa similar ocurre con otros factores de mayor vulnerabilidad en cuyo análisis no entraremos.

Lo corriente es que las causas psicosociales, las de salud mental y la mayor vulnerabilidad se entremezclen en un mismo sujeto, aunque las dos primeras pueden darse aisladamente entre sí; vale decir, no todo sujeto que presenta un problema de alcoholismo presenta un problema de salud mental previo a su enfermar de alcoholismo: sólo, aproximadamente 1/3 de ellos.

Conviene, también, retener que dificulta el estudio de las causas el hecho de que una persona que era normal antes de comenzar a beber en exceso, puede enfermar mentalmente a causa del mismo, presentando, por ejemplo, diferentes tipos de neurosis las que, al momento de hacer el diagnóstico de alcoholismo -ya han pasado varios años- pueden ser tomadas como causa del mismo.

Volviendo al esquema que hemos mostrado más arriba, se dá una progresión desde la condición de abstemio hasta la de alcohólico, pasando por la de bebedor moderado y la de

excesivo. Hay factores o causas que influyen en este progresar de una condición a otra, quedando la mayoría de la población a mitad de camino, esto es, como bebedores moderados.

6. El beber problema y la familia.

YA señalamos, en relación con las causas del beber excesivo, como las costumbres o hábitos de consumo de bebidas alcohólicas de los padres pueden influir, a través del ejemplo, en los hijos llevándolos al consumo excesivo de bebidas alcohólicas. Ahora lo que nos interesa es llamar la atención sobre otros efectos que el consumo excesivo de bebidas alcohólicas puede tener sobre la familia.

6.1. Desorganización familiar.

El jefe de hogar que llega en estado de intemperancia o de ebriedad al hogar, a más de dar un mal ejemplo a los hijos, entra, habitualmente, en conflicto con su pareja (ya sea esposa o conviviente) generándose discusiones, riñas e incluso maltrato físico de la esposa, lo que lleva a pérdida de la armonía que debe reinar en las relaciones de pareja, a resentimientos, pérdida del diálogo y comunicación, pérdida o grave daño del amor entre los cónyuges, separaciones o destrucción definitiva del matrimonio. Otro tanto sucede cuando es la mujer la que bebe, con el agravante de que el hogar deja de funcionar como debe, la casa, los hijos y el marido son descuidados, etc.

Se produce, generalmente, un clima de violencia en el hogar que afecta la salud mental de la pareja y la de los hijos, los que suelen vivir atemorizados y esperando con miedo la llegada del padre a la casa.

También la ebriedad de uno o de los dos padres hace que los hijos se avergüencen de ellos y eviten que sus amistades lleguen a la casa, con lo que terminan perdiéndolas o reuniéndose con ellas fuera del hogar, desapareciendo el control que los padres deben tener con las amistades de los hijos.

Otras veces son los hijos los que abandonan precozmente el hogar o se casan prematuramente y mal como un modo de irse luego de un clima que no pueden soportar.

6.2. Presupuesto familiar y alimentación.

Por un lado, lo habitual es que quién abusa de las bebidas alcohólicas genere menos ingresos o haya perdido su trabajo y, por otro lado, que destine gran parte de lo que gana a la adquisición de bebidas alcohólicas o que venda los bienes del hogar y herramientas de trabajo para los mismos efectos.

Esto obliga a que el otro miembro de la pareja o los hijos deban trabajar para contribuir a los gastos del grupo familiar, produciéndose así abandono de responsabilidades dentro del hogar y de los estudios.

El menor ingreso familiar afecta seriamente el presupuesto familiar y, ante la necesidad básica de alimentarse, se van dejando cuotas de préstamos impagas, no se cumple con los dividendos de la casa, no se pagan las cuentas de servicios básicos (electricidad, gas, etc.), con lo que se pierden bienes que se han adquirido con gran sacrificio, disminuyen las comodidades del hogar hasta límites increíbles, etc.

Pronto se ve afectado el rubro alimentación con lo cual se va deteriorando el estado nutritivo del grupo familiar, lo que es particularmente grave en el caso de los niños menores. Es importante retener que una de las más importantes causas de desnutrición infantil, en Chile, es el alcoholismo de los padres que disminuye el flujo de nutrientes que debe llegar a sus bocas por falta de dinero para comprarlos o porque, en caso de recibirlos de organizaciones caritativas o del Estado, los venden para procurarse bebidas alcohólicas.

6.3. Escolaridad de los hijos.

Hay estudios nacionales y extranjeros que señalan que los problemas de alcoholismo de los padres se traducen en

menor rendimiento escolar de los hijos los que tienen peores notas o se encuentran retrasados en cursos, respecto de niños de la misma edad procedentes de hogares en los que estos problemas no se dan. Hay, también, una mayor deserción escolar, esto es, un mayor porcentaje de niños que abandonan los estudios.

6.4. Síndrome alcohólico fetal (SAF o FAS).

Es una enfermedad caracterizada por diferentes malformaciones que presentan los niños, especialmente vistosas a nivel del rostro, las que van unidas a un retardo intelectual definitivo. Su causa está en la ingesta de bebidas alcohólicas por los padres, particularmente la madre, al momento de la concepción o durante el primer trimestre del embarazo.

Cabe señalar que muchos de estos niños no alcanzan a nacer por cuanto son abortados espontáneamente.

6.5. Herencia familiar.

Está demostrado que hay más casos de alcoholismo (y beber problema) entre quiénes provienen de familias en las que uno o ambos padres eran alcohólicos o bebedores excesivos que entre aquellas en que estos hacían un consumo moderado del alcohol, lo que ha llevado a pensar que hay un factor hereditario en juego.

En realidad hay que distinguir lo que es la herencia social de la herencia genética; esta última es la transmitida por los genes contenidos en las células sexuales de los padres. La primera se refiere a la trasmisión mediante el ejemplo que se da en el hogar a los hijos y se ha demostrado que existe en el caso del alcoholismo. Este ejemplo es el del uso excesivo e irresponsable de bebidas alcohólicas.

Conviene señalar, en este momento, que cuando en el hogar se condena todo consumo de bebidas alcohólicas también se incrementa el riesgo de que los hijos sean alcohólicos. Pareciera que toda conducta o actitud "fanática"

al respecto es perjudicial y que lo más adecuado es la tolerancia y el compartir el consumo moderado y responsable de las bebidas alcohólicas.

Respecto de la herencia genética, no existe gran claridad acerca de ella y lo que pareciera ser es que lo que se trasmite no es propiamente el alcoholismo, o una característica positiva de predisposición al mismo, sino que una falta de resistencia a las bebidas alcohólicas, que tendría el resto de la población, lo que los hace vulnerables frente a su consumo.

7. Alcohol y sociedad.

LAS bebidas alcohólicas son casi tan antiguas como la humanidad misma y su consumo se da en casi todas las agrupaciones humanas. Están presentes en la Sagrada Biblia y en numerosos libros de distintas religiones, en las tradiciones transmitidas por vía oral o escrita, en las obras poéticas, narrativas, históricas, etc.

Se considera como un bien de la humanidad pero también se está alerta al daño que puede producir su consumo excesivo o irresponsable. Se toman frente a ellas actitudes de alabanza desmedida o de exagerada condena.

Todo esto señala que lo importante no es tanto la existencia de las bebidas alcohólicas como la actitud que el hombre tiene hacia ellas y el consumo que hace de las mismas. Pueden y deben ser consideradas como un bien para la humanidad siempre y cuando el hombre haga un uso responsable de ellas. Se repite la misma situación que con otros bienes: el dinero, los bienes materiales, el sexo, las drogas, etc.

No queremos señalar aquí las bondades de las bebidas alcohólicas pero no podemos desconocer que su consumo es causa de alegría y de gozo y que puede ser saludable para el cuerpo y para la vida social. Deseamos, más bien, destacar los daños que producen a la sociedad.

7.1. Mortalidad general y suicidios.

Es sabido y está demostrado que el consumo excesivo de bebidas alcohólicas contribuye directamente a producir o produce una serie de enfermedades que causan o pueden causar la muerte, por lo cual es una de las causas importantes de mortalidad en los mayores de 15 años. Esta mortalidad puede ser prevenida controlando (es decir, evitando) el consumo excesivo de ellas.

Esta mayor mortalidad que presenta la población de bebedores problema respecto de los bebedores moderados y abstemios se traduce en una menor expectativa de vida de ella. Esto significa que dicha población va, en promedio a vivir menos años (o va a morir antes) que la población que no abusa de las bebidas alcohólicas. Es así como hemos encontrado que en Chile los hombres bebedores problema tienen una menor expectativa de vida del orden de los 10 años (tomando la edad de los 15 años como punto de partida) y las mujeres del orden de los 25 años. Esto último demuestra una mayor vulnerabilidad de las mujeres frente al alcohol.

Los suicidios son una de las causas de muerte en que el alcohol juega un papel importante. Lo hace tanto como factor acompañante, ya que muchos de los que se suicidan se embriagan previamente para hacerlo, que como causante, ya que está demostrado que una de las causas importantes del suicidio es el alcoholismo.

7.2. Accidente y accidentabilidad.

El alcohol (la ingesta excesiva de bebidas alcohólicas) juega un importante papel en la producción de accidentes del tránsito y trabajo. Se puede estimar que, en nuestro medio, no menos de un cuarto (1 de cada 4) o de un quinto (1 de cada 5) obedecen esencialmente a esta causa. Si se consideran sólo los accidentes más graves, este porcentaje es muchísimo mayor.

En relación con esto hay que distinguir dos aspectos del

problema: uno es el riesgo alcoholémico y el otro es el riesgo alcohólico. El riesgo alcoholémico se refiere al que se presenta por el hecho de tener alcohol circulando por el organismo con una alcoholemia por encima de 0,5 gramos por mil, independientemente de que la persona que presenta esta alcoholemia sea o no bebedora problema (o alcohólica). El riesgo alcohólico es el mayor riesgo de accidentarse que presentan los alcohólicos y bebedores problema por el hecho de serlos. Ambos riesgos pueden, obviamente, adicionarse.

Está establecido que el riesgo de accidentarse guarda una estrecha relación con el nivel de la alcoholemia y, también, que los bebedores problemas presentan un riesgo de accidentarse dos veces mayor que el que presentan los que no lo son.

7.3. Violencias y homicidios.

La evidencia es abrumadora en señalar el papel del alcohol en esta suerte de delitos llegando a mostrar algunas estadísticas que más del 80% de los hechos de sangre del gran Santiago ocurren bajo los efectos del alcohol. Aquí, al igual que con los suicidios, se presenta también la posibilidad de que quién va a cometer un delito se "envalentone" mediante el alcohol, pero lo más habitual es que el delito esté causado directamente por la influencia del alcohol.

7.4. Familia.

Es la célula básica de la sociedad y los problemas del beber excesivo repercuten seriamente en ella, como lo ilustramos en el punto 6.

7.5. Trabajo y Empresa.

Si bien el Código del Trabajo y el Reglamento del personal prohíben el consumo de bebidas alcohólicas en los

lugares de trabajo y penalizan la embriaguez en ellos, no es infrecuente que estas situaciones se den en los lugares de trabajo y empresas, generando diversos problemas que señalaremos.

También ocurre que hay bebedores problema entre los trabajadores de las empresas, tanto en sus niveles gerenciales como en el de los trabajadores menos calificados, siendo más frecuentes entre los últimos. Esto se debe, en parte, a que el personal de toda empresa se recluta de entre la población general la que está compuesta también por bebedores problema, los que son difíciles de detectar y, para evitarlo, se requeriría una política de la empresa que los excluyera en el proceso de reclutamiento, la que es muy difícil de implementar, y, en parte, a que personas que pudieron haber ingresado a la empresa como abstemios o bebedores moderados, con el tiempo y las vicisitudes personales, pueden haber aumentado su ingesta alcohólica transformándose en bebedores excesivos y alcohólicos.

Este es un aspecto del problema, otro es que factores relacionados con el trabajo pueden haber hecho que personas que no bebían o lo hacían responsablemente, se transformen en bebedores problemas. Volveremos sobre esto más adelante.

Detallaremos a continuación algunos aspectos relativos a la relación alcohol, trabajo y empresa.

7.5.1. Ausentismo laboral.

Las investigaciones realizadas en diferentes países señalan que el abuso de las bebidas alcohólicas es una importante causa de ausentismo, tanto justificado como injustificado. Entendemos por ausentismo justificado a aquel que está respaldado por una licencia médica y en estos casos, cuando hay problemas relacionados con el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, lo usual es que el diagnóstico oficial no refleje la verdadera causa. Respecto del ausentismo injustificado, es particularmente sospechoso el de los días lunes.

7.5.2. Accidentes del Trabajo.

Esquematisando las cosas, se sabe que los accidentes del trabajo obedecen en un 70% a 80% a factores humanos y el resto guarda relación con causas atribuibles a un medio inseguro. En los factores humanos se sabe que alrededor de la mitad de ellos están relacionados con problemas de salud mental y que el beber problema juega un importante papel entre éstos. Se puede afirmar que el alcohol es la causa principal en alrededor de un 20% del total de accidentes, con lo cual viene a adquirir una importancia similar a la del medio inseguro. De aquí que si se quiere tener una política eficaz para la prevención de los accidentes del trabajo deba considerarse en ella el control de uso irresponsable de alcohol.

7.5.3. Rotación de personal.

Se refiere al movimiento del personal que se produce dentro de una empresa motivado por despidos y contratación de personal nuevo. Esto genera una serie de gastos relacionados con el proceso de captación, selección y capacitación del personal.

Mirado desde la óptica del trabajador, significa pérdida del trabajo, cesantía, búsqueda de un nuevo trabajo, muchas veces con sacrificio del nivel de renta, readaptación, etc., todo lo cual conlleva una cuota a veces muy importante de sufrimiento personal y familiar.

7.5.4. Productividad laboral.

Se ha podido establecer que el bebedor problema tiene una menor productividad, equivalente a alrededor de un 25% de su sueldo y que genera una menor productividad de sus compañeros inmediatos, del orden del 10% de sus sueldos.

Por otra parte, si se considera que el bebedor problema tiene una menor expectativa de vida de alrededor de 10 años;

que son en nuestro medio precisamente los correspondientes a la plena capacidad laboral, se puede estimar que por este concepto se produce una pérdida de 2.400 jornadas de trabajo de la vida útil de cada bebedor problema. Esto en el caso de los hombres, ya que en las mujeres la pérdida es muchísimo mayor. Estas pérdidas de jornadas laborales son fácilmente estimables en términos de menor productividad (o falta de productividad, más bien).

7.5.5. Destrucción de maquinarias y equipos.

Si bien esto no parece debidamente estudiado, cabe deducirlo de las consideraciones sobre accidentes (ver 7.5.2.) y de la mayor torpeza motora que genera el consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

7.5.6. Conflictos laborales y Sindicatos.

Los bebedores problema, generan conflictos de relaciones laborales con los compañeros, con los jefes y con los subalternos. Muchas veces los dirigentes sindicales deben destinar gran parte de su tiempo a la solución de éstos, los que son a menudo indefendibles.

7.5.7. Alcoholismo como enfermedad ocupacional.

Las enfermedades ocupacionales son aquellas adquiridas o causadas de una manera directa por el ejercicio de la profesión y que le produzca incapacidad o muerte art. 7º Ley 16.744. Para su diagnóstico se requiere de dos tiempos: el primero es el de diagnosticar la enfermedad misma y el segundo es el de establecer su relación con el trabajo específico del paciente, es decir, ver si el trabajo juega algún papel causal.

En el caso del alcoholismo hay que establecer si el consumo excesivo de bebidas alcohólicas que es, lo repetimos, la gran causa sin la cual no se produciría la enfermedad, se encuentra o nó ligado o determinado por el trabajo.

Hay trabajos que exigen el consumo de bebidas alcohólicas, tales como el de catador de vinos: en éstos es fácil establecer el papel causal del trabajo y formular el diagnóstico de alcoholismo ocupacional o profesional.

En otras circunstancias el riesgo está dado por factores psicosociales ligados o propios de la situación de trabajo, que son los que inducen al consumo exagerado de bebidas alcohólicas. Entre éstos está la situación de los garzones y la de los **"barman"**, de los vendedores de bebidas alcohólicas, de jefes de relaciones públicas de algunas empresas, de los diplomáticos, etc., cuyo trabajo suele exigirles el consumo de bebidas alcohólicas; también de ciertos trabajadores de empresas vinícolas en las que es indispensable beber en exceso para ser aceptados por los compañeros de trabajo (**"hay que saber tomar champagne para trabajar con champagne"**) o de otros en que las presiones culturales del grupo de trabajo obligan a este consumo: es el caso de los sepulcristas, de los basureros, de mineros, de trabajadores con productos químicos (pintores y otros), etc., en que la costumbre o las supersticiones del grupo establecen que para **"combatir"** los malos olores, etc., hay que beber. En todos estos casos el diagnóstico de lo ocupacional de la enfermedad es más difícil ya que hay que ponderar otros elementos que no es del caso considerar aquí.

7.6. Labor policial y Justicia.

De lo señalado en los puntos 7.1., 7.2. y 7.3., se desprenden algunas de las repercusiones que los problemas relacionados con el consumo excesivo de bebidas alcohólicas tienen en los servicios de mantención del orden público y de administración de justicia.

8. La prevención del alcoholismo y de los problemas relacionados con el consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

COMO bien lo señala el título, no se trata sólo de prevenir la enfermedad sino que todas las consecuencias derivadas del uso irresponsable de las bebidas alcohólicas. La primera, el alcoholismo, debe considerarse como una de las tantas consecuencias de esta última, pero no necesariamente la más importante o la única.

La meta de toda línea o política preventiva está en evitar el consumo excesivo de bebidas alcohólicas (esto es, el que lleva a la ebriedad o embriaguez en cualesquiera de sus grados) o, si lo formulamos positivamente, en crear o desarrollar una conducta responsable frente a este consumo, es decir, que favorezca la abstinencia o su uso moderado.

Para el logro de la meta preventiva hay varias líneas de acción, todas las que deben ser utilizadas o seguidas concomitantemente y que son:

8.1. Control de la producción, distribución y venta de las bebidas alcohólicas.

Se ha demostrado, en todos los lugares en que se ha investigado, que existe una estrecha relación entre la oferta de bebidas alcohólicas y la cantidad de bebedores problema, la mortalidad por cirrosis hepática y otras consecuencias del abuso de ellas. En esta relación influye, también, el precio relativo de estas bebidas, esto es, el precio de ellas en función del ingreso económico familiar.

Recíprocamente, se ha establecido la efectividad de medidas preventivas relativas a la oferta y precio de las bebidas alcohólicas.

De aquí se desprenden las medidas preventivas que se han implementado en diversos lugares del mundo y que tienden a dificultar el acceso a las bebidas alcohólicas. Estas son: limitación de las superficies de cultivos destinados a la pro-

ducción de éstas, fijación y control de cuotas de producción, reglamentación y control de la elaboración y distribución, control de la publicidad, fijación de precios, impuestos especiales, limitación de los lugares y horarios de expendio, etc.

8.2. Control social de consumo excesivo.

Es el conjunto de medidas tendientes a evitar y penalizar la ebriedad o embriaguez. Comprende medidas educativas destinadas a la población general que tienen por meta cambiar conductas en el sentido de sancionar negativamente la ebriedad (ésta es presentada como un hecho negativo que no debe ser aceptado por los miembros de la sociedad) y de evitar la idealización del "curadito" (que hacen tantos humoristas, que está tan aceptada por el público, que es vista como una señal de hombría no siendo más que una debilidad o, muchas veces, señal de la enfermedad alcoholismo). Incluye toda suerte de sanciones penales a los que presentan estado de ebriedad en lugares públicos y es considerada como agravante en los delitos.

El conjunto de estas medidas implica un cambio cultural respecto del consumo de bebidas alcohólicas, que es el gran objetivo de toda política de prevención del alcoholismo y sus problemas, centrada en la educación para la salud.

8.3. Educación para la salud.

En el párrafo anterior anotamos su objetivo pero aquí debemos especificar en qué consiste este cambio.

Es menester señalar y enfatizar inicialmente que bajo ningún concepto se trata de suprimir las bebidas alcohólicas y su consumo. Toda política prohibicionista genera más problemas sociales que los que trata de resolver.

Lo que se pretende es cambiar aquellas conductas que llevan al consumo excesivo de bebidas alcohólicas o que corresponden a este tipo de consumo. Para el logro de esta meta no es suficiente dar información sobre las bebidas

alcohólicas y los riesgos o consecuencias de su consumo inmoderado ni, tampoco, cambiar la actitud que se tenga frente al mismo; lo que requiere es cambiar efectivamente las conductas, lo que a veces no resulta tan fácil. Muchas veces, el proporcionar sólo información se traduce en efectos paradójales de incentivación del consumo, lo que desgraciadamente se ha visto en numerosos programas de prevención del alcoholismo entre los jóvenes.

Para el cambio de conducta, o para la adopción de una conducta adecuada frente al consumo propio y de los demás de las bebidas alcohólicas, se requiere, a más de la información mínima necesaria, el desarrollar motivaciones, dar a conocer y ayudar a formarse un mundo de valores que conduzcan a la adopción de conductas responsables. La responsabilidad frente al consumo de bebidas alcohólicas consiste tanto en abstenerse de ellas como en hacer un uso moderado de las mismas, sin exponerse al estado de ebriedad o embriaguez en el que se pierde la dignidad de persona, el control de la propia conducta y la capacidad de actuar responsablemente.

8.4. Solución de los problemas de salud mental.

Ya señalamos que hay personas que beben movidas por enfermedades mentales o para solucionar problemas de ésta índole. La política preventiva sobre el alcohol consistirá en proporcionarles la oportuna asistencia de salud mental que requiere su estado.

8.5. Utilización sana del tiempo libre.

No hay duda de que en nuestra sociedad el beber es una forma de esparcimiento y de distracción, a veces la única existente para las clases modestas y para la juventud. Es importante, por tanto, crear alternativas para el uso sano del tiempo libre mediante el fomento de los deportes, de actividades sociales y culturales que enriquezcan a la persona.

8.6. Combatir los prejuicios respecto del consumo de las bebidas alcohólicas.

Hay creencias populares equivocadas que inducen o facilitan el consumo excesivo de alcohol, como ser: es señal de hombría, es bueno para combatir el frío, hay que celebrar con alcohol las alegrías y matar las penas, etc. Estas creencias deben ser cambiadas a través de la educación en general y de la educación para la salud en particular, utilizando todas las técnicas educativas y medios audio-visuales de que se dispone en la actualidad.

9. Tratamiento del alcoholismo.

CUANDO se habla del tratamiento del alcoholismo hay que distinguir diferentes aspectos del problema, que suelen confundirse:

- Tratamiento de la ebriedad.
- Tratamiento de la crisis de ingestión de alcohol
- Tratamiento de las complicaciones
- Tratamiento de la patología previa
- Tratamiento del alcoholismo.

9.1. Tratamiento de la ebriedad.

En general, no requiere de tratamiento específico salvo cuando ésta es muy profunda o si hay coma alcohólico. Este consiste en evitar los vómitos y su aspiración (para lo cual se acuesta de costado), controlar periódicamente los signos vitales (pulso, presión, respiración, reflejos) y dar la medicación que aconsejen sus alteraciones, favorecer la diuresis (producción de orina) mediante la abundante administración de líquidos, preferentemente azucarados, y tratar las complicaciones que se pudiesen presentar.

9.2. Tratamiento de la crisis de ingestión de alcohol.

Hay pacientes que no pueden interrumpir solos las crisis de ingestión de alcohol o que, al hacerlo, presentan sintomatología de privación de alcohol de mayor o menor gravedad, la que puede llegar hasta la psicosis alcohólica. En estos casos el tratamiento tiende a sedar al paciente, favorecer el sueño y evitar la aparición de convulsiones, todo lo cual se logra mediante la administración de medicamentos del grupo de las benzodiazepinas (valium o diazepam, librium o clodiazepóxido, amparax o loracepam, etc.). Además, se hace necesario mantener el equilibrio electrolítico (de agua y de sales del organismo) y reponer el déficit de vitaminas, particularmente del grupo B. Cuando aparecen complicaciones (psicosis o locura, infecciones, etc.), es necesario tratarlas.

Habitualmente, puede ser tratada la crisis ambulatoriamente, esto es sin necesidad de hospitalización.

9.3. Tratamiento de las complicaciones.

El tratamiento varía según cuál sea la complicación existente.

Una complicación que conviene destacar es la de las neurosis consecutivas a los conflictos personales, familiares, laborales y sociales en que ha entrado el paciente a consecuencia de su beber excesivo. Si bien son, en general, de buen pronóstico y tienden a la recuperación espontánea después de algunos meses de abstinencia, muchos requieren de ayuda especializada en la forma de psicoterapia y de medicaciones sedantes. Otro tanto ocurre con la desorganización familiar originada por el abuso alcohólico.

9.4. Tratamiento de la patología previa.

Toda patología preexistente al consumo excesivo de bebidas alcohólicas debe ser tratada, pero muy en particular

aquellos problemas de salud mental (neurosis, psicosis, alteraciones de la personalidad) que pueden haber actuado como causas del beber excesivo. En muchos de estos casos se hace necesaria la ayuda del psiquiatra.

9.5. Tratamiento del alcoholismo.

Nos referimos aquí a la condición de ser alcohólico y no a la del bebedor excesivo (que en otros países también es considerado como alcohólico) ya que este último puede ser ayudado y aconsejado para que disminuya sus excesos alcohólicos y beba sin caer nunca en la embriaguez.

Como hemos señalado, el alcoholismo implica un **cambio definitivo** (salvo en muy contadas excepciones que más vale olvidar) e **irreversible del organismo** que hace que en quién lo presenta y bebe se desencadene la incapacidad de detener la ingestión o de abstenerse de alcohol, esto es, se pone de manifiesto la pérdida de la libertad para controlar la cantidad de alcohol que se bebe. Es por esto que **la meta del tratamiento en los alcohólicos es la abstinencia total y definitiva de bebidas alcohólicas.**

Para el logro de esta meta se dispone de tres elementos que son los pilares del tratamiento: la conciencia de enfermedad, el fortalecimiento de la voluntad y medidas de apoyo.

El primero y más fundamental es la **creación de conciencia de enfermedad en el paciente.** Se trata de ayudarlo a que reconozca su condición de enfermo en base a lo que ha sido su historia en relación con el consumo de bebidas alcohólicas, de los síntomas que presenta cada vez que bebe (incapacidad de abstenerse o de detenerse, trago en ayunas, crisis de ingestión de alcohol, fundamentalmente) y de las consecuencias que sus ingestas de alcohol tienen para él, para su familia, para el trabajo y para la sociedad. Al mismo tiempo, y para ayudarlo a esta toma de conciencia, se le proporciona información objetiva acerca de la enfermedad. Esto no es un proceso fácil y algunos alcohólicos deben experimentar aún algunos fracasos más antes de aceptar su condición de enfermo.

Como no basta el reconocerse como enfermo para tomar o aceptar las medidas terapéuticas necesarias ya que el paciente puede, sin embargo, decidir seguir bebiendo por diferentes razones que pueden parecerle válidas o por no tener la voluntad suficiente para abandonar definitivamente el alcohol, **se hace necesario tomar una serie de medidas tendientes al fortalecimiento de su voluntad.** Se trata de ayuda psicoterapéutica tendiente a modificar sus actitudes, a movilizar su voluntad y a desarrollar una fuerte motivación para el abandono de las bebidas alcohólicas. Es muy importante apelar al mundo de los valores, particularmente los religiosos, familiares y sociales. Por otro lado, ayudarlo a obtener satisfacciones en otros campos y en otro estilo de vida que el de la bebida.

En la movilización de la voluntad pueden contribuir poderosamente las presiones familiares (la amenaza de separación o la separación misma por parte del cónyuge, los hijos), laborales (posibilidad o amenaza de pérdida del trabajo), sociales (pérdida de amistades, no aceptación en ciertos medios sociales, etc.) y espirituales (problemas de conciencia, situación de pecado), a la vez que estos mismos elementos pueden proporcionar una ayuda positiva para salir adelante.

Las medidas de apoyo (por parte del médico, de familiares, del trabajo, etc.) ya están, en cierto modo, señaladas en los párrafos anteriores. Ahora nos queremos referir a dos grupos de medidas terapéuticas que contribuyen, en muchos casos, positivamente a la mantención de la abstinencia: los reflejos condicionados aversivos al alcohol y las drogas inductoras de la abstinencia.

Los reflejos condicionados buscan de asociar una sensación desagradable con el olor, sabor e ingesta de bebidas alcohólicas. Para estos efectos se asocia el asco y el vómito (producido por algunas drogas que se administran al paciente), o el dolor producido en el antebrazo por una descarga de corriente eléctrica, con las bebidas favoritas de él. En general, se requiere de 15 a 20 sesiones, a razón de una a dos por día, para el establecimiento del reflejo o respuesta aversiva (de rechazo) al alcohol. Con esto se logra una actitud inicial de rechazo a la bebida alcohólica la que, sin embargo, puede ser

vencida por el sujeto decidido a beber. De aquí que se trate solamente de medidas que ayudan a la voluntad de la persona que quiere dejar el consumo de alcohol.

Las drogas inductoras de abstinencia (el Antabus o disulfirano y la carbimida de calcio) interfieren con el metabolismo (quema) del alcohol y detienen el proceso en la etapa de un producto tóxico, que es el acetaldehído (ver más arriba, en 3.1.), con lo cual se produce en la persona que bebe alcohol una reacción tóxica que es muy desagradable y que puede ser muy grave. Así, quién está tomando estas drogas sabe que no puede ingerir bebidas alcohólicas. De aquí, también, que estas drogas no deben ser dadas a escondidas del sujeto por cuanto esto puede exponerlo a una grave intoxicación.

Para que se produzca el efecto esperado de estas drogas, deben ser administradas durante algunos días (4 a 7) en los que el paciente no debe ingerir bebidas alcohólicas; igualmente, antes de comenzar a tomarlas deben haber pasado algunos días sin haber ingerido alcohol.

Estas drogas deben ser tomadas cotidianamente y por un período de al menos dos años, que es el tiempo que la práctica clínica demuestra como necesario para que el sujeto cambie su estilo de vida y se acostumbre a rechazar las bebidas alcohólicas. No deben existir períodos de "descanso" ni dejar de tomarlas con ocasión de alguna fiesta o compromiso social por miedo a tentarse y tener una reacción de intoxicación: se trata precisamente que las tome para que por ese temor no beba y no recaiga.

Finalmente, deseo señalar que en muchos pacientes se requerirá de más de una medida terapéutica y advertir que la inmensa mayoría, casi la totalidad, de los tratamientos antialcohólicos pueden ser llevados a cabo ambulatoriamente, esto, es sin hospitalización, por lo cual resultan muy económicos.

10. Rehabilitación de los alcohólicos.

LA finalidad de la rehabilitación es ayudar al paciente a recuperar su plenitud o esplendor que se habían visto disminuidos por la enfermedad; implica buscar de restaurar su valía previa a la enfermedad e, incluso, ir más allá.

Su quehacer es distinto al del tratamiento ya que en éste lo que se trata es de hacer desaparecer la enfermedad o sus manifestaciones mientras que en la rehabilitación lo que nos interesa es lo que está sano (las capacidades remanentes) para, en base a ello, devolver su valía y autonomía al sujeto. Como ejemplo, sirva el del accidentado que ha perdido su brazo derecho siendo diestro: el tratamiento consistió en hacer una buena amputación dejando un muñón útil que a futuro pueda servir para una prótesis que supla, en parte, la función del brazo perdido, y en el apoyo psicológico necesario para una madura aceptación de la incapacidad; la rehabilitación se fija en el muñón-útil, se preocupa de la prótesis y de capacitarlo para su aceptación y uso, buscar desarrollar habilidades en el brazo izquierdo para, por ejemplo, escribir, estudia las potencialidades y posibilidades del individuo para capacitarlo laboralmente de modo de que pueda llevar una vida digna y autosuficiente.

En el caso del alcoholismo, la problemática es más compleja por haber factores de salud mental involucrados y porque lo más importante de las alteraciones reside en algo que es intangible, como es lo psicológico, moral y espiritual.

Ordenando la problemática, debemos distinguir en su rehabilitación aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales que deben ser considerados en este proceso. En lo físico se trata de incrementar el nivel de salud en este plano y de desarrollar todas las aptitudes de esta esfera a través de deportes, capacitación laboral, etc. En lo psicológico se busca de aumentar el bienestar, mejorar la imagen o idea de sí mismo y desarrollar las aptitudes existentes mediante la educación, la capacitación, el desarrollo cultural, etc. En lo social está la reorganización y desarrollo de la familia, la realización en un trabajo adecuado, el cambio de amistades y el incremento de la sociabilidad, etc. En lo espiritual, todo lo relativo al mundo de los valores, religión y sentido de la vida.

En la rehabilitación de los alcohólicos juegan un destacado papel organizaciones tales como la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile (Urach), los Clubes de Abstemios y los Alcohólicos Anónimos, con sus organizaciones complementarias como Al-Anon (dirigida a familiares y amigos) y Al-Teen (a los adolescentes).

11. Políticas y Programas de Alcoholismo Laboral.

HAY muchas razones por las cuáles una empresa no puede estar ajena a los problemas del alcohol y alcoholismo que presentan sus trabajadores, de cualquier nivel que éstos sean. Algunas de ellas guardan relación con lo que señaláramos más arriba al hablar de los problemas que se presentan en el trabajo: accidentes, ausentismo, rotación del personal, menor productividad, conflictos laborales, lo que hace que deban ser considerados en la política de **control de pérdidas**. Otras tienen que ver con la función social de la empresa y el sentido del trabajo, esto es, deben estar al servicio de las necesidades de la sociedad y del desarrollo de la persona a través del trabajo, derecho y deber esencial del ser humano.

En lo más específico debe, por una parte, **prevenir y reducir** entre sus trabajadores la incidencia de los problemas relacionados con el alcohol con la finalidad de reducir el sufrimiento personal entre ellos y sus asociados y mejorar la eficiencia de la empresa, lo que la hace ser socialmente responsable y mejora su rentabilidad y la calidad de vida dentro de ella. Por otra parte, contrarresta las críticas de que la compañía contribuye al o ignora el problema y la muestra asumiendo su responsabilidad social.

Para el logro de estos objetivos se hace indispensable que en la empresa haya una **política** definida y clara acerca de estas materias y **programas** a través de las cuáles ésta se materialice.

La política no debe aparecer como impuesta desde arriba sino que tiene que ser el resultado de la inquietud y preocupación de los trabajadores, representados por sus dirigentes sindicales, y de la parte empresarial, representada

idealmente por su gerencia de personal. Debe ser el fruto de un quehacer conjunto y contar con la debida asesoría técnica.

Hay ciertos puntos medulares que deben ser tomados en cuenta en ella y estar explícitos en su formulación escrita.

Estos son:

1º La empresa reconoce que el alcoholismo es una enfermedad que debe ser considerada en el mismo plano que cualquier otra enfermedad física. Esto es, no estigmatiza o marca a quién la padece y el tenerla no es una causal de despido por sí sola.

2º Estimula a que quiénes presentan problemas en relación con su consumo de bebidas alcohólicas den un paso al frente y soliciten ayuda para solucionarlos.

3º Señala que a aquellos trabajadores que presenten problemas en el trabajo y que sean detectados por los supervisores, si éstos sospechan que son debidos a problemas relacionados con el alcohol, se les ofrecerá la posibilidad de ser evaluados diagnósticamente y tratados, acogíendose a la política de la empresa.

4º Asegura su puesto de trabajo a quiénes se acojan a dicha política.

5º Da seguridad de que la política se aplicará por igual a todos los trabajadores de la empresa, independientemente del lugar que ocupen en su jerarquía.

6º Se preocupa de la prevención de los problemas del alcohol y alcoholismo entre sus trabajadores.

También es muy importante señalar que la política de la empresa es una ganancia para el trabajador por cuánto el Código del Trabajo y el Reglamento del Personal de las empresas siempre han contemplado, en Chile, la sanción del despido para quiénes sean sorprendidos en estado de ebriedad dentro de la empresa y diferentes sanciones para el ausentismo ("fallas al trabajo"), la ineficiencia laboral (baja productividad) y los conflictos en el lugar de trabajo. **Con la política se crea una instancia intermedia entre la falta y la sanción:** se reconoce que ésta puede ser causada por problemas relacionados con el abuso de bebidas alcohólicas y se dá al trabajador la oportunidad de tratarse y rehabilitarse allí donde antes existía el despido u otra pena.

Se hace necesario advertir que **la política no significa que un trabajador pueda impunemente llegar ebrio o beber y embriagarse en el lugar de trabajo**, ya que se le aplicarán igualmente las sanciones contempladas en la ley y los reglamentos. Debe, en cambio, aprovechar la oportunidad que se le está dando para acogerse cuanto antes a la política, evitando así la ebriedad y las sanciones que conlleva.

Igualmente, debe comprender el trabajador que debe ser sincero al recurrir a la ayuda que le ofrece la empresa y hacer un serio esfuerzo para rehabilitarse y salir adelante. Es posible que en este proceso recaiga alguna vez y si esto sucede será nuevamente ayudado. No debe pensar, sin embargo, que la política le servirá para librarse de una sanción sin cambiar su conducta y seguir reiteradamente con sus faltas: si esto sucede, se verá expuesto a sanciones.

11.1. El papel del supervisor en la política de alcoholismo laboral.

Entre las múltiples funciones del supervisor, que no detallaremos, figura la de detectar las fallas en el trabajo de sus subalternos, sean éstas ausentismo laboral, menor productividad u otras, y prevenir los accidentes. Su obligación es velar porque se cumplan los fines asignados por la empresa y velar por la disciplina laboral adoptando las medidas que, habitualmente, determina la jefatura o gerencia del personal.

El supervisor sabe que sus subalternos no son máquinas sino personas y que diferentes problemas que los aquejan pueden repercutir en su funcionamiento, entre los que se incluyen los de salud. Para detectar a los trabajadores con problemas hay diferentes indicadores, algunos de los cuales son: ausentismo, particularmente de los días lunes; licencias médicas frecuentes y por enfermedades leves y de difícil comprobación; bajas injustificadas de la productividad; accidentes frecuentes; conflictos con los jefes y con los compañeros; temblores de las manos y cara enrojecida; atrasos frecuentes y ausencias breves o permisos durante el horario de trabajo, etc. Cuando se presentan estos elementos

u otros sospechosos, **el supervisor debe enfrentar a su subalterno** y hacerle ver sus fallas junto con plantearle la exigencia de rectificación de su conducta, escuchar lo que éste tiene que decir, teniendo presente que una de las causas de este mal rendimiento laboral pueden ser los problemas relacionados con el alcohol; debe, además, hacerle ver que en la empresa hay gente especializada dispuesta a ayudarlo (el jefe de personal, la asistente social, el médico de la empresa) y que si sus problemas tienen que ver con el consumo de bebidas alcohólicas, la empresa tiene una política y programas especialmente concebidos para sacarlo adelante y recuperarlo como trabajador eficiente y responsable.

Es conveniente señalar que no se trata que el supervisor haga un diagnóstico de enfermedad o profundice en la problemática del subalterno sino de que solamente detecte las fallas laborales y le plantee las exigencias de su puesto de trabajo haciéndole ver que si no modifica su conducta dentro de la empresa se expone a sanciones, las que pueden incluir el despido. Esta **presión positiva** ejercida por el supervisor es un elemento clave para la recuperación del trabajador ya que le dá una poderosa motivación adicional para que se decida a resolver sus problemas: **la eventualidad de la pérdida del trabajo.**

El supervisor, al igual que el trabajador, debe comprender que esta acción que se espera de él no es para perjudicar al subalterno sino que, muy por el contrario, **una poderosa ayuda al trabajador** que le evitará oportunamente que siga rodando por la pendiente que conduce a la pérdida del trabajo y, finalmente, a la degradación personal, que es la etapa final del alcoholismo.

El supervisor no debe vacilar en aplicar la política de alcoholismo de la empresa, consciente de que es una ayuda al trabajador.

Una vez que el subalterno ha mejorado de conducta o, acogiéndose a la política de la empresa, se ha tratado, el supervisor debe ayudarlo a rehabilitarse y esforzarse porque sus compañeros hagan otro tanto.

De la actitud del supervisor y de su decisión en aplicarla depende el éxito o fracaso de la política de la empresa.

11.2. El papel de la Asistente Social en la política de alcoholismo laboral.

La asistente social de la empresa, en el desempeño de sus labores, termina conociendo bien al personal de ella y sus problemas y a la familia del trabajador, en particular a la de aquellos necesitados de ayuda. Se encuentra colocada en una posición tal que, por su formación profesional, es la conocedora de las agencias de la comunidad a las que se puede recurrir por ayuda, es la orientadora para su uso de los trabajadores y familias, es conocedora de las leyes sociales y de los derechos y deberes de los trabajadores, es una intermediaria natural entre el trabajador, los sindicatos y la empresa. Es decir, está colocada en una situación ideal, por su profesión, para ser la coordinadora y orientadora en una política de alcoholismo laboral.

Conjuntamente con la familia del trabajador con problemas de alcohol, puede intervenir precozmente para convencer a éste para que disminuya sus ingestas alcohólicas o se someta a tratamiento, según corresponda. En general, el trabajador le tiene confianza y vé en ella una persona que está para ayudarlo y que sus problemas serán tratados con la debida privacidad, cautelados por el secreto profesional que ella sabrá guardar.

El supervisor que tiene problemas con un trabajador en que sospecha problemas de salud, particularmente de alcoholismo, u otros, tendrá en ella la consejera adecuada que lo puede orientar acerca de como manejar humanamente el caso.

Los dirigentes sindicales ven en ella una persona que puede ayudarles a comprender y orientar a sus afiliados con problemas, gracias a su discreción y conocimiento.

El nivel gerencial sabe de su idoneidad e independencia profesional, que respeta, y puede recurrir a ella en su afán de

proteger a un capital humano insustituible como son los trabajadores.

Dado lo anteriormente señalado, es ella quién debe asumir un papel central dentro de la política de alcoholismo de la empresa, tanto para ayudar a los trabajadores y familias con problemas como para prevenir la aparición de éstos. Para el logro de estos objetivos debe, entre otras cosas, preocuparse de entregar conocimientos específicos, esto es, de hacer educación para la salud, necesarios para el logro de estos objetivos.

Cuando no se dispone de una Asistente Social o ésta se encuentra recargada de trabajo, será necesario capacitar personal idóneo para que asuma estas funciones.

11.3. Los dirigentes sindicales.

Es su interés natural la promoción del trabajador y la mejora de las condiciones de trabajo dentro de la empresa. Conocen los problemas de sus afiliados y saben por experiencia el tiempo que deben dedicar a defender a los trabajadores con problemas, por el consumo irresponsable de bebidas alcohólicas. Se dan cuenta de las ventajas que representa el que la empresa cuente con una política de alcoholismo y, seguramente, han hecho ver en más de alguna ocasión su necesidad y han colaborado en su elaboración.

Su deber es contribuir a la difusión de esta política, darle su más decidido respaldo y estimular a los trabajadores con problemas para que se acojan a ella, dando el ejemplo, si es el caso.

Sabrán apreciar que ésta es una de sus más valiosas conquistas sociales y se sentirán orgullosos de ella.

11.4. El médico de la empresa.

Es quién está en condiciones de diagnosticar precozmente a los pacientes con problemas en el consumo de

las bebidas alcohólicas aún antes de que aparezcan los problemas en el trabajo. Puede y debe participar en la prevención del alcoholismo, especialmente haciendo y colaborando en la educación para la salud. Es quién está en condiciones de formular el diagnóstico en aquellos casos que le son referidos por acogerse a la política de alcoholismo de la empresa y de realizar u orientar al tratamiento a quienes padecen de esta enfermedad, asegurando posteriormente su seguimiento y, por lo tanto, la mantención de la medicación y de la abstinencia.

Debe capacitarse en materias de alcohol y alcoholismo y formar equipo con quienes trabajan en la implementación de la señalada política.

11.5. El Experto en Prevención de Riesgos Profesionales.

Hemos señalado la relación estrecha que existe entre el alcohol y alcoholismo y los accidentes del trabajo. Igualmente hemos hecho mención de los riesgos psicosociales que pueden existir dentro de una empresa y que pueden conducir a contraer el alcoholismo como una enfermedad profesional. De lo señalado se desprende claramente la necesidad de que este profesional incorpore a su quehacer actividades conducentes a la prevención de los problemas del alcohol y del alcoholismo.

11.6. El nivel directivo superior de la empresa (Presidencia, Directorio, Nivel Gerencial).

A estos niveles les corresponde la aprobación y la difusión de la política de la empresa de modo tal que nadie pueda ignorarla. Al mismo tiempo deben permanentemente poner de manifiesto su compromiso con ella y su interés en que se lleve a cabo tanto para el bien de los trabajadores como de la empresa. También debe velar por su correcta aplicación y evaluarla periódicamente.

11.7. La política, los programas y los trabajadores.

Deben ser los más interesados en la buena aplicación de la política de la empresa y de sus programas y, por tanto, les corresponde brindarle su más decidido apoyo, beneficiándose de la labor educativa que se emprenda en la materia y de la posibilidad que se les brinda, a los que tengan problemas con el consumo de bebidas alcohólicas, de tratarse y rehabilitarse.

Se espera de ellos, además, que brinden la necesaria ayuda a sus compañeros para la prevención de los problemas del alcohol y alcoholismo, para que se decidan rápidamente a acogerse a la política y reciban diagnóstico y tratamiento quienes tienen problemas, y los apoyen decididamente en sus esfuerzos de rehabilitación proporcionándoles la aceptación, estímulo y ayuda que necesiten.

11.8. Los programas.

Traducen la política de la empresa en acciones concretas, es decir, materializan sus intenciones. Los principales son los siguientes.

11.8.1. De prevención.

Son fundamentalmente educativos y van dirigidos a todos los trabajadores de la empresa e irradian a su grupo social y familiar. Sus objetivos y contenidos guardan relación con lo que hemos señalado más arriba (ver 8 y, en particular, 8.3.).

Utiliza como medios las charlas, clases, dinámicas de grupo, folletos, afiches, libros, películas, videos y otros medios audiovisuales.

11.8.2. De diagnóstico y tratamiento precoz.

Abarcan desde la capacitación del supervisor para que detecte precozmente al trabajador con problemas laborales y lo enfrente constructivamente; la acción de la Asistente Social con la familia, los supervisores y el trabajador mismo; la acción de los dirigentes sindicales y los compañeros de trabajo con su oportuna orientación y consejo, hasta la acción del médico de la empresa (u otro profesional de esta disciplina) que formula el diagnóstico e indica el tratamiento adecuado.

11.8.3. De rehabilitación.

Comprende todos los que buscan la reinserción laboral del trabajador, la reestructuración y reconciliación familiar, el buen empleo del tiempo libre, la dignificación y la realización personal, el seguimiento y apoyo de los pacientes.

12. Funcionamiento de la política de la empresa en el trabajador con problemas de alcohol y alcoholismo laborales.

Si bien el trabajador con problemas puede recurrir espontáneamente por la ayuda necesaria para la solución de su problema o hacerlo aconsejado por la asistente social de la empresa (que ha tomado conocimiento de sus problemas por la esposa o por los hijos o compañeros) o por otras personas, lo que aquí nos interesa esclarecer es lo que sucede cuando es el supervisor el que entra en acción.

El supervisor detecta al trabajador que tiene problemas en su trabajo y lo enfrenta constructivamente señalándole sus fallas, haciéndole ver que esta situación no puede continuar así y que en caso de que no modifique su conducta se verá obligado a adoptar con él las medidas o sanciones que contempla el reglamento de la empresa, que si tiene problemas con el alcohol, u otros, puede acogerse a la política de la

empresa y solicitar y recibir la ayuda necesaria. Ejercida esta presión positiva, se abren las siguientes alternativas al trabajador:

12.1. Primera

El trabajador decide no recurrir a la ayuda que le ofrece la empresa pero modifica su conducta y desaparecen sus problemas en el trabajo. En este caso se dá el problema por resuelto y el trabajador evita las sanciones y conserva su trabajo.

12.2. Segunda

El trabajador rechaza acogerse a la política de la empresa, no modifica su conducta y continúan sus fallas en el trabajo. En este caso vuelve a ser enfrentado por su supervisor el que le dá una última oportunidad: en caso de que persista en su misma actitud, se le aplican las sanciones que contempla el reglamento, las que incluyen el despido o pérdida de trabajo.

12.3. Tercera.

El trabajador acepta acogerse a la política de la empresa, recibe la ayuda que se le proporciona, que puede incluir el tratamiento del alcoholismo o de otros problemas de salud o familiares, modifica su conducta, desaparecen sus problemas laborales y mejora su eficiencia y responsabilidad. Se da el caso por resuelto.

En la eventualidad de que hubiera una reincidencia después de esfuerzos razonables por superarse y de un tiempo prudente, se repite el mismo procedimiento.

12.4. Cuarto.

El trabajador se acoge a la política de la empresa como un modo de salvar el empleo pero no lo hace con seriedad ni responsabilidad, manteniendo sus conductas inadecuadas en el trabajo. Vuelve a ser enfrentado por su supervisor sin que se obtenga un cambio razonable en él: entonces se le aplican las sanciones contempladas en el reglamento de la empresa, las que pueden significar la pérdida del trabajo.

12.5. Quinta.

El trabajador ha fingido tener problemas de salud u otros que se comprueba que no son verdaderos: se le aplican las medidas disciplinarias correspondientes a sus fallas en el trabajo.

13. La ebriedad en el lugar de trabajo.

DEBE quedar muy en claro que no se aceptará la ebriedad o embriaguez en el lugar de trabajo y que a quiénes la presenten se les aplicará la sanción del despido.

Va, por tanto, en el interés de los trabajadores evitar esta situación y recurrir oportunamente a la política de ayuda que les ofrece la empresa para no exponerse a la pérdida de su fuente laboral.



Autor.: MUTUAL DE SEGURIDAD .

Título: ALCOHOLISMO-LABORAL

Nº top.: 2031