
EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL: UN RETO PARA LA SALUD LABORAL

JAVIER FERNÁNDEZ-MONTALVO
ENRIQUE ECHEBURÚA

*Departamento de Psicología y Pedagogía
Universidad Pública de Navarra.*

*Departamento de Personalidad, evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Universidad del País Vasco*

RESUMEN

En este trabajo se analiza la relación existente entre el abuso de alcohol y la actividad laboral. Se comentan las tasas de prevalencia del consumo de alcohol entre los trabajadores obtenidas en diferentes estudios y se describen los principales métodos de detección precoz (biológicos y psicológicos), así como las limitaciones de cada uno de ellos. Por último, se revisan los estudios sobre las principales repercusiones del abuso de alcohol en el ámbito laboral.

Palabras-clave: Abuso de alcohol. Trabajo. Métodos de detección. Psicopatología laboral.

ABSTRACT

This paper analyses the relationship between alcohol abuse and labour activity. The prevalence rates about alcohol intake in workers are commented and the main early detection methods (biological and psychological) together with its limitations are described. Finally, studies about work consequences of alcohol are reviewed.

Key words: Alcohol abuse. Labour activity. Methods of detection. Work psychopathology

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo, reconocido como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud en 1948, representa uno de los problemas socioeconómicos y sanitarios más graves del mundo occidental. Una posible explicación radica en que el alcohol constituye una sustancia de fácil adquisición, socialmente aceptada, con una gran tradición cultural -no ajena a los intereses económicos que se mueven en torno a ella- y utilizada en buena parte como motor de las relaciones sociales.

La dependencia del alcohol puede llegar a afectar, según los criterios utilizados, hasta el 5%-8% de la población adulta. Se trata de un trastorno caracterizado por manifestar una dependencia física alta y por presentar numerosos problemas (biológicos y psicológicos) relacionados con la ingesta de esta sustancia (Echeburúa, 1994). Estas dificultades rebasan con creces las derivadas del hábito a la bebida. Las alteraciones de la salud, los trastornos psicopatológicos y los conflictos psicosociales de adaptación a la vida cotidiana constituyen una realidad compleja que requiere un tratamiento adecuado (Echeburúa, 1996).

En los últimos años está cobrando una especial importancia el estudio de la prevalencia y de las consecuencias del alcoholismo -y del consumo de drogas en general- entre la población laboral. No es ajena a ello la existencia de una relación directa entre el consumo excesivo de alcohol y la merma de la capacidad para el trabajo. Sin embargo, todavía hoy en día se percibe una cierta tendencia a considerar que los problemas adictivos no existen -o que su incidencia es mínima- en las empresas. La razón de ello es que, desde el punto de vista de la adaptación al entorno más inmediato, los trabajadores constituyen la parte de la población con una vida más normalizada e integrada.

A pesar de ello, la realidad laboral muestra que efectivamente hay una relación directa entre las conductas adictivas -independientemente de que se trate de adicciones químicas (Cabrero y cols, 1996; Chandía, 1993) o de adicciones psicológicas (Fernández-Montalvo, Báez, y Echeburúa, 2000)- y el déficit en el desempeño profesional. En concreto, el abuso de sustancias psicoactivas provoca una alteración de las principales funciones cognoscitivas del trabajador y, por lo tanto, un menoscabo en la capacidad laboral de las personas afectadas, así como un aumento importante de la probabilidad de accidentes laborales.

Por ello, el objetivo de este artículo consiste precisamente en analizar la prevalencia del alcoholismo -la adicción química de mayor prevalen-

cia en nuestro país- en el ámbito laboral, así como las principales repercusiones del consumo abusivo de alcohol en el rendimiento profesional.

PREVALENCIA DEL ALCOHOLISMO Y DEL ABUSO DE ALCOHOL EN EL TRABAJO

No es exagerado señalar que en nuestro país un elevado número de trabajadores supera los límites deseables de consumo de alcohol. En concreto, un estudio llevado a cabo por iniciativa del sindicato UGT (EDIS-UGT 1987) concluía que el 24% de la población trabajadora bebía más de 75 gramos de alcohol al día, con una gran afectación entre las mujeres y los grupos más jóvenes de edad y que, más específicamente, el 16% presentaba un patrón de bebida de alto riesgo. Igualmente, en el estudio realizado por el Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco (Gobierno Vasco Departamento de Trabajo y Seguridad Social, 1992), un 51% de los trabajadores de esta comunidad podía ser catalogado como bebedor habitual y aproximadamente el 20% del total presentaba problemas derivados del abuso de alcohol.

Desde otra perspectiva, aproximadamente entre el 75% y el 80% de las personas con un problema de alcohol ocupan un puesto de trabajo (Aubá, y Costa, 1989; OIT, 1989, Parker, D.L., Shultz y cols, 1987; Shandeh, 1985). Como consecuencia de estas cifras tan alarmantes -es necesario tener en cuenta las repercusiones del consumo abusivo de alcohol en el trabajador y en su actividad laboral-, han comenzado a desarrollarse diversos estudios epidemiológicos con el objetivo de establecer las tasas reales de prevalencia del alcoholismo en el trabajo (Cabrero y cols 1996; Cirera, Vilalta y Palomero, 1985; Gea y cols; 1996. Girela, 1994; Girela y cols, 1994). En todos ellos se observa unos consumos de alcohol excesivamente altos.

Por citar un ejemplo, en el estudio de Cabrero et al. (Cabrero y cols, 1996), llevado a cabo con 800 trabajadores de una empresa de transportes, se analizaron las consecuencias que la adicción a las drogas provocaba en el ámbito laboral. Desde el punto de vista de la prevalencia, el 8,4% de la muestra eran consumidores excesivos de alcohol.

En otra investigación llevada a cabo recientemente en nuestro país (Gea y cols, 1994), con un grupo de 304 varones dedicados profesionalmente a trabajos relacionados con el mar (pescadores, marinos mercantes, buzos, trabajadores portuarios, etc.), el 77% de la muestra estudiada

consumía habitualmente alcohol. Además, en el 46,42% de los casos el consumo diario de alcohol era, como media, superior a 80 gramos. La tasa aproximada con problemas clínicos explícitos oscilaba entre el 10% y el 14%, dependiendo de las diferentes combinaciones de las pruebas biológicas de diagnóstico utilizadas: la gamma-glutamil-transpeptidasa (Gamma-GT) y el volumen corpuscular medio de los hematíes (VCM).

Estas tasas elevadas de consumo de alcohol coinciden con las obtenidas en otros estudios realizados con muestras de profesiones diferentes: un 14% de alcohólicos entre los empleados de RENFE (Baselga, 1994) o un 7% entre los empleados del Metro de Madrid (Pascual y Ramos, 1990), por citar dos ejemplos más.

En cualquier caso, los excesos en el consumo no son sólo privativos del medio obrero. Si bien la mayoría de los alcohólicos corresponden a trabajadores de niveles ocupacionales y socioeconómicos bajos, la complejidad de la sociedad actual ha extendido los problemas de abuso de esta sustancia a sectores laborales cualificados, como empresarios, pilotos, profesionales liberales, profesores, personal sanitario, etc. (Echeburúa, 1996). Lo que ocurre es que el problema del alcohol puede permanecer camuflado durante más tiempo en las clases sociales más altas, en las que la alimentación suele ser mejor y las exigencias laborales (especialmente de esfuerzo físico) menos rigurosas.

En algunas profesiones, como los trabajadores de la hostelería, los vendedores, los mineros, los agricultores, los marineros, etc., se dan con más frecuencia los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Las motivaciones son, sin embargo, distintas. En algunas ocasiones el alcohol puede funcionar como un facilitador del trabajo, como en el caso de los vendedores o de los artistas cuando actúan en público; en otras, el alcohol actúa como un reductor de la tensión, como en el caso de profesiones con mucha responsabilidad (pilotos, policías, empresarios, militares, etc.), o como un modo de superación del estrés o del aburrimiento (en prostitutas, por ejemplo); y en otras, por último, puede ser una forma de hacer frente a la soledad o a al aislamiento, como ocurre en el caso de profesiones solitarias (fareros, pastores, escritores, etc.) o que obligan a las personas a vivir lejos del entorno familiar con destinos temporales (jueces, militares, policías, etc.). El riesgo es mayor cuando se trata de personas solteras o divorciadas y el nivel de ingresos es satisfactorio (Echeburúa, 1996).

En concreto, existen determinados trabajos que facilitan el consumo abusivo de alcohol (Gobierno Vasco, 1996):

- a) Profesiones en las que se mezcla el tedio cotidiano de determinadas funciones con una gran tensión en momentos concretos. En ellas, a largos períodos de inactividad como el estar de guardia, se une la incertidumbre de sucesos con alto riesgo, como las profesiones relacionadas con la seguridad: bomberos, policías, seguridad privada, etc.
- b) Profesiones que implican una intensa vida social, como es el caso de las referidas a las relaciones públicas o a las ventas (Fernández Montalvo y Garrido, 1999).
- c) Profesiones en relación directa con el consumo de alcohol. En estas circunstancias el abuso está favorecido por la cercanía, como en el caso de los empleados de hostelería.
- d) Profesiones especialmente desagradables y/o trabajos mal considerados socialmente, como es el caso de los basureros, los poceros, los empleados de cementerios, etc.
- e) Profesiones con un desarraigo familiar (jueces, militares, políticos, etc.) o con un régimen irregular de horarios (enfermeras, pilotos, azafatas, etc.), en que el cansancio y la superación del sueño constituyen un reto. En estos casos el riesgo del abuso de estimulantes (anfetaminas y cocaína), frecuentemente mezclados con alcohol, es alto.
- f) Ocupaciones en las que, si bien no se tiene por qué producir un mayor consumo de alcohol o drogas, el hecho de que se abuse es especialmente perjudicial, como es el caso de las personas que trabajan con sustancias tóxicas.

En otras ocasiones son las condiciones materiales u organizativas del trabajo las que pueden repercutir en el abuso de alcohol. Es el caso de determinados sistemas de turnos, de actividades desarrolladas al aire libre que suponen un gran esfuerzo físico y el enfrentamiento a condiciones meteorológicas hostiles, o de trabajos en lugares cerrados, pero con ambientes de excesivo ruido, polvo, calor, etc. Así, el consumo de alcohol también es más alto que lo normal en obreros de la construcción o en trabajadores de industrias como las herrerías, las forjas o los altos hornos.

También, desde otra perspectiva, hay que tener en cuenta otra serie de aspectos que influyen en la salud mental de los trabajadores y que pueden facilitar el recurso al consumo de sustancias psicoactivas. Dentro de este cúmulo de factores destaca, entre otros, la eventualidad en el puesto de trabajo, con los sentimientos de incertidumbre y de inseguridad respecto al futuro que comporta. Además, los trabajadores eventuales están,

en general, en una posición subordinada en la jerarquía, con escasas posibilidades de promoción y, habitualmente, con remuneraciones más bajas. Todo ello provoca una sensación de malestar y de insatisfacción con el trabajo, que se convierte en un elemento que puede favorecer el uso de drogas (Valdenebro y cols, 1993).

MÉTODOS DE DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL TRABAJO

Una característica del alcoholismo, compartida con el resto de las conductas adictivas, es la tendencia por parte del sujeto a negar la existencia del abuso de alcohol. Ello dificulta considerablemente la detección temprana de un posible consumo problemático, así como la prevención de las consecuencias negativas del mismo en el trabajo. De hecho, es relativamente habitual que sean las propias repercusiones laborales negativas -y no la consulta explícita del paciente- las que alerten a los servicios médicos de empresa sobre la posible existencia de un problema de alcoholismo.

No obstante, existen diferentes métodos eficaces para la detección del consumo de alcohol en el trabajo. A continuación se describen brevemente los más utilizados en el medio laboral.

Métodos biológicos

Los exámenes periódicos en los servicios médicos de la empresa proporcionan un método eficaz de detección (García, 1994). Existen una serie de procedimientos fisiológicos que clásicamente denotan la presencia de un consumo excesivo de alcohol. Entre ellos, destacan las pruebas de alcoholemia y los marcadores biológicos, así como la exploración física.

a) Pruebas de alcoholemia

Las pruebas de alcoholemia se utilizan para detectar la presencia de alcohol en los fluidos corporales: orina, sangre, sudor, saliva o aliento. De todos ellos, la concentración de alcohol en la sangre constituye la forma más objetiva y fiable para evaluar la intoxicación etílica (Cabrero y Luna, 1999). Por este motivo, la determinación de alcohol en los líquidos corporales tiene sus

propias pautas (Cabrero y cols, 1994; Lewis y Paton, 1981; Malka y cols, 1988; Ameille y cols, 1989.). Así, el alcohol en aire espirado, por ejemplo, es útil para conocer en un momento puntual y de modo orientativo el grado de impregnación etílica, pero no la adicción. El alcohol en aire espirado sería la prueba de detección y el alcohol en sangre la de confirmación. Esta última debe realizarse siempre que la primera sea positiva.

No obstante, la eficacia de este tipo de procedimientos se ve mermada debido a que el período de detección del alcohol en el organismo oscila entre las 3 y las 24 horas posteriores a su consumo. Por ello, ante un resultado positivo sólo se puede conocer la existencia de un consumo reciente, pero no de un consumo crónico, dependiente o abusivo (Cabrero y Luna, 1999; Cabrero y cols, 1994; Chevalier y Lambrozo, 1988).

b) Marcadores biológicos

Debido a estas limitaciones, resulta especialmente importante el desarrollo de métodos de detección que abarquen períodos temporales más extensos y sean reflejo de una dependencia alcohólica. En este sentido, se cuenta con diversos marcadores biológicos que reflejan, en su mayoría, el funcionamiento hepático y que han mostrado ser muy útiles para el despistaje precoz de la enfermedad alcohólica. Entre ellos, destacan el volumen corpuscular medio (VCM), la gamma-glutamyl transpeptidasa (GGT), la aspartato aminotransferasa (ASAT), la alanino aminotransferasa (ALAT) y, más recientemente, la transferrina deficiente en carbohidratos (CDT). Asimismo, también se pueden utilizar los cocientes entre varias de ellos (Cabrero y cols, 1994).

Por otra parte, desde una perspectiva menos específica, los niveles de glucemia, de colesterol total, de ácido úrico o de triglicéridos también constituyen indicadores de un posible consumo excesivo de alcohol.

En cualquier caso, tanto unos como otros se recogen habitualmente en los exámenes analíticos ordinarios y la alteración en alguno de ellos es orientativa de una dependencia alcohólica. De hecho, la asociación de tres de estos parámetros alterados indica, casi siempre, la presencia de un alcoholismo crónico (Cabrero y cols, 1994, Ameille y cols, 1989; Olazabal, 1992; Vives, 1988; Le Gô, 1972).

Sin embargo, los marcadores biológicos también adolecen de limitaciones importantes. En concreto, se trata en su mayor parte de pruebas de enfermedad hepática y no de marcadores específicos para establecer la dependencia alcohólica. Por ello, pueden elevarse también en múltiples

procesos patológicos (obesidad, diabetes, pancreatitis, insuficiencia cardíaca, traumatismos graves, etc.). De esta forma, la alta sensibilidad de estos marcadores se acompaña de una baja especificidad. Por lo tanto, aunque pueden alertar de un consumo excesivo de alcohol, es conveniente descartar otras patologías.

c) Exploración física

Por último, la exploración física debe orientarse también a confirmar la presencia de los signos externos que son reveladores de una dependencia al alcohol: el enrojecimiento de la cara y de las zonas expuestas a la luz (mejillas, nariz y manos), el temblor de manos, especialmente por la mañana, la lengua sucia (blanca) y el enrojecimiento de las conjuntivas (Echeburúa, 1996). En las *tablas 1 y 2* se presentan los principales signos y síntomas de la intoxicación alcohólica aguda y del síndrome de abstinencia al alcohol, que deben explorarse cuando se sospecha la existencia de un problema de este tipo.

TABLA 1
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA AGUDA

SIGNOS
<ul style="list-style-type: none">• Aliento alcohólico• Marcha inestable• Descoordinación de los movimientos• Lenguaje farfullante• Vértigos• Vómitos• Temblor• Disminución del nivel de conciencia
SÍNTOMAS
<ul style="list-style-type: none">• Pensamiento enlentecido• Euforia o depresión

- Deterioro de la memoria reciente
- Labilidad emocional: sollozos o risas
- Irritabilidad
- Verborrea

TABLA 2
SÍNDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL

SIGNOS

- Temblor de manos
- Taquicardia
- Sudoración
- Convulsiones
- Náuseas
- Calambres en las piernas

SÍNTOMAS

- Ansiedad
- Ideas delirantes de persecución o de celos
- Desorientación espacio-temporal
- Alucinaciones visuales

Algunos de estos signos externos están de hecho incluidos en el Test de Le Gô (González y cols, 1991). Este instrumento, diseñado inicialmente con el objetivo de detectar el alcoholismo en los ferroviarios franceses, es, en la actualidad, uno de los más utilizados en la detección del alcoholismo en el medio laboral en general (Cabrero y cols, 1996). El Test de Le Gô (González y cols, 1991) se basa en la constatación de los llamados síntomas menores del alcoholismo. Una puntuación igual o superior a 12 indica que el sujeto es dependiente del alcohol. La semiología que recoge el Test de Le Gô, junto con la puntuación correspondiente, figura descrita en la *tabla 3*.

TABLA 3
SEMIOLÓGÍA Y PUNTUACIÓN DEL TEST DE LE GÔ

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PUNTUACIÓN
Aspecto de la cara	0 - 5
Aspecto de las conjuntivas	0 - 5
Aspecto de la lengua	0 - 5
Temblores en la lengua	0 - 5
Temblores en la boca	0 - 5
Temblores en la mano	0 - 5
Síntomas neurológicos (insomnio, pesadillas, alteraciones del carácter y alteraciones del humor)	0 - 3
Síntomas digestivos (pirosis, náuseas, meteorismo, dispepsias, anorexia)	0 - 3
Síntomas musculares (calambres, astenia, adinamia, parestesias)	0 - 3
Palpitación hepática	0 - 3
Obesidad	0 - 3
Tensión sistólica	0 - 3

Autoinformes

Otra forma de evaluación en el ámbito laboral de los problemas con la bebida es a través de los autoinformes. Se trata, en su mayor parte, de

cuestionarios que tienen como finalidad la detección precoz del consumo abusivo de alcohol, así como el diagnóstico de confirmación en un contexto clínico. Un aspecto importante a tener en cuenta es la tendencia de muchos afectados a distorsionar las contestaciones, lo que obliga a tener cautela con los resultados de estas pruebas (Hayfield y cols, 1974). A pesar de ello, se han aplicado algunos de estos cuestionarios en el ámbito laboral -el CAGE, por ejemplo (Girela y cols, 1994)-, pero parecen ser más útiles cuando se combinan con pruebas biológicas.

Entre los principales cuestionarios susceptibles de ser utilizados en el medio laboral, y validados en España, destacan el Cuestionario de Alcoholismo CAGE (Babor y cols, 1989), el Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso de Alcohol (AUDIT) (34), este último patrocinado por la Organización Mundial de la Salud, y el Cuestionario Breve de Alcoholismo (CBA) (Feurlein, 1977), como instrumentos de identificación temprana, y el Test de Alcoholismo de Múnich (MALT) (Rodríguez-Martos, 1999), como instrumento de confirmación diagnóstica. Un resumen de las principales características de todos ellos figura en la *tabla 4*.

TABLA 4
CARACTERÍSTICAS DE LOS PRINCIPALES CUESTIONARIOS
DE EVALUACIÓN DEL ALCOHOLISMO

CUESTIONARIO	NÚMERO DE ÍTEMS	RANGO	PUNTO DE CORTE
CAGE (Hayfield et al., 1974)	4	0 - 4	2
AUDIT (Babor et al., 1989)	10	0 - 40	8
CBA (Feurlein, 1976)	22	0 - 34	4
MALT (Feurlein, 1977)	26	0 - 54	11

Respecto a los instrumentos de identificación temprana, el CAGE revela ya una dependencia, mientras que el CBA o el AUDIT son más sensi-

bles para detectar un consumo abusivo que no sea aún reflejo de una dependencia.

En general, los autoinformes, sobre todo cuando están estructurados en forma de variables psicoconductuales, son más sensibles para detectar el comienzo de una adicción que los marcadores biológicos (OIT, 1986).

Métodos sociolaborales

Una adecuada combinación entre los marcadores biológicos y los autoinformes, junto con una entrevista acerca de las pautas de consumo en días laborables y en días festivos -contrastada, cuando ello es posible, con la pareja del paciente-, puede ser suficiente para la detección de los problemas relacionados con el alcohol entre la población laboral. No obstante, en determinadas ocasiones ambos métodos pueden mostrar deficiencias en la identificación de los trabajadores que abusan del alcohol. Como ya se ha señalado anteriormente, los marcadores biológicos no son sensibles en todas las personas con problemas de alcohol, especialmente en las más jóvenes o con historia de abuso más reciente, y los cuestionarios y las entrevistas fallan en aquellas situaciones en las que la persona explorada presenta actitudes defensivas, como ocurre en el medio laboral.

Ante estas limitaciones -muchas veces minimizadas por el conocimiento diario del trabajador en los servicios médicos de empresa-, no se debe olvidar el análisis cuidadoso de las múltiples repercusiones sociolaborales que el abuso de alcohol provoca en el trabajador (bajo rendimiento laboral, absentismo injustificado o accidentes de trabajo, entre otras). Como señalan Cabrero y Luna (Cabrero y cols, 1994), la presencia de alguna de ellas constituye un indicador indirecto de la posible existencia de una conducta adictiva. En la *tabla 5* se señalan algunos signos de alcoholismo detectables en el trabajo.

TABLA 5
SIGNOS DE ALCOHOLISMO DETECTABLES EN EL TRABAJO
(Valdenebro et al., 1993, modificado)

-
- Disminución de la productividad
 - Empeoramiento de la calidad del trabajo
 - Desperfectos en el material utilizado
 - Irregularidad en el ritmo de producción
 - Retrasos o ausencias del trabajo

- Ausencias repetidas por enfermedades menores
 - Accidentes frecuentes
 - Cambios de humor
 - Cambios de la actitud hacia el trabajo
 - Cambios en el comportamiento general
 - Acumulación de problemas
 - Críticas a los superiores y a los compañeros
 - Evitación de los encuentros con los superiores
 - Aumento del tono de voz
 - Petición de anticipos o de préstamos
 - Ebriedad ocasional
-

En este sentido, ciertas empresas han abogado por establecer programas de asistencia a los empleados. Se trata, en su mayor parte, de iniciativas motivadas por razones económicas, pero que plantean una alternativa a los modelos punitivos clásicos, caracterizados por apartar al trabajador con problemas de alcohol mediante diferentes métodos (Cabrero y cols, 1994): incapacidad, excedencia, sanción, cese pactado, despido, etc. Este tipo de programas de lucha contra el alcoholismo se basa en detectar, por parte de los mandos intermedios, a trabajadores con una baja productividad laboral y, posteriormente, confirmar la existencia de un problema de alcohol. En estas iniciativas se exige un compromiso por parte de la empresa, en concreto que asegure el carácter confidencial y la ausencia de represalias o sanciones mientras el empleado siga el tratamiento recomendado (Aubá, 1989; Shahandeh, 1985). Asimismo, para llevar a cabo este tipo de programas sin levantar sospechas de actitudes punitivas es necesaria la implicación de todos los estamentos representativos de la empresa (dirección, sindicatos y trabajadores), que serán los encargados de la detección de los trabajadores con problemas relacionados con el alcohol, así como del posterior envío de los mismos a los servicios médicos de la empresa (García, 1994).

A pesar de resultar interesantes este tipo de programas, tanto en lo que se refiere a la detección de los problemas de abuso de alcohol, como a su solución en el propio contexto laboral, no se dispone de estudios rigurosos acerca de los resultados de los mismos. Se trata únicamente de informes emitidos por las empresas, pero que reflejan la utilidad de estas medidas. En concreto, en EE UU, según la corpora-

ción General Motors, hay un ahorro de cerca de 4.000 dólares anuales por cada empleado que se integra en su programa de asistencia laboral. Según los datos proporcionados por la Firestone Tire and Rubber Corporation, las jornadas laborales perdidas, después del tratamiento, se reducen a la mitad (Chandía, 1993). Si bien es cierto que estas cifras reflejan el sentido económico de este tipo de programas, no se deben olvidar las importantes implicaciones positivas de los mismos en el ámbito laboral, familiar y social, que reflejan, en definitiva, una mejora en la salud de los trabajadores afectados por el consumo excesivo de alcohol u otras drogas.

En cualquier caso, la detección de los problemas relacionados con el alcohol a través de los indicadores laborales -disminución del rendimiento, accidentes de trabajo y absentismo, principalmente- hace necesario el conocimiento exhaustivo de las repercusiones que el consumo abusivo de alcohol provoca en el desempeño profesional.

REPERCUSIONES LABORALES DEL ALCOHOL EN EL TRABAJO

Las consecuencias del consumo excesivo de alcohol en el ámbito de la empresa son numerosas e importantes: desajuste e inestabilidad laboral; incremento del absentismo; aumento de accidentes, sanciones y despidos; incapacidad laboral; disminución de la productividad; deterioro del ambiente de trabajo -según la OIT (Cabases y cols, 1986), el 80% de los problemas de personal están ocasionados por los trabajadores con problemas adictivos-; y, finalmente, una mala imagen de la empresa, entre otras. Todo ello ha llevado a que en los últimos años se hayan comenzado a desarrollar estudios específicos dirigidos al análisis de las repercusiones concretas del alcohol en el trabajo. En realidad, las consecuencias laborales surgen antes que los desajustes familiares, sobre todo cuando la persona afectada realiza un trabajo de precisión o de responsabilidad. La familia suele tener un mayor grado de tolerancia respecto al consumo abusivo de alcohol. Lo que lleva frecuentemente al sujeto al tratamiento son los problemas laborales y económicos suscitados por la dependencia del alcohol.

Según un estudio realizado en el País Vasco (Estévez, 1982), durante el año 1984 se llegaron a producir un total de 934.419 jornadas laborales perdidas como consecuencia del abuso de alcohol, lo cual representó un coste económico estimado en más de 7.221 millones de pesetas. En el

estudio de Cabrero et al. (Cabrero y cols, 1996), con una muestra de 800 trabajadores de una empresa de transportes, el absentismo por enfermedad común era el doble entre los consumidores excesivos de alcohol que en el resto de la plantilla. En esta misma línea, según Malka et al. (Ameille y cols, 1989), las ausencias por enfermedad eran cuatro veces superiores entre los consumidores de alcohol. Unos resultados similares se han encontrado también en otros estudios (Fernández-Felgueroso y cols, 1981; Santodomingo, 1983; Arrekoetxea y cols, 1995), pero no se han confirmado en otros (Brodsky; 1996).

En cualquier caso, una posible explicación de las altas tasas de absentismo encontradas en estos estudios radica en la incidencia directa del consumo abusivo de alcohol en el rendimiento profesional. En un principio las "resacas" pueden impedir a una persona acudir al trabajo; posteriormente, es el propio deterioro físico y mental producido por el alcoholismo lo que impide a un sujeto llevar a cabo un rendimiento adecuado (Echeburúa, 1996).

Por otra parte, una conclusión que también se repite insistentemente en todos los estudios es el aumento espectacular de los accidentes de trabajo entre las personas que abusan del alcohol (Cabrero y cols, 1996; EDIS-UGT, 1987; Ameille, 1989; Fernández-Felgueroso y cols, 1981; Santodomingo, 1983; Arrekoetxea y cols, 1995). En concreto, la accidentabilidad laboral (incluida en ella la provocación involuntaria de accidentes) es casi tres veces superior a la de otros trabajadores, con unos costes por accidente asimismo muy elevados. Un dato significativo es que del 15% al 40% de los accidentes de trabajo que ocurren en España están producidos directa o indirectamente por el consumo excesivo de alcohol.

La mayor accidentabilidad laboral se explica de la siguiente forma: el alcohol produce una sensación de falsa seguridad, una lentitud de reflejos y, en último término, una lentitud de respuesta ante el peligro. Todo ello, junto con la mayor probabilidad de implicarse en conductas temerarias, aumenta considerablemente el riesgo de accidentes laborales (Echeburúa, 1996).

En suma, los alcohólicos pierden por término medio 45 días al año de trabajo y el triple de días por enfermedades comunes que el resto de los trabajadores. Además, estos trabajadores presentan una inadaptación laboral general, que se manifiesta en el incumplimiento de horarios, el mal rendimiento en el trabajo, las recriminaciones de los jefes por un inadecuado funcionamiento, etc. Todo ello lleva a conflictos en las relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo y a una inestabili-

dad laboral, caracterizada por un cambio frecuente de puestos de trabajo, de empresa y hasta de profesión.

El resultado final es la degradación laboral, que se traduce, en concreto, en despidos, estancamiento en el trabajo, pérdida de categoría, etc., y, en último término, en la incapacitación laboral, resultado, a su vez, de la existencia de enfermedades de origen alcohólico que impiden el desempeño profesional habitual. Esta degradación en el trabajo contribuye a agravar las situaciones personales y familiares (Echeburúa, 1996).

Desde otra perspectiva, no se debe olvidar que el consumo de alcohol afecta directamente en aquellas profesiones que implican la conducción de un vehículo (grúas, autobuses, camiones, etc.) (tabla 6).

TABLA 6
TASA DE ALCOHOLEMIA Y EFECTOS EN LA CONDUCCIÓN
(Echeburúa, 1996)

TASA DE ALCOHOLEMIA	NIVEL DE GRAVEDAD	EFECTOS
De 0,5 a 0,8	Zona de alarma	Pocos efectos aparentes. Tiempo de reacción más lento. Reacciones motrices perturbadas. Euforia del conductor.
De 0,8 a 1,5	Conducción peligrosa	Reflejos cada vez más perturbados. Embriaguez ligera pero aparente. Disminución de la vigilancia.
De 1,5 a 3	Conducción sumamente peligrosa	Embriaguez neta. Vista doble. Actitud titubeante.
De 3 a 5	Conducción imposible	Embriaguez profunda

En concreto, con una tasa de alcoholemia de 0,2 gramos de alcohol en sangre el 20% de los conductores acusa una cierta disminución de reflejos y el riesgo de accidente mortal se multiplica por 1,45. Hasta 0,5 gramos -límite máximo permitido por varios países, recomendado por la Asociación Médica Americana y hacia el que tiende la Unión Europea- comienzan a apreciarse de forma incorrecta las distancias y las velocidades. Por ello, el riesgo de provocar un accidente mortal se multiplica por 2,53. Con una tasa de 0,8 gramos la euforia es grande, con una sensación de rendimiento mejorado, y se alargan claramente los tiempos de reacción del conductor. Las alteraciones específicas más frecuentes son las siguientes: el ancho de los arcones se ve en una magnitud diferente de la real; la percepción sufre desajustes; los adelantamientos se hacen a destiempo; y, por último, las decisiones tienden a ser inapropiadas. Por todo ello, el riesgo de accidente mortal se multiplica por 4,42. Finalmente, con una tasa de 1,4 gramos la embriaguez se pone de manifiesto y la conducción es claramente temeraria: el riesgo de un accidente mortal se multiplica por 16.

CONCLUSIONES

El consumo de alcohol de forma abusiva constituye uno de los principales problemas en nuestra sociedad. El ámbito laboral no es ajeno a este hecho, puesto que una gran parte de las personas con problemas relacionados con el abuso de alcohol ocupan un puesto de trabajo. De hecho, se han comenzado a detectar de forma sistemática un amplio número de repercusiones laborales negativas en este tipo de sujetos.

Por todo ello, en los últimos años se ha producido un aumento importante, aunque todavía insuficiente, de estudios dirigidos al análisis minucioso de esta problemática, que forma parte de la denominada psicopatología laboral (Valdenebro y cols, 1993; Cabral, 1988; Fernández-Montalvo, 1998). Sin embargo, la principal deficiencia con la que se cuenta hoy en día radica precisamente en la detección precoz -y, por lo tanto, preventiva- de las personas afectadas por esta situación.

En concreto, los marcadores biológicos del consumo de alcohol (gamma GT y volumen corpuscular medio, principalmente) ven mermada su efectividad en la detección de la dependencia al alcohol debido a la posible influencia de otras patologías médicas, así como en aquellos casos que no presentan una enfermedad hepática asociada.

Desde la perspectiva de las entrevistas y los autoinformes, los principales cuestionarios utilizados en el ámbito de la detección del alcoholismo son más sensibles, pero tampoco ofrecen una solución clara. La negativa de las personas afectadas a reconocer su situación, así como la fuerte resistencia para buscar ayuda por un problema relacionado con el alcohol, limitan la fiabilidad de sus respuestas a los mismos. Además, esta limitación aumenta aún más en el contexto laboral, debido a la mayor presión existente y al miedo a sufrir represalias o sanciones.

En cualquier caso, hoy por hoy parece necesaria la utilización de ambos tipos de pruebas (marcadores biológicos, por un lado; entrevistas y autoinformes, por otro), que, de forma combinada y junto con la entrevista clínica, pueden aumentar su fiabilidad. Asimismo, no se debe olvidar el análisis cuidadoso de las repercusiones más frecuentes que el consumo de alcohol provoca en el desempeño profesional. Ello constituye un método laboral complementario para la detección de los problemas relacionados con el alcohol.

Desde la perspectiva de las consecuencias en la actividad profesional, el absentismo y los accidentes laborales destacan como principales repercusiones del consumo de alcohol. Ambas coinciden con las derivadas del abuso de drogas en general (Cabrero y cols, 1996). En el caso de las adicciones psicológicas, en un estudio llevado a cabo con 121 jugadores patológicos (Fernández-Montalvo y cols, 2000), el absentismo laboral (en forma de ausencias injustificadas, de impuntualidad o de bajas por enfermedad, principalmente) se configuraba también como principal consecuencia negativa.

Además, el consumo de alcohol provoca un mayor desajuste e inestabilidad laboral, así como una disminución importante de la productividad. Todo ello genera un deterioro del ambiente de trabajo y, en último término, una mala imagen de la empresa.

Ante esta situación, algunas empresas han comenzado a establecer programas de asistencia a los empleados, con el objetivo de proporcionar una solución a los problemas de abuso de alcohol en el propio contexto laboral y mejorar, así, la producción de los trabajadores afectados. Los beneficios de estas iniciativas son, entre otros, la reducción de costes, la disminución del absentismo y de las horas perdidas, la reducción de los accidentes y, en consecuencia, de las indemnizaciones, la disminución de los conflictos laborales, el menor número de despidos, el aumento de la productividad y la mejora de las relaciones entre los compañeros (García, 1994). Sin embargo, no se dispone de resultados fiables acerca de la efi-

cacia de estas intervenciones. En cualquier caso, los servicios médicos de empresa ocupan un lugar idóneo para la realización de actividades preventivas dirigidas a la población laboral. En concreto, el contexto laboral puede configurarse como un medio adecuado para la identificación temprana, el tratamiento y la rehabilitación de personas con problemas de abuso de alcohol.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ameille, J., Brochard, P., Conso, F., Efthymiou, M.L., Proteau, J. y Rax, A. (1989). Médecine du travail et toxicomanies: á propos du dépistage urinaire des drogues. *Archives du Malalties Professionals*, 50, 675-677.
- Aubá, J. y Costa, J. (1989). Alcohol y población laboral. *Medicina Clínica*, 92, 658-660.
- Aurrekoetxea, J.J. y Echenagusía, V.M. (1995). ¿Es el consumo de alcohol un indicador de riesgo del accidente de trabajo y del absentismo por enfermedad?. *Mapfre Medicina*, 6, 113-120.
- Babor, T., De la Fuente, R., Saunders, J. y Grant, M. (1989). AUDIT: *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care*. World Health Organization. Programme on Substance Abuse. WHO/PSA/92.4.
- Baselga, M. (1980). *Problemes laborals de l'alcoholic. Contribució de la Medicina de Treball a sa prevenció i rehabilitació*. Barcelona. Generalitat de Catalunya.
- Brodsky, C.M. (1996). The psychiatry of work. *Occupational Medicine*, 11, 685-698.
- Cabases, J.M., Herrero, E. y Puente, L.M. (1986). *Costes del absentismo laboral por abuso de alcohol en la Comunidad Autónoma Vasca*. Vitoria. Gobierno Vasco. Serie de drogodependencias, 7.
- Cabral, C.A. (1988). Psicopatología del trabajo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de America Latina*, 34, 237-242.

- Cabrero, E. y Luna, A. (1999). Determinación de alcohol y drogas en la empresa. *Revista Española de Drogodependencias*, 24, 3-16.
- Cabrero, E., Barrios, I., Osuna, E., Luna del Castillo, J.D., Jiménez, M.C. y Luna, A. (1996). Detección del bebedor excesivo en el medio laboral mediante el Test de Le Gô. *Adicciones*, 8, 321-329.
- Cabrero, E., Osuna, E., Luna del Castillo, J.D., Jiménez, M.C., Blanco, A. y Luna, A. (1996). Consecuencias de las drogodependencias en el mundo laboral. *Adicciones*, 8, 419-428.
- Cabrero, E., Osuna, E., Luna del Castillo, J.D., Jiménez, M.C., Box, M. y Luna, A. (1994). Estudio de un muestreo de alcohol exhalado en aire alveolar en una población de la Red Nacional de los Ferrocarriles Españoles. *Adicciones*, 6, 15-22.
- Cirera, E., Vilalta, J. y Palomero, E. (1985). Alcoholismo en el hospital general. Estudio epidemiológico. *Medicina Clínica*, 85, 96-98.
- Chandía, R. (1993). ¿Qué hacer con el alcoholismo y drogadicción en la empresa?. *Seguridad en Acción*, 46, 20-22.
- Chevalier, A. y Lambrozo, J. (1988). Coût médico-social des complications de l'alcoolisme dans une grande entreprise. *Archives du Malalties Professionals*, 49, 77-83.
- Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid. Fundación Universidad-Empresa.
- Echeburúa, E. (1996). *El alcoholismo*. Madrid. Aguilar.
- EDIS-UGT (1987). *Drogodependencias*. Madrid. Torreblanca.
- Estévez, J. (1982). La realidad del alcoholismo en un servicio médico de empresa. *Medicina de Empresa*, 16, 101-147.
- Fernández-Felgueroso, E., Torcida, I. y Rodero, B. (1981). Alcoholismo y sociedad. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 55, 1277-1294.

- Fernández-Montalvo, J. (1998). Los trastornos psicológicos derivados del trabajo: hacia un psicopatología laboral. *Clínica y Salud*, 9, 607-620.
- Fernández-Montalvo, J. y Garrido, E. (1999). *Psicopatología laboral. Trastornos derivados del trabajo*. Pamplona. Servicio de Publicaciones de la Universidad Pública de Navarra.
- Fernández-Montalvo, J., Báez, C. y Echeburúa, E. (2000). Ludopatía y trabajo: análisis de las repercusiones laborales de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras. *Clínica y Salud*, 11.
- Feuerlein, W. (1976). Kurzfragebogen für alkoholgefährdete (KFA): eine empirische analyse. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.*, 222, 139-152.
- Feuerlein, W. (1977). Diagnose des alkoholismus: der Münchner Alkoholismus-Test (MALT). *Med. Wechr.*, 119, 1275-1282.
- García, R. (1994). Evaluación en los dependientes del alcohol. En A. Graña (Ed.). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Debate.
- Gea, C., Pérez, M.D., Osuna, E., Cabrero, E. y Luna, A. (1996). Prevalencia del abuso de alcohol en una población laboral del sector pesquero. *Adicciones*, 8, 267-276.
- Girela, E., Hernández, C. y Villanueva, E. (1994). Cuestionario CAGE y marcadores de alcoholismo: aplicación para la detección de bebedores excesivos en una población laboral. *Mapfre Medicina*, 5, 33-38.
- Gobierno Vasco (Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social) (1996). *La prevención de las drogodependencias en el mundo laboral*. Vitoria. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Gutiérrez, R. (1992). Accidentes laborales y alcoholismo. *Mapfre Medicina*, 3, 1-2.
- Gobierno Vasco (Departamento de Trabajo y Seguridad Social) (1992). *Consumo de drogas en el mundo laboral*. Vitoria. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

González, R., Garriga, L.M., Ceiro, L., Reyes, J.M. y Calzadilla, L. (1991). Los cuestionarios breves y las pruebas hematológicas inespecíficas: estudio comparativo en dependientes alcohólicos y bebedores sociales. *Revista Española de Drogodependencias*, 16, 305-319.

Hayfield, D., McLeod, G. y Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.

Le Gô, P.M. (1972). Comment dépister précocement une intoxication éthylique chronique. *Archives du Malalties Profesionals*, 23, 395-397.

Lewis, K.O. y Paton, A. (1981). ABC of alcohol and tools of detection. *British Medical Journal*, 283, 1521-1532.

Malka, R., Fouquet, P. y Vachonfrance, G. (1988). *Manual de alcoholología*. Barcelona. Masson.

OIT (1986). La prevención del alcoholismo y la toxicomanía en los lugares de trabajo. *Revista Internacional del Trabajo*.

OIT (1989). Alcohol y drogas. *Programas de asistencia a los trabajadores*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Informes OIT, Número 13.

Olazabal, A. (1992). Alcoholismo en el medio laboral. *Medicina del Trabajo*, 1, 249-263.

Pacual, J.C. y Ramos, C. (1990). Epidemiología de la hipertensión arterial en los trabajadores de Metro de Madrid, S.A. *Salud y Trabajo*, 80, 11-19.

Parker, D.L., Shultz, J.M., Gertz, L., Berkelman, R. y Remington, P.L. (1987). The social and economic costs of alcohol abuse in Minnesota. *American Journal of Public Health*, 77, 982-986.

Rodríguez-Martos, A. (1999). Alcoholismo: diagnóstico, concepto, motivación y tratamiento. En E. Becoña, A. Rodríguez y I. Salazar (eds.). *Drogodependencias. V. Avances 1999*. Santiago de Compostela. Servicio de Publicaciones.

- Santodomingo, J. (1983). Investigaciones españolas sobre el alcoholismo. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 57, 749-771.
- Shahandeh, B. (1985). Alcoholismo y toxicomanía en el lugar de trabajo: consecuencias y medidas de lucha. *Revista Internacional de Trabajo*, 104, 191-210.
- Valdenebro, J.I., Valdés, E. y Romo, A.F. (1993). Los reconocimientos médicos laborales como aporte a la prevención de las drogodependencias. *Mapfre Medicina*, 4, 4-15.
- Vives, J.L. (1988). Sobre el valor de algunas pruebas de laboratorio en la detección del alcoholismo y enfermedad hepática alcohólica. *Medicina Clínica*, 91, 264-266.

Para Correspondencia:

Javier Fernández-Montalvo
Departamento de Psicología y Pedagogía
Universidad Pública de Navarra.
Campus de Arrosadía.
31006 Pamplona.
Teléfono: 948 16 98 30
E-mail: fernandez.montalvo@unavarra.es