

ADICCIONES CONDUCTUALES ("SIN SUSTANCIA") "EN" EL TRABAJO Y "AL" TRABAJO:

MAGNITUD DEL PROBLEMA SOCIAL
Y POLÍTICAS DE GESTIÓN PREVENTIVA
EN LA EMPRESA



Financiado por:



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



*“Es más fácil deshacer un átomo,
que deshacer un prejuicio”*

Albert ESTEIN



ADICCIONES CONDUCTUALES ("SIN SUSTANCIA") "EN" EL TRABAJO Y "AL" TRABAJO:

MAGNITUD DEL PROBLEMA SOCIAL Y
POLÍTICAS DE GESTIÓN PREVENTIVA
EN LA EMPRESA

ESTUDIO

Autoría

Cristóbal Molina Navarrete

*Catedrático de Universidad,
área de Derecho del Trabajo y de la
Seguridad Social, Universidad de Jaén*

Maria Rosa Vallecillo Gámez

*Profesora Titular Acreditada, área de Derecho del Trabajo
y de la Seguridad Social. Universidad de Jaén*

Edita

Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC

Depósito Legal

M-22393-2018

Financiado por





ADICCIONES CONDUCTUALES ("SIN SUSTANCIA") "EN" EL TRABAJO Y "AL" TRABAJO:

MAGNITUD DEL PROBLEMA SOCIAL Y
POLÍTICAS DE GESTIÓN PREVENTIVA
EN LA EMPRESA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN: EMERSIÓN DE LAS “ADICCIONES PSICOSOCIALES” (CONDUCTUALES) EN LA ENA 2017-2024.....	11
2. RAZONES Y OBJETO DE ESTE ESTUDIO-GUÍA SOBRE LAS ADICCIONES PSICOSOCIALES O CONDUCTUALES EN EL MEDIO LABORAL	15
3. LA EVIDENCIA CIENTÍFICA: IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DEL LAS ADICCIONES PSICOSOCIALES (CONDUCTUALES) EN LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA	19
3.1. ¿Qué son las “adicciones psicosociales de naturaleza conductual” o sin sustancias?	19
3.2. ¿Cuáles son científicamente las “adicciones conductuales”? la persistente ausencia de consenso ante los riesgos de banalización y estigmatización	22
3.3. ¿Hay una lista cerrada de “adicciones conductuales” reconocida oficialmente?: de la certeza científica al principio de precaución	24
3.4. El modelo biopsicosocial de gestión integral del riesgo de adicciones conductuales: principales claves para la acción	28
3.5. El catálogo de adicciones conductuales con especial relevancia en el ámbito laboral	29
3.6. Caracterización de las principales adicciones comportamentales: factores de riesgo, prevalencias, sistemas y efectos.....	31
3.6.1. Usos intensivos de la tecnología digital: entre riesgo psicosocial y nueva adicción	31
3.6.1.1. Calificación científica y opciones estratégicas y normativas: ¿el uso intensivo de las tecnologías digitales es una conducta adictiva?	31
3.6.1.2. Revisión de los estudios sobre prevalencias de las adicciones cibernéticas: el Test de Orman	33
3.6.2. Usos problemáticos de las tecnologías y adicción múltiple: las redes sociales, factores de riesgo y de protección para la salud	39
3.6.2.1. El factor ambiental laboral: plena “disponibilidad digital” y “consumidorización” como caldos de cultivo para las conductas adictivas	42
3.6.3. Dimensión personal o individual de la conducta adictiva: vulnerabilidad y efectos negativos para la salud	45
3.7. La adicción al sexo (y a la pornografía) en especial en la red: revisión de actualidad.....	48
3.7.1. La “adicción al sexo” en si misma y en particular a través de los canales digitales.....	48
3.7.2. Factores de riesgo de conductas sexo-adictas y signos de alerta: la adicción como estrategia de afrontamiento de situaciones de estrés de entorno.....	50

3.7.3. Implicación de entornos en el tratamiento preventivo-promocional y asistencial de las adicciones al sexo: especial referencia al ámbito laboral	51
3.7.4. El paradigma del entorno laboral libre de "toxicidad psicosocial": ¿Hay evidencia de conexión entre la "adicción al sexo" y el "acoso sexual"?	54
3.8. La adicción al juego de apuestas (ludopatías): viejas y nuevas formas.	57
3.8.1. El difícil equilibrio para la política del juego: el estándar de "juego socialmente responsable" como transacción entre economía y salud	57
3.8.2. La creciente prevalencia del juego patológico en la sociedad de consumo digital: de las "tragaperras" a los "juegos on line" (de azar y videojuegos).....	58
3.8.3. Caracterización de la ludopatía como trastorno adictivo: etiología, estatus clínico	63
3.9. La comida como adicción, desequilibrio energético y prevalencia del sobrepeso y la obesidad: mejorar la salud, prevenir la discriminación (sociolaboral)	66
3.9.1. Evidencias del trastorno alimentario como adicción conductual: la comida compulsiva, fuente de pérdida de estados de salud.....	66
3.9.2. La adicción a la comida como "fenotipo" precursor de obesidad: los conflictos de desequilibrio energético como factores de prevalencia de patologías	68
3.9.3. La trascendencia de la dimensión ambiental en las políticas de prevención del riesgo de sobrepeso y obesidad derivados de conductas adictivas.....	72

4. DE LAS ADICCIONES "EN" EL TRABAJO A LA ADICCIÓN "AL" TRABAJO: LA CULTURA PRODUCTIVISTA ELEVA LA PREVALENCIA DE "TRABAJÓLICOS"

4.1. ¿Existe la adicción al trabajo?: un emergente riesgo psicosocial asociado a la cultura productivista de nuestro tiempo	77
4.2. Una aproximación psicométrica a la prevalencia de las adicciones al trabajo: algunas experiencias europeas viables para nuestro país.	80
4.3. La diversidad de mercados nacionales (y culturas) de trabajo como factor que explica las diferencias de prevalencia en la adicción al trabajo	85

5. LA EMPRESA, ENTORNO PRIVILEGIADO DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN ASOCIADOS AL TRABAJO.....

5.1. Ambivalencia de la relación del entorno laboral con las conductas adictivas. Desde las causas a las consecuencias	89
5.2. El entorno laboral como fuente de riesgo o de reforzadores de conductas adictivas: la interacción con los ambientes psicosocialmente contaminados.....	90
5.3. Del ambiente laboral como factor de riesgo a la empresa como entorno protector: las políticas de uso socialmente razonables	93
5.4. Costes socio-laborales de las incapacidades asociadas a las	

adicciones conductuales: ¿nuevo “yacimiento de enfermedades asimiladas a la discapacidad”? 97

6. MARCOS NORMATIVOS E INSTITUCIONALES PARA LAS ADICIONES CONDUCTUALES: SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVA FUTURA..... 103

6.1. La “buena regulación” como “factor de protección”: nuevo desajuste entre el marco de planificación estratégica y el silente marco normativo laboral103

6.2. La progresiva apertura de los marcos normativos de acción social a la prevención de las adicciones conductuales y el papel del trabajo como entorno relevante 109

6.2.1. Un paradigma del favor por un marco normativo específico, integral e integrador de acción preventiva frente a las adicciones psíquicas. El evolutivo modelo vasco..... 111

6.2.2. De la evolución científica al nuevo marco legal: la obesidad, riesgo prevalente para la salud nutricional y su gestión preventiva y antidiscriminatoria117

6.2.2.1. La obesidad y otros trastornos alimentarios como problema de salud pública y como factores de riesgo (sociales y laborales)117

6.2.2.2. El entorno-empresa como ámbito privilegiado para la gestión preventiva de los riesgos sociales y de salud de las personas con sobrepeso y/u obesidad.....118

6.2.3. Lecturas judiciales de las adicciones psicosociales reconocidas como tales: la -deficiente- experiencia abanderada de la ludopatía 120

6.2.4. Un marco regulador y una experiencia singulares: ¿tiene la ONCE un problema de singular prevalencia de ludopatías?125

6.3. ¿Qué modelo de regulación estatal para una gestión proactiva de las adicciones psicosociales?: el equilibrio entre legislación y autorregulación 128

7. DISEÑO Y PUESTA EN PRÁCTICA DE POLÍTICAS DE EMPRESA RELATIVAS A LA GESTIÓN PREVENTIVA DE LAS ADICIONES PSICOSOCIALES (CONDUCTUALES)..... 131

7.1. El modelo óptimo de gestión de las adicciones psicosociales: integrar la promoción de la salud en la política de seguridad y salud en el trabajo (programa SOLVE)131

7.2. Algunas experiencias consolidadas de programas de ayuda contra la ludopatía en el seno de las empresas135

7.3. Lucha contra la obesidad y promoción de la salud en el trabajo: nuevas acciones para la mejora del bienestar social de los trabajadores136

7.4. Políticas de uso razonable de las nuevas tecnologías en el trabajo: ¿una asignatura pendiente para la gestión preventiva del tecnoestrés y las adicciones al trabajo?141

8. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA 147

1. INTRODUCCIÓN: EMERSIÓN DE LAS “ADICCIONES PSICOSOCIALES” (CONDUCTUALES) EN LA ENA 2017-2024”

La “Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024” (ENA) presenta¹, desde su propia denominación, una gran novedad. Prevé la realización de actuaciones también frente a las “adicciones conductuales” (“sin sustancia”), sumándose a las “adicciones químicas” (“con sustancia” o drogodependencias). De este modo, se produce para todo el territorio español una importante evolución que, asumida en diversos países, donde rige una estrategia unitaria (Alemania, Reino Unido, Italia, Francia, Suecia, Australia, etc.), cuenta con precedentes en las Comunidades Autónomas (Islas Baleares, Aragón, Euskadi, etc.). Algunas hasta amparan esta redefinición del *marco de planificación institucional* para su política de adicciones (marco de acción) a partir del profundamente innovador *marco legislativo*, específico e integral (Euskadi).

En lo puramente concerniente a esta tipología de “adicciones conductuales” (mejor “*adicciones psicosociales*”, por derivar claramente de la interacción entre el factor de conducta personal y los factores ambientales o sociales), la ENA se marca dos grandes “metas”:

a) “Alcanzar” una “**sociedad más saludable** (e informada) mediante **la reducción de la prevalencia de las adicciones** en general” (y conductuales o psicosociales en particular).

b) “Tener” una “**sociedad más segura a través del control de aquellas actividades que puedan llevar a situaciones de adicción**” (conductual o psicosocial)

Pese a los referidos antecedentes institucionales y estratégicos, la novedad no es nada menor, sino todo lo contrario, tiene una gran trascendencia y supone un extraordinario reto o desafío para los poderes públicos y para el conjunto de la sociedad, particularmente

¹ http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf

para los interlocutores sociales en el ámbito de las empresas, por lo que aquí más nos concierne. Por supuesto no nos referimos sólo al plano de la investigación estadística y epidemiológica (lógica cuantitativa), en la medida en que las diversas fuentes de información (transparencia) en torno a las prevalencias de las adicciones en las esferas de la vida social (más “abierto” socialmente o más “cerrado”) deberán adicionar esta tipología de adicciones, incluidas las relativas al medio laboral (*“Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España”*, realizada cada 7 años). En realidad, la novedad exige innovaciones más radicales a la hora de identificar el enfoque estratégico principal de intervención promocional de la salud y preventiva de los *riesgos psicosociales de adicciones conductuales* (enfoque cualitativo).

A diferencia de lo que se propone principalmente para buena parte de las “adicciones químicas”, sean legales (tabaquismo) o no (toxicomanía, incluido cannabis), la clave de bóveda de la intervención no estaría en el abandono de los usos o “consumos”, sino en la reducción de los usos problemáticos mediante el fomento de “usos socialmente responsables y saludables”, con mayor intensidad que la propuesta, incluso, para ciertas drogas legales prevalentes en España (alcohol; fármacos -hipnosedantes-, con o sin receta), porque, en sí, tales conductas son fisiológicas. En estos casos, la estrategia de reducción de usos nocivos no coincidirá plenamente con el *“modelo de reducción de daños”* (ENA, punto 10.3), asumido para adicciones químicas (ej. cannabis, fármacos), cuando el *“modelo de tolerancia 0”* fracasa o no resulta ser el más recomendable. La gestión de salud psicosocial frente a los *emergidos riesgos de adicciones conductuales* - la mejor, incluso única, opción gestora, dada su funcionalidad para el bienestar de las personas y la sociedad asociadas a esas conductas cuando son fisiológicas, normalizadas - no es diseñar y poner en práctica políticas, programas y medidas de prevención-corrección-sanción dirigidas a eliminar estas conductas fisiológicas (jugar, comer, conectarse a las redes sociales, trabajar de forma productiva, hacer deporte, practicar sexo...) en ningún ámbito - ni siquiera en el trabajo que no puede ser *“zona reservada”*, al menos con carácter general - sino la de *promover en todas las esferas de vida, también en la empresa, usos favorables para el desarrollo de la personalidad, sin contraindicaciones para la salud.*

La ENA es plenamente consciente de ello. Por eso, en relación al enfoque de reducción de daños, afirma expresamente que:

“la inclusión de las adicciones sin sustancia en el ámbito de esta Estrategia obliga a revisar los programas y actividades que se vienen realizando y, en su caso, a diseñar otros nuevos que incluyan actuaciones encaminadas a la reducción de riesgos y daños en este tipo de conductas adictivas (...) en las que la evitación es prácticamente imposible o inadecuada, como p.ej. las mediadas por las TIC’s” (pp. 39-40)

Las “adicciones”, pues, como cuestión no sólo de salud (pública, laboral), sino social, se revelan como un fenómeno social de creciente complejidad y amplitud al añadir, al consumo problemático de sustancias usos comportamentales excesivos. Primero porque, como vamos a ver con cierto detenimiento, y a diferencia de lo que sucede para las adicciones químicas, no hay un suficiente consenso científico, menos social, en torno a la calificación

de una parte de estas conductas problemáticas y trastornos obsesivo-compulsivos como auténticas y genuinas adicciones. Segundo, por la dificultad de hacer percibir el riesgo en estas adicciones por la extrema normalización social de sus consumos, pues son funciones fisiológicas y sociales, por lo que son vistos con favor en las sociedades (productivistas, hedonistas y consumidoras) de nuestro tiempo.

Tercero, por la convergencia de variadas causas en su proceso de desarrollo en la práctica totalidad de las esferas de vida de relación. Por tanto, los factores causantes de las adicciones conductuales son aún más complejos que para las adicciones químicas, en la medida en que a los factores de vulnerabilidad personal, se intensifican los de índole social (económico, laboral) que interactúan aumentando la vulnerabilidad y las probabilidades de que las conductas irresponsables desemboken en una adicción conductual. Cuarto, en coherencia con esa complejidad y especificidad de ciertas causas de las nuevas adicciones, las políticas de intervención (prevención de riesgos y promoción de la salud), presentan un plus de dificultad, exigiendo incidir mucho más en la “*prevención ambiental*”, que es precisamente la vertiente más deficitaria del marco estratégico precedente, como reconoce la ENA. Así, según la evaluación de la END 2009-2016, la prevención en España

“tiene una orientación básicamente centrada en las personas, que hay que equilibrar con otras dirigidas a reducir los **factores de riesgo** y promover **los de protección** en los **entornos**” (ENA, p. 35).

En definitiva, la ENA reconoce nuevas formas de adicción sin sustancia (especialmente las vinculadas al juego patológico y los usos nocivos de las tecnologías digitales, en particular por parte de la población joven) y con ello enfrenta a la política de prevención a nuevos retos. Para afrontarlos llama a dar respuestas innovadoras y más adaptadas a los nuevos contextos y formas de relación en las que se producen, particularmente en un contexto socio-económico (crisis, inseguridad en el trabajo, dificultades de conciliación de la vida laboral y familiar, etc.) y tecnológico (transformación digital) cambiado y cambiante, reduciendo los factores de riesgo que contribuyen a la prevalencia de tales conductas y aprovechando las oportunidades (los factores de protección) que dichos contextos ofrecen para la prevención. Entre esas soluciones más innovadoras pondría el acento en la primacía del enfoque de prevención ambiental, que significa diseñar y poner en práctica políticas, programas y medidas que muten los “entornos”, influyentes a la “vulnerabilidad biopsicosocial” de la persona, en “factores de protección” frente a los factores precursores de las conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales². Entre esos entornos prioritarios de intervención preventivo-promocional y de reducción de riesgos-daños, destaca “los ambientes de trabajo”, cruciales también para tener “garantías de seguridad y equidad en el empleo” (conservación-reintegración), otra “asignatura pendiente” de las políticas de gestión de adicciones institucionalmente reconocida (vid. ENA, p. 23).

² El art. 7 de la Ley 1/2016, de 7 de abril, de *Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias* del País Vasco define el “Factor de protección” como toda “característica, circunstancia, condición, situación, conducta o elemento que disminuye la probabilidad de que se produzcan... conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales”. Y el “Factor de riesgo” como toda circunstancia que “aumenta” esa probabilidad

2. RAZONES Y OBJETO DE ESTE ESTUDIO-GUÍA SOBRE LAS ADICCIONES PSICOSOCIALES O CONDUCTUALES EN EL MEDIO LABORAL

Sociedades y ambientes cambiantes generan, pues, nuevas adicciones o transforman otras viejas (ej.: el juego de apuestas online, interacción de la vieja ludopatía con el moderno predominio de las nuevas tecnologías; abusar de las nuevas tecnologías digitales en empresas basadas en modelos de constante conectividad que favorece dependencias comparables a las que crea el “alcoholismo”, como es la “adicción al trabajo” o “*workaholism*”). La ENA tiene el gran mérito de reconocerlo y promover soluciones integrales y multidisciplinarias a problemas tan multifactoriales. Pero con ello no sólo no ha resuelto el problema, sino que genera muchísimos más interrogantes. Así, de un lado, por el momento, en espera de los Planes de Acción, no concreta las medidas de intervención preventivo-promocional eficaces - salvo su llamada a la normalización mediante protocolos, guías, catálogos y buenas prácticas de intervención -. De otro, tampoco hace una aproximación completa a las nuevas formas de adicción conductuales o psicosociales, ni en general, ni menos aún todas las que pueden tener mayor relevancia para el ámbito socio-laboral. Tan sólo contempla las relacionadas con el juego patológico y con el abuso de tecnologías digitales (que incluye las redes sociales), pero ni son todas las que, con un desarrollo extra-laboral, tienen incidencia relevante, causal o consecencial, “*en el trabajo*” ni atiende, a diferencia del marco regulador, estratégico y de planificación vasco³, a las que se asocian “*al trabajo*” (*adicción al trabajo como genuino nuevo riesgo psicosocial de naturaleza profesional*, integrando una triada junto con los de estrés y violencia psíquica)

De ahí, pues, la necesidad y también la originalidad de este Estudio, que pretende una primera pero ilustrativa aproximación, a la relevancia de las emergidas adicciones psicosociales o conductuales, nuevas y viejas, en el ámbito del trabajo, y de éste en la gestión de aquéllas. Para ello, se parte del consenso existente en torno al papel de los ambientes de trabajo como lugares especialmente abonados para el análisis integral e interdisciplinar de los factores de riesgo y de los factores de protección que están en la

³ Vid. VII Plan de Adicciones de Euskadi 2017-2021 http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/adicciones_plan/es_def/adjuntos/VII_plan_adicciones_es.pdf

base tanto de su prevalencia como de su tratamiento preventivo-promocional, con mayor intensidad si cabe que para las adicciones con sustancias y sobre las que venimos reflexionando desde hace años. A tal fin, se propone llevar a cabo básicamente un triple análisis, que explica la estructura sustancial de este Estudio-Guía. A saber:

1. La identificación y caracterización de los principales elementos integrantes de este tipo de adicciones, a fin de revisar el estado del arte científico y de la práctica clínica en la materia, donde, como se ha dicho, no existe un consenso científico pleno sobre cuáles han de ser catalogadas como auténticas adicciones conductuales y cuáles no.

La ENA ha optado por la opción más restrictiva, reduciéndolas a dos relevantes a día de hoy (ludopatía, también en su versión digital, y abuso de las nuevas tecnologías, sobre todo por la población joven), en detrimento de otras, sobre las que existe más incertidumbre científica (adicción al trabajo, a las compras, al sexo -incluye consumo excesivo de pornografía, fuera y dentro de la empresa-; al deporte, etc.). Sin embargo, tanto en el ámbito científico como institucional (modelo vasco) otras opciones superan el principio de prevención conforme a la evidencia científica (ENA), para asumir el “principio de precaución” según la prudencia exigida por la probabilidad de derivarse efectos nocivos para la seguridad y salud de las personas (Ley 1/2016, de atención integral de las adicciones de Euskadi). Un enfoque típico de políticas de seguridad ambiental y también de seguridad alimentaria (Ley 17/2011, de 5 de julio) que, según veremos, resulta de utilidad para el tratamiento socio-laboral de las nuevas adicciones conductuales (enfoque dual de salud y antidiscriminación). Tal sería el caso de la “adicción a la comida”⁴ (“síndrome de Edorexia” - trastorno alimentario de ingesta desequilibrada de alimentos muy calóricos -) y su relación con el sobrepeso y la obesidad como fuentes de limitaciones físicas de las capacidades de trabajar, pero sin incapacitar.

2. Revisión y síntesis expositiva de los principales Estudios e Informes disponibles sobre la prevalencia real (o estimada) de estas adicciones conductuales, a fin de comprender de forma más precisa la magnitud estadística y epidemiológica de tales adicciones.

La incorporación de algunas de estas nuevas adicciones conductuales a la ENA no es ni de pura moda ni siquiera sólo evidencia científica, sino también necesidad práctica, por el “aumento anual de las admisiones a tratamiento derivadas del juego patológico”, cada vez a “edades más tempranas”, evidenciando su relación con usos irracionales de las nuevas tecnologías de la comunicación. En los últimos años han crecido las investigaciones empíricas que tratan de evidenciar, con datos estadísticos, la prevalencia epidemiológica estimada de esta tipología de adicciones, poniéndole cifras (enfoque cuantitativo), a fin de concienciar más intensa y rápidamente de la trascendencia social del problema (enfoque cualitativo).

⁴ Vid. J.L. LÓPEZ-E.J. GARCÉS DE LOS FAYOS. “*Edorexia y deporte. Una concepción acerca de la obesidad y la adicción a la comida*”. Cuadernos de Psicología del Deporte, 12, 2012, pp. 139-142.

La ENA no duda en identificar como otro reto derivado de la inclusión de este tipo de adicciones, el desarrollo de “*herramientas de vigilancia epidemiológica...aptas...en relación con las nuevas adicciones y los problemas sanitarios y sociales asociados*”. Por el enfoque selectivo o limitado de la ENA 2017-20020, ésta sólo ofrece datos sobre la prevalencia en el juego patológico, también en su versión online, así como a los usos de las tecnologías digitales. Por ello, en este estudio se intentará completar esa información respecto de otras adicciones, dando cuenta de algunos estudios validados en diversos países europeos.

3. Cuál es el marco de regulación y de políticas de intervención, así como, en su caso, de las mejores experiencias prácticas disponibles, para impulsar una eficaz prevención del riesgo de adicciones psicosociales, así como de promoción de los hábitos saludables para desactivarlos.

La ENA identifica como objetivos estratégicos básicos, en el plano preventivo, *reducir los riesgos* susceptibles de generar adicción, *promoviendo conductas que protejan* frente a ellos (concienciación, prevención, fomento de *hábitos saludables*, Objetivo 10.1). Así como, en el plano de la protección (prevención terciaria), la integración también, en toda la red asistencial prevista para las personas con adicciones con sustancia, de las personas con adicciones psicosociales o conductuales (objetivo 10.2). Como es natural, de poco serviría comprender de forma científico-clínica, así como socio-cultural, el problema de las adicciones conductuales o psicosociales, y su magnitud epidemiológica (prevalencia), si no se llevan a la práctica los retos fundamentales que suscitan los nuevos entornos sociales, en especial los ambientes de trabajo, a fin de su gestión saludable y equitativa, sin perjudicar su trascendencia económica. La mejora de la comprensión (evidencia científica) debe incorporarse *a la práctica* (ENA, p. 34), incluyendo tanto los marcos de regulación (sanitaria, laboral, etc.) y los sistemas de gestión (de salud, pública, laboral, social), como los marcos de intervención política.

Aunque la ENA no descuida el papel preventivo-promocional de la acción reguladora (“*la intervención normativa es...importante para tratar de promover un comportamiento saludable*”), no está pensando directamente en aquellas que, como las de seguridad y salud en el trabajo, inciden en el papel dual y ambivalente de los ambientes laborales como fuente tanto de factores de riesgo, como de factores de protección (por la limitación de adicciones seleccionadas se centra en la legislación sobre el juego, aun online). Más aún. A diferencia de la precedente, que sí situaba expresamente la clave de bóveda de la gestión preventivo-promocional de las adicciones conductuales en el sistema de prevención de los riesgos profesionales, la ENA se mantiene en una posición más difusa.

De ahí la conveniencia y necesidad de mayor precisión y concreción para armonizar los diversos sectores, normativo y de políticas, que intervienen en el enfoque integral que, aquí sí con toda claridad, preconiza la ENA. Una vez más, el modelo de referencia o la pauta guía en este ámbito puede -y debe- ser el marco normativo vasco. Éste contiene una completa y muy específica referencia a las líneas de intervención en el ámbito de las relaciones de trabajo (arts. 19 y 20 de la Ley 1/2016), proponiéndose, sin duda alguna, como el más avanzado y coherente hasta el momento en esta materia. Volveremos en su momento sobre ello.

3. LA EVIDENCIA CIENTÍFICA: IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LAS ADICCIONES PSICOSOCIALES (CONDUCTUALES) EN LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA

3.1 ¿Qué son las “adicciones psicosociales de naturaleza conductual” o sin sustancia?

Aunque, como hemos apuntado y desarrollaremos con algún detalle más, no existe a día de hoy ni plena evidencia ni suficiente consenso científico en la categorización de cuáles han de tenerse como auténticas “adicciones conductuales”, “psicológicas” o “sin sustancia”. Sobre estas, existe una notable controversia y una elevada especulación, salvo en relación a las más antigua, el juego patológico, en su versión tradicional (ludopatía), y en la más moderna vinculada al “juego online”. Sí que existe una amplia coincidencia en la literatura médica, menos en la sociológica, sobre su definición y caracterización básica. Partiendo de la distinción entre “adicción conductual” -como trastorno- y “conducta adictiva” -como síntoma-, el estado del arte actual científico, institucionalmente asumido, en materia de adicciones identifica el trastorno adictivo como

“todo patrón desadaptado de comportamiento que provoca una dependencia, física, psíquica o ambas, por abuso de (...) conducta determinada, repercutiendo negativamente en las esferas psicológica, física y social de la persona y su entorno” (art. 2.3, letra a) Ley 5/2001, de 17 de octubre, sobre Drogodependencias y Otras Adicciones de la Comunidad Autónoma de la Rioja)⁵.

Desde esta misma perspectiva de delimitación normativa, que ofrece mayor garantía de certeza a efectos de intervención institucional y social, y siguiendo con esa concepción,

⁵ En la misma línea otras leyes autonómicas que, ya hace más de década y media, superaron la clásica identificación de las adicciones con las drogodependencias, ampliando el listado de las adicciones sin sustancia más allá del juego patológico: ej. Ley 5/2002 de 27 de junio, de la Comunidad de Madrid; Ley 15/2002, de 11 de julio, de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha; Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley 3/1997 sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos; y Ley 4/2005, de 29 de abril, de las Illes Balears.

más recientemente se ha intentado describir con mayor precisión, el concepto de adicción conductual, asumiendo en gran medida la evidencia científica de este tiempo al respecto. Para ello se enfatiza más la descripción de la conducta y sus efectos nocivos que la caracterización psicopática propiamente dicha, a fin de evitar estigmatizaciones. En este sentido, se refleja la evolución desde el enfoque eminentemente médico-asistencial clásico (prevalente enfoque psiquiátrico y clínico -*salud mental*-), a otro que, sin abandonar aquél, centra su interés en una dimensión más socio-cultural (prevalencia del enfoque *social* -limitaciones psicofísicas para una vida relacional en plenitud de condiciones que el resto de las personas sin prevalencia de estos trastornos-). De este modo, se entiende por adicciones comportamentales:

Toda conducta excesiva, que sin consumo de sustancias, se caracteriza por la tendencia irreprimible y continuada a su repetición, pese a ser perjudicial para la persona que la presenta y para su entorno (familiar, social y laboral) directo, por la incapacidad de controlarla a pesar de intentarlo y por su mantenimiento pese a su nocividad (art. 7. b) Ley 1/2016, de atención integral de Adicciones y Drogodependencias)

Como puede comprobarse, así entendida, cualquier conducta socialmente normalizada (convencional o fisiológica) y productora de placer a las personas es susceptible de convertirse en “conducta adictiva” que, de persistir, puede devenir en “adicción conductual”, si el sujeto pierde el control o el equilibrio -que será diferente en cada caso- en su desarrollo o consumo, pese a ser consciente inicialmente de que le conlleva consecuencias adversas (personales, familiares, laborales, sociales). Precisamente, la “patología” se identifica con el sacrificio que la persona está dispuesta a hacer de su posición o “estilo de vida” socialmente integrada a favor de continuar con el mal hábito, arriesgando no sólo su bienestar psicofísico (factor de pérdida de salud) sino también para su integración social (factor de vulnerabilidad o exclusión social). En todas ellas se da una triple pérdida (en última instancia de libertad personal)⁶:

1. de control de la conducta (conducta compulsiva)
2. de la autonomía emocional respecto de la actividad (dependencia) y
3. del desenvolvimiento normal de la vida cotidiana (alteración grave de las relaciones familiares, sociales y laborales -conflictos relacionales-).

Las personas con conductas problemáticas de este tipo o tendencialmente “adictivas” persisten en ellas porque les sirve para aliviar o compensar las vivencias de tensión, presión o desequilibrio relacional que padecen, por lo que hallan placer o satisfacción provisional en las mismas, aunque terminen provocándole graves consecuencias, de salud y sociales. Desde el punto de vista psicopatológico (el exceso conductual como patología mental) diferencia, no obstante, conceptos diversos que, muy relacionados, por implicar alternaciones de la voluntad de decisión y acción de la persona, no deben confundirse a efectos de categorización de salud mental:

⁶ Vid. E. CHEBURÚA y P. CORRAL, P. «Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora». *Clínica y Salud*, 5, 1994, 251-258-; M. GOSSOP. “*Relapse and addictive behaviour*”. Routledge. Londres. 1989; E. ECHEBURÚA, E. *¿Adicciones sin drogas?* Desclée de Brouwer. Bilbao. 1999

1. malos hábitos de vida
2. actos mentales compulsivos
3. conductas impulsivas
4. conductas adictivas
5. adicciones conductuales.

El “mal hábito” supone un patrón repetitivo inadecuado para una vida óptima, pero no necesariamente compulsivo. Los actos compulsivos consisten en conductas que se sienten necesidad de realizar, en respuesta a una obsesión o conforme a reglas que se imponen rígidamente. Los impulsos son tendencias de una persona a actuar sin una deliberación previa (de forma irreflexiva), por lo que supone una acción sin planificación ni valoración de sus consecuencias. Se califica una conducta de adictiva si está motivada inicialmente por reforzadores positivos -el aspecto placentero en sí-, pero termina dominada por reforzadores negativos -alivio de tensiones emocionales-, con lo que a *la pérdida de control para el sujeto acompaña una progresiva degradación psicosocial*⁷. Esta necesidad de realizar la conducta (dependencia) para restaurar su equilibrio psicosocial (“homeostático”: conjunto de acciones de autorregulación para mantener la estabilidad del conjunto), sometiendo su “estilo de vida” a la conducta excesiva, crearía en la persona una relación conflictiva, no sólo personal, sino social, entre los patrones de conducta que (racionalmente) se esperan de él y la conducta practicada. Consecuentemente, *la clave de la situación de riesgo de adicción no sería tanto el tipo de consumo-conducta implicado, sino el singular y conflictivo tipo de relación establecido con tal conducta, por los desequilibrios personales y sociales que genera centrar en una sola faceta de su vida la búsqueda del bienestar o satisfacción general que toda persona anhela. Por lo que la adicción conductual es más un concepto relacional-conflictual que objetivo*⁸.

Por tanto, las conductas adictivas, aunque comparten la cualidad de repetitivas con los meros “hábitos inadecuados”, impulsos (tendencia irrefrenable a la acción) y compulsiones (conductas repetitivas sin sentido), requieren otros elementos concurrentes para calificarse de tales. Pese a ello, y sin necesidad de entrar en más profundidad, no puede ignorarse que las relaciones entre adicción, compulsión y pérdida de control siguen siendo objeto de una fuerte polémica (científica y de psiquiatría clínica), perpetuándose agrias polémicas desde hace más de tres décadas⁹. Ahora bien, **desde la perspectiva de prevención de riesgos psicosociales aquí interesada**, las conductas excesivas y repetitivas constituyen una relevante cuestión de salud y de equidad social tanto si se trata de un problema de conductas compulsivas, incluso de hábitos no saludables repetitivos, o de una auténtica “adicción conductual”¹⁰. Y ello porque todo déficit persistente o repetitivo de auto-control conductual (desequilibrios) es susceptible de generar limitaciones de relación con los entornos, en especial en el ámbito del trabajo (restricciones de las capacidades de trabajar), el que aquí se selecciona prioritariamente.

7 Vid. A. Goodman. “Addiction: Definition and implications”, *British Journal of Addiction*, 85, 1990 1403-1408

8 Vid. E. CHEBURÚA, E. y P. CORRAL «Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora». *Clínica y Salud*, 5, 251-258.

9 Vid. SATEL, S.L. “*The diagnostic limits “of addiction”*”, *Journal of Clinical Psychiatry*, 1993

10 Vid. M.T. BRUGAL et al. “*Nuevas y viejas adicciones: implicaciones para la salud pública*”. *Gaceta Sanitaria*, 20, 2006, pp. 55.62. 2006

En síntesis, en línea con las adicciones químicas, con las que debe compararse, en su caracterización y tratamiento, pero sin confundirse, sin perjuicio de constatar también aquí el fenómeno del “poli-consumo” (combina adicciones químicas con psicosociales o conductuales, y de éstas entre sí), los elementos característicos de una adicción (psicosocial) serían:

Tabla 1

Un fuerte sentimiento de compulsión para realizar la conducta
Limitada capacidad para controlar la conducta (comienzo, mantenimiento e intensidad)
Alteración de ánimo cuando se limita o prohíbe la conducta (síndrome de abstinencia)
Relación conflictual con sus entornos por persistir en una conducta perjudicial

3.2 ¿Cuáles son científicamente las “adicciones conductuales”? La persistente ausencia de consenso ante los riesgos de banalización y estigmatización.

Pese a ser estudiadas y tratadas por muchos estudios como “adicciones” desde hace más de 30 años, los trastornos conductuales carecen de consenso científico suficiente, a día de hoy. Contrasta, así, la abundancia creciente de estudios que proponen su calificación como tales con el estancamiento de su clasificación como eventual trastorno psiquiátrico o mental.

Para buena muestra baste un botón. A principios de la década de los años 90, un buen número de autores/as (procedentes de la psicología y de la psiquiatría, sobre todo) ya ponían de manifiesto el desfase entre el principal referente de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico de las adicciones químicas, ni siquiera la ludopatía, el conocido DSM-IV (*American Psychiatric Association, APA-1994*), y el estado del arte investigador en la materia, que ya trataba un buen número de conductas repetitivas y compulsivas de uso muy habitual o común (conductas cotidianas, socialmente normalizadas y económicamente muy productivas), eran consideradas como auténticas adicciones. De ahí, que concluyeran que había “suficiente evidencia empírica como para hablar de adicciones psicológicas. No es exagerado señalar que ciertas conductas, como el juego patológico, la hipersexualidad (normal y parafílica), la adicción a la comida (bulimia), el ejercicio físico compulsivo, la dependencia a las compras, el trabajo excesivo, etc., pueden considerarse psicopatológicamente como adicciones (Tabla 1)”¹¹.

Pues bien, 20 años después, habiéndose multiplicado exponencialmente los estudios, tanto teóricos como empíricos, orientados en esa misma dirección, la situación sigue siendo la misma o prácticamente análoga, porque el DSM-V (APA-2013), sigue negando

11 Vid. E. CHEBURÚA, E. y P. CORRAL «Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora». *Clínica y Salud*, 5, 251-258.

la entrada a tales adicciones psicosociales con carácter general, por entender que carece de aceptación científica suficiente. Por eso, se considera que las adicciones psicosociales o conductuales se mantendrían en una suerte de “limbo científico” (la calificación es más metafórica o gráfica que técnica, pues no hay limbo alguno -estado de cosas dejadas de lado u olvidadas en una situación incierta, provisional o permanente-). La razón estribaría en la dificultad “que entraña discriminar entre conductas, en principio normales (cotidianos y productivos socio-económicamente: comer, trabajar, comprar, practicar sexo, hacer deporte o ejercicio...), y patologías adictivas”, pese a que son ya legión los “autores que así lo hacen”¹².

Desde esta perspectiva, hay un doble riesgo en una posición expansiva extrema. De un lado, el riesgo de banalización de las adicciones conductuales, pues un uso desmedido puede llevar a convertir en adicción cualquier conducta excesiva, abusiva u obsesiva desde pautas de la normalidad social, pero que no puede confundirse con uniformidad. De otro, lado el riesgo de estigmatizar -incluso discriminar- conductas y elecciones personales diferentes del prescrito o “recomendado” por el estándar predominante de la “vida buena”, haciendo de la desviación individual (aun algo irresponsable) un factor a disciplinar ético-socialmente.

Aunque el DSM-V sí incluye la nomenclatura o rotulación “adicciones no relacionadas a sustancias”, primando el término adicción al de dependencia (equivoco y estigmatizador), parece quedarse en “etiqueta” (no pura “metáfora”), porque sólo nomina el juego patológico (Gambling Disorder, F.63.0). Si bien en esta categoría diagnóstico-psiquiátrica entrarían las adicciones a “juegos de apuestas online”, se advierte de que quedan fuera las “adicciones a internet” en general, así como el uso excesivo de videojuegos, pese a la presión científica y profesional para que integrara el “*Internet Gaming Disorder*” o “trastorno por juego en internet”. Ciertamente, el célebre instrumento diagnóstico, de referencia mundial para el ámbito de la psiquiatría, no ha permanecido completamente ajeno (“límbico”) a esta demanda de la medicina psiquiátrica.

Al contrario, y en línea con el enfoque de promoción de la investigación sobre nuevos problemas de salud, en especial en relación a los nuevos riesgos psicosociales, asumido por la Recomendación 2003/670/CE, de la Comisión, 19 de septiembre de 2003 (lista europea de enfermedades profesionales), también el DSM-V (2013), en su Sección III, propone que se realicen nuevos y mejores Estudios, a fin de acumular mayor evidencia científica, sobre alguna otra adicción de nuestro tiempo, como la referida a los juegos en internet. Ello estaría basado en la fuerte prevalencia de tales trastornos en niños y adolescentes, sobre todo allí donde la transformación digital es más acusada. Eso sí, de modo expreso, deja fuera el uso excesivo de las redes sociales, así como el de la pornografía online, reenviando igualmente a futuros estudios para acumular evidencia más significativa sobre su prevalencia, así como sus efectos comparables con las adicciones en sentido propio,

¹² Cfr. J.A. GARCÍA DEL CASTILLO. “Adicciones tecnológicas: el auge de las redes sociales.” En *Salud y Drogas*, vol. 13, n. 1, 2013, pp. 5-13. Entre la amplia literatura científica que repasa, de ayer y de hoy, destaca la referencia a esa misma tensión entre el rechazo científico oficial a la inclusión de estos trastornos de conducta en las adicciones y el favor de la investigación en G.A. MARLATT-J.R. GORDON. *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press. New York. 1985.

sean con sustancia o sin ella, pese a la importante acumulación de investigaciones y experiencia en la materia presentada¹³.

No obstante este persistente desajuste entre la conceptualización médico-psiquiátrica oficial profesional de las adicciones conductuales, restringida básicamente las ludopatías (adicción al juego de apuestas, sean tradicionales u online), y el estado del arte investigador en la materia, más proclive a incluir otras (desde luego la adicción a las nuevas tecnologías digitales, incluso al sexo), tiende a valorarse positivamente la etiquetación o rotulación relativa a las “adicciones no relacionadas a sustancias”. Se valora como antesala de lo que, más pronto que tarde, será la inclusión de las adicciones conductuales en el futuro DSM-VI, a medida en que la realidad del tiempo vaya evidenciando su prevalencia. De ahí que se le considere un hito médico

“para que la salud mental mundial les otorgue la importancia que se merecen y continúe, bajo este estímulo, desarrollando nuevas técnicas y recursos multidisciplinarios para su mejor diagnóstico y un tratamiento integral”¹⁴

¿Ha sido así en el ámbito institucional y normativo español? ¿Qué dice la ENA?

3.3 ¿Hay una lista cerrada de “adicciones conductuales” reconocidas oficialmente?: De la certeza científica al principio de precaución

Como ya se anticipó, el marco institucional y estratégico español, tanto nacional como autonómico, con algunas matizaciones que de inmediato indicaremos, por su trascendencia, no sólo reconoce las adicciones conductuales como problema relevante de salud psicosocial, sino que va más allá del DSM-V, al incluir expresamente en su política de prevención del riesgo de adicciones conductuales-promoción de factores de protección frente a aquél, junto al juego patológico, en sus viejas y nuevas formas, “los usos nocivos de las tecnologías digitales, en particular por parte de la población joven”. De este modo, se asume ahora para todo el Estado español una evolución que ya se había venido produciendo en las leyes y planes autonómicos, desde hace más de dos décadas (Ley 3/1997, sobre Drogodependencias y “otros trastornos adictivos” de la Generalidad Valenciana), que vienen reconociendo la necesidad de intervenir, junto a las adicciones químicas (con sustancia) frente a las “adicciones psicosociales” (de conducta o sin sustancia), además del fenómeno de los poli-consumos (ej. uno de cada 4 ludópatas hace usos nocivos de tabaco y alcohol). Si bien es cierto que, por lo usual, la nómina se acotaba en las ludopatías, no menos verdad resulta que el modelo generalizado era el de la lista abierta de factores de riesgo y/o de “conductas adictivas” (Ley 5/2001, de la Rioja).

Sin embargo, en tiempos más recientes, cabe constatar una nueva evolución, a fin

13 Vid. Alfredo H. CÍA. “Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA 2013): un primer paso hacia la inclusión de las adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes”. Rev. Neuropsiquiatr 76 (4), 2013, pp. 210-217. D.N. GREENFIELD. “Tratamiento psicológico de la adicción a internet y a las nuevas tecnologías”. En E. ECHEBURÚA et al. *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*. Pirámide. Madrid, 2009, pp. 189-200.

14 Vid. Alfredo H. CÍA. “Las adicciones no relacionadas a sustancias...”. Op. cit., p.216.

de evidenciar el carácter no cerrado, por tanto susceptible de abarcar otras conductas adictivas que no se nominan expresamente, a fin de poner de manifiesto la necesidad de intervención de carácter preventivo y de promoción de la salud global (bienestar como equilibrio físico, psíquico y social, según la formulación de la OMS), aunque no haya una certeza plena sobre su diagnóstico médico como auténtico “trastorno psiquiátrico”. Fue el caso, por ejemplo, del II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010-2016 de Aragón, que, a las ya referidas, incluye mención expresa a las “relaciones eróticas de riesgo”, así como “otras situaciones que cursan como conductas adictivas”. Una línea expansiva y de catálogo abierto que también asumen el VI (2011-2015) y VII Plan vasco de Adicciones (2017-2024).

Precisamente, y desde un marco normativo-institucional, ha sido la ley vasca 1/2016 la primera en garantizar, de forma oficial, un modelo abierto de reconocimiento y abordaje de las adicciones conductuales, sin limitarse, “a los efectos de prevención, asistencia, inclusión social y reducción de la oferta” en relación a las adicciones comportamentales, a las oficiales (ludopatía y conductas excesivas en el uso de tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones y, en particular, las relacionadas con el uso de las redes sociales y los videojuegos). Su art. 2.4 formula el “principio de precaución”, superador del principio de prevención conforme a la plena evidencia científica a fin de abordar los denominados “riesgos sociales del desarrollo”, que son aquellos sobre los que hay suficientes sospechas de su existencia y de su nocividad para la seguridad y salud de las personas, pero todavía no plena certeza científica. Así

“4. Con base en el principio de cautela, las medidas de promoción de la salud y de prevención se extenderán también **a otras conductas excesivas**, en la actualidad no conceptualizadas como adicciones comportamentales. En virtud de dicho principio, en los casos en los que los servicios de salud consideren **que** la conducta...**presenta características susceptibles de generar un patrón adictivo** y que la persona podría beneficiarse de un programa terapéutico, **podrán aplicarse las medidas de asistencia previstas** en la... ley”.

Ciertamente, contemplado de esta forma tan abierta, toda “conducta excesiva” de una persona y considerada inapropiada según el estándar de vida saludable óptima podría ser subsumido en la categoría de riesgo de conducta adictiva, por ser repetitiva, incluyendo, por lo tanto, casi todo el espectro del trastorno obsesivo-compulsivo. En extremo, el resultado sería el de asimilar, tan exagerada como acientífica y banalmente, todo hábito insano y excesivo a un trastorno adictivo, con lo que sería peor “el remedio que la enfermedad”. Por eso, la Ley introduce un filtro o técnica de cribado importante: el dictamen médico. Naturalmente, éste, a cargo de los servicios de salud, se hará conforme a la evolución del conocimiento científico, por lo que el problema podría entenderse vuelve a la “casilla de salida”, dado que no existe, según se ha expuesto más arriba, un consenso pleno.

A fin de extraer toda la potencialidad evolutiva y de mejora del modelo abierto, propio del “**modelo biopsicosocial de adicción**”, según el paradigma científico más solvente¹⁵,

15 Vid. GRIFFITHS, M.D. “A components model of addiction within a biopsychosocial framework”, *Journal of Substance Use*,

resulta útil hacer algunas precisiones, para enfocar adecuadamente la gestión preventiva en general, y en el ámbito socio-laboral en particular. A saber:

1. **No debe confundirse gestión preventiva-promoción de la salud psicosocial respecto de las conductas adictiva con su dimensión médico-psiquiátrica.** Al respecto, la clave de bóveda no debe ser el trastorno en sí (protección asistencial) sino su detección precoz o alerta temprana (prevención). En este sentido, al igual que una cosa es el factor de riesgo y el riesgo psicosocial, y otra el daño psicosocial asociado al trabajo, por ejemplo, también difieren las conductas de riesgo adictivo (problema de salud psicosocial) del trastorno adictivo propiamente (problema de salud mental).
2. Aunque no existe un consenso sobre catalogación (psiquiátrica) de todas las conductas adictivas, sí **hay un razonable acuerdo científico sobre los patrones de conducta de los “usos nocivos o problemáticos”,** todavía no adictivos en sentido estricto.

La falta aún de acuerdo en la clasificación psiquiátrica de las adicciones psicosociales, ante el riesgo de terminar ensombreciendo el tratamiento de salud con el temido estigma del trastorno mental (exceso de protagonismo de lo psiquiátrico), ha llevado a una parte relevante de la doctrina científica a establecer graduaciones de conducta excesiva e identificarlos como factores de riesgo sobre los que anticipar tratamientos más que como patologías consumadas. Por eso, siendo imposible actuar desincentivado los usos, dada su utilidad fisiológica, si se dan dentro de ciertos patrones de conducta, incluso aunque revelen ciertos excesos o abusos (hay gente que trabaja mucho o demasiado, que come mucho o demasiado, que compra mucho o demasiado, pero no por ello tiene trastorno psiquiátrico), el reto está en identificar cuando se está ante indicadores de una **“conducta excesiva problemática o nociva”**, por representar un uso irrazonable que pone en peligro su salud y su relación con el entorno. La intervención preventiva sobre los factores precursores de esa conducta podría evitar que devenga adicción (la pérdida de control sobre el comportamiento compulsivo o excesivo actualiza una intensa alteración de su vida cotidiana, aun intentado, pero no pudiendo, evitarlo).

En última instancia, debe recordarse que, a diferencia de las adicciones con sustancia (tabaco), incluso de ciertas adicciones conductuales (ludopatía), con carácter general, el objetivo nunca puede ser eliminar los usos, incluso intensos, de las conductas peligrosas, sino reconducirlas a niveles de “uso socialmente razonable”, no sólo tolerables, sino a promocionar o fomentar ampliamente. El objetivo principal de la intervención debe centrarse no en inculcar los beneficios de la abstinencia sino en fomentar el aprendizaje, reaprendizaje, del control de la conducta, de la razonabilidad de usos en sus diferentes esferas de vida, incluida el trabajo (comunicación digital, compras, deporte o ejercicio físico, implicación productiva, etc.). Ello incluso cuando se tratara de un ex adicto, pues siempre debe comer, comprar, comunicarse...

A tal fin, se precisa identificar, y en lo posible objetivar -con puntuaciones o medición lo más estandarizadas posible-, los parámetros predictores de riesgo adictivos. A saber¹⁶:

1. La frecuencia de uso y grado de compulsión (intensidad de conducta)
2. El patrimonio afectado por la conducta (grado de afectación económica)
3. El nivel de alteración de su vida relacional y gravedad del nivel de inobservancia de sus obligaciones en los diversos entornos (grado de conflictividad relacional y social)

Los marcos, europeo, estatal y autonómicos, estratégicos y normativos, reflejan una clara evolución desde el concepto médico psiquiátrico de adicción a otro más integral: **la concepción biopsicosocial de la adicción como riesgo para la salud.**

El carácter multifactorial de las adicciones exige una comprensión para la intervención eficaz más compleja que la puramente psicopatológica (la adicción como patología crónica). Por eso se propone un modelo más integral: biopsicosocial. Desde esta perspectiva, si bien es verdad que toda acción preventivo-promocional debe situar a las personas en el centro, como sujetos principales, por estar en juego no sólo su salud sino la libertad personal (las conductas saludables deben ser el resultado de una opción real de cada persona), la garantía de eficacia real residirá en complementarla con la intervención en sus entornos, como enfatiza la ENA, pasando de problema solo individual y médico-asistencial a otro socio-cultural e integral. Las conductas adictivas están condicionadas por factores riesgo/protección biológicos, psíquicos y sociales. Por tanto, (1) ni la “adicción” es ya sólo una patología crónica de la persona, sino resultante de los tres factores (vulnerabilidad, entornos y contexto macroeconómico y social; figura 1), cambiantes, ni (2) es eficiente esperar a que se actualice en trastorno (daño mental), porque es una relación de riesgo que presenta “factores precursores” o “predictores”.

Anticipemos algún ejemplo de lo que se propone, en el ámbito laboral. Así, piénsese en la utilidad de las *políticas de vigilancia de la salud* si atendieran al “*síndrome de Edorexia*” y sus limitaciones de la capacidad laboral¹⁷, antes de devenir obesidad (su prevención se sitúa en el marco de la Estrategia NAO). O en los beneficios de incluir en las *políticas empresariales de uso de las tecnologías digitales*, “usos socialmente razonables”, sin mediar necesariamente adicción cibernética, reduciendo la alta conflictividad laboral que está generando la ausencia de regulación adecuada -hoy es unilateral- del equilibrio poder (empresa) y libertad (personal).

Figura 1

ADICCIÓN = VULNERABILIDAD BIOLÓGICA (patrón genético) + **AMBIENTE** (acontecimientos vitales de estrés o vivencias de desarrollo en la familia, trabajo) + **CONDICIONANTES SOCIALES**

16 Vid. E. ECHEBURÚA et al. “*Adicciones sin drogas*”. En AAVV. (Eds. J.C. Pérez de los Cobos et al.). Tratado SET de trastornos adictivos. Vol. 1, Panamericana. Madrid. 2006, pp. 461-476.

17 Vid. J.L. LÓPEZ MORALES et al. “*Hábitos psicológicos asociados al apetito: un acercamiento preliminar a su comprensión*”. Rev. Española de Nutrición Comunitaria, 2013, pp. 144-151.

En definitiva, como auténticos “riesgos psicosociales” que son estas conductas, junto a las características de la personalidad determinantes del grado de vulnerabilidad psicológica a las adicciones (estados de ánimo con oscilaciones frecuentes del humor, tolerancia/aversión al dolor, al sufrimiento, a los problemas o conflictos, etc.), las “condiciones ambientales” son, como indica la ENA, muy relevantes. Así, la ludopatía o la adicción al trabajo están fomentadas por la sociedad mercantilista actual, que prima el éxito y el dinero rápido. Asimismo, la “adicción a las compras” no es ajena, insiste la ENA, a los valores sociales, que impulsan al consumo en una sociedad en la que más se es cuanto más se tiene y que no ve ningún peligro en el consumo desmesurado, sino que, al contrario, incide en consumo como clave para la producción y ésta para el crecimiento económico. De ahí, pues su dimensión de problema social, tanto por las causas (factores de riesgo) como por los efectos (muy elevados costes humanos, sociales y económicos), también, por lo tanto, atendiendo a las soluciones (sistemas de gestión y servicios de protección), sin situar toda la carga en la responsabilidad individual.

3.4 El modelo biopsicosocial de gestión integral del riesgo de adicciones conductuales: principales claves para la acción

Ya se ha indicado que la ENA 2017-2021 asume de manera expresa el denominado modelo de comprensión e intervención “biopsicosocial” de todo tipo de adicciones, por lo tanto también de las conductuales. De este modo, el marco estratégico de política de gestión de los riesgos de adicciones, viejas y nuevas, en España parece haber optado, en el ámbito de la prevención, la promoción de la salud y la acción social, por aquel modelo en detrimento del “biomédico” (que relegó el viejo ético-jurídico; vigente aun en el art. 54 ET), centrado en el diagnóstico y tratamiento de las adicciones como enfermedad mental crónica (tratamientos psicofarmacológicos a partir de las clasificaciones en los sistemas psicopatológicos CIE y DSM). Frente a él, el modelo Biopsicosocial supone una evolución para el ámbito de la salud sobre la “Teoría General de Sistemas” (una realidad carece de sentido sin relacionarla con el conjunto de elementos). De ahí la prevalencia de la prevención ambiental, que elimina el reduccionismo del pensamiento lineal causa-efecto, añadiendo un nuevo nivel de complejidad: el concepto de *sistema y su red de interrelaciones* entre los diversos entornos o ambientes que conforman aquél.

El componente biológico del modelo biopsicosocial busca comprender cómo actúan las causas de la adicción imputables al funcionamiento del organismo. El componente psicológico se centra en la parte de agentes psíquicos (falta de auto-control, confusión emocional y los pensamientos negativos, entre otras). El aspecto social analiza cómo los varios entornos de la persona (familiar, cultural, laboral, etc.) y el contexto general (cultural, político, económico) pueden influir en las conductas adictivas. Por eso la prevención exige el diseño de un sistema de acción integral dirigida a cambiar no ya sólo los determinantes individuales, sino también los sociales y ambientales de la conducta excesiva, para lo que precisa tanto de una formación integral de la persona como de la mejora de su calidad de vida (bienestar psicosocial) en todos sus entornos, especialmente en los que más presencia temporal tiene, como el “microsistema trabajo”. Este modelo, además de atribuir a las personas un estatus de agentes activo de su proceso de corrección (voluntariedad

y compromiso activo), enfatiza el valor complementario, pero necesario, del principio de acción corresponsable de la comunidad o entorno social, en lo que aquí concierne, del ambiente laboral. En consecuencia, la recuperación del equilibrio entre la “demanda social” de conducta razonable esperada y el control de sus patrones adaptativos hace de la “red de apoyo socio-laboral” una variable determinante para el éxito o el fracaso de los programas de acción integral (preventiva-promocional-asistencial)¹⁸.

Será sobre la base de este modelo asumido para las adicciones químicas, un creciente sector de investigación científica de las adicciones psicosociales o conductuales, lo adaptarán, para primar las similitudes (etiología y tratamiento) entre ellas sobre sus diferencias. Desde esta óptica, los parámetros de identificación de un trastorno conductual serían¹⁹:

Tabla 2

1. Focalización de la atención o estímulo de la persona en una única faceta vital (llamada en psicología “Saliencia”).
2. Cambios de humor (disforia): la relación con la actividad marca el estado de ánimo
3. Tolerancia (cada vez se precisa más tiempo de actividad para mantener el ánimo)
4. Síndrome de abstinencia (la imposibilidad de la actividad crea inestabilidad)
5. Conflictos relacionales (alteración de entornos y responsabilidades)
6. Recaída (tendencia a volver al patrón desviado)

3.5 El catálogo de adicciones conductuales, con especial relevancia del ámbito laboral

Hemos expuesto sucintamente la polémica en torno a su catalogación psicopatológica, existiendo una tensión entre ventajas e inconvenientes del concepto de adicciones para varias de las conductas referidas, sea en el plano cognitivo (comprensión del comportamiento) sea en el de la acción social (diseño y puesta en práctica de sistemas de gestión de la conducta)²⁰. Sus límites científicos (psiquiátricos) y disfunciones sociales (en el sociológico: estigmatización, discriminaciones, etc.) son manifiestos. De ahí, que se insista en una aproximación menos psiquiátrica y más de salud biopsicosocial. Pero, sea como fuere, lo cierto es que cada vez un número mayor de personas presentan una prevalencia de conductas adictivas (síntomas-síndromes) en nuestras sociedades, se

18 Vid. F. BORRELL I CARRIÓ. “El modelo biopsicosocial en evolución”. Medicina Clínica; 119(5), 2002, pp. 175-9. W. HALL e al. “The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? Lancet Psychiatry, 2, pp. 105-110.

19 Con carácter general vid. M.D. GRIFFITHS. “A components model of addiction...”. Ob. Cit. pp. 191-197. Para la adaptación a las adicciones a las nuevas tecnologías digitales vid. J.A. GARCÍA DEL CASTILLO. “Adicciones tecnológicas...”, Ob. Cit. pp. 5-13. Y para la proyección en las adicciones a la comida vid. J.L. LÓPEZ MORALES. “Hábitos psicológicos asociados al apetito: un acercamiento preliminar a su comprensión”. Ob. Cit., pp. 144-151.

20 Vid. Mann, K. et alii. “The concept of behavioral addiction and limits of the term addiction. Nervenarzt, 2013, pp.548-56. Original en alemán: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00115-012-3718-z>

actualicen o no en adicciones (trastorno psiquiátrico o daño mental), asumiendo los marcos legales y de acción estratégica que hay que intervenir previniendo el riesgo y promoviendo hábitos sanos.

Apelando a este clima científico-social e institucional creciente, cabría incluir dentro del catálogo de conductas adictivas las 7 siguientes (*Tabla 3*) A saber:

Tabla 3

1. El juego patológico (ludopatía)
2. Usos abusivos de las nuevas tecnologías digitales (“adicción cibernética”)
3. El ejercicio compulsivo y obsesivo del deporte (Vigorexia)
4. Trastornos alimentarios o síndrome de Edorexia (adicción a la comida calórica)
5. Conductas de compra compulsiva (adicción a las compras u Oniomanía)
6. La adicción al sexo (incluye, pero no agota, el consumo excesivo de pornografía)
7. La adicción al trabajo (“*Workaholics*” o “*trabajolismo*”)

Ciertamente parecen, y son, muchas. Ni la alarma científica ni la reacción institucional deben entenderse como voluntad de estigmatizar con atributos psicopatológicos las conductas de la vida ordinaria (habitual), como comer, comprar, jugar, el deporte, relaciones sexuales, trabajar, etc... (*Enfoque psicopatológico -incluso moralizante-de la vida cotidiana*). Por lo tanto, ni el exceso ni el abuso respecto de estándares “normalizados socialmente”, el patrón dominante de “*la vida buena* y saludable”, se deben confundir con los usos “patológicos”, tanto para las personas como para la sociedad, y para las empresas. En última instancia, una visión extrema de “pandemia” u obsesión por el “todo adicciones” (“*omni adicciones*”), corre el riesgo de tornar a una sociedad puritana, de control disciplinario de los “los placeres de la vida” más que de búsqueda del bienestar psicosocial de las personas y del conjunto social.

Figura 2



El riesgo contrario de trivialización también existe, desvirtuando la importancia de los factores no individuales. Ese riesgo es mayor en su proyección laboral, para el que podría verse como una desmesura relacionar la acción frente a ellas con las políticas de seguridad y salud en el trabajo (marco vasco), al asociarse a pautas personales y sociales ajenas a las empresas, que se ven más cómo perjudicadas (pérdidas de productividad, alto absentismo, etc.) que como concernidas. Así se constataría respecto de las adicciones con sustancias, no obstante la opción diversa del marco estratégico e institucional. Aunque, como reconoce la ENA, este flanco es el más descubierto hasta el momento, evidenciando notables deficiencias, ahora, con la expansión hacia las conductas adictivas sin sustancias, se revelarían mayores. Sin embargo, no sólo por los enfoques (voluntarios), tanto de los marcos estratégicos y normativos (estatal, autonómicos), sino por la propia conveniencia empresarial, es de especial importancia diseñar y poner en práctica modelos de compromiso e implicación de la empresa en la prevención de estas nuevas prevalencias adictivas, especialmente en las *relativas al trabajo mismo* así como a las *tecnologías digitales*, por su conexión causal y consecuencial, pero no sólo, pues hay otras que pueden tener un notable impacto en el trabajo, dada su potencialidad limitadora de las capacidades de trabajar y de provocar discapacidad, no incapacidad (ej. *Edorexia y obesidad*)

Tabla 4: conductas adictivas por su intensidad de relación con el trabajo

Relación mediata o indirecta con entorno laboral	Relación directa o inmediata con el trabajo (causas y consecuencias)	Relación directa con entorno laboral (consecuencias)
Adicción a las compras	Usos irrazonables de nuevas tecnologías digitales	Adicción a la comida calórica (Edorexia y obesidad)
Adicción al sexo	Adicción al trabajo	Juego patológico
Adicción al deporte		

3.6 Caracterización de las principales adicciones comportamentales: factores de riesgo, prevalencias, síntomas y efectos

3.6.1 Usos intensivos de la tecnología digital: entre riesgo psicosocial y nueva adicción

3.6.1.1 Calificación científica y opciones estratégicas y normativas: ¿el uso intensivo de las tecnologías digitales es una conducta adictiva?

La tecnología digital y su desarrollo no solo constituyen un temor de futuro, son ya realidad, también en el mundo del trabajo. De ahí, que crezcan los criterios diagnósticos y los estudios, teóricos y empíricos, en la comunidad científica en torno a su impacto en el ámbito de la salud psicosocial del conjunto de las población, y de los trabajadores en particular. En este último ámbito hoy está suficientemente aceptado el concepto de “*tecno-*

*estrés asociado al trabajo*²¹, que cabe relacionar, pero no confundir, como luego se explicará con detalle, con el “riesgo de adicción al trabajo” -aunque, como analizaremos, igualmente pueda calificarse de nuevo riesgo psicosocial profesional-. Ahora bien ¿es lo mismo asumir que el uso intensivo de las tecnologías digitales crea *una nueva tipología de riesgos para la salud psicosocial*, sobre lo que hay plena evidencia y suficiente consenso científico, que identificarlas como auténticas nuevas adicciones conductuales, sin diluir este concepto en pura “metáfora” gráfica?

Nueva no es la cuestión, desde luego. Ya en 1995²², cuando aún la tecnología no tenía el nivel de desarrollo y penetración social de hoy, se adscribieron las “adicciones tecnológicas” a las adicciones psicosociales o sin sustancias, aportándose informes de décadas anteriores²³. También sobre la delimitación de la conducta hay notable consenso, caracterizándose por lo común esa eventual “adicción a Internet” como aquellas conductas de uso descontrolado de los dispositivos informáticos, electrónicos o digitales que, por su intensidad de frecuencia y por lo continuado o repetitivo de la conducta, provocan malestar o deterioro (angustia, ansiedad).

Pero lo que no hay es, pese a todo, consenso científico entre esa comunidad científica sobre su calificación cierta como eventual “adicción”²⁴, pues tiene tantos críticos como defensores, si bien parece inclinarse la balanza hacia la investigación de los problemas de control de este tipo de conducta relacionados con la noción, laxamente entendida (no propiamente psiquiátrica), de adicción, como se analizó más arriba.

Ahora bien, al margen del estado del arte científico, lo verdaderamente cierto y relevante a nuestros efectos es determinar cuál es el marco institucional, normativo y estratégico, al respecto, esto es, si institucionalmente se ha normalizado la utilidad propuesta del concepto biopsicosocial de adicción para abordar los usos irrazonables de las tecnologías digitales. Y aquí conviene evidenciar que también hay una cierta diferencia de posición. La referida ENA considera que, para “*comportamientos que actualmente se identifican de forma frecuente como posibles adicciones (internet, pantallas digitales, tecnologías de la información y comunicación, etc.) se precisa más información y definición acerca de estas patologías para llegar a un consenso científico*”. En cambio, como ya se indicó, en los Planes autonómicos más recientes, así como en sus legislaciones, en especial la vasca, última y más moderna y evolutiva en esta materia, sí se reconoce expresamente esa calificación de forma expresa, dejando vía expedita a otras conductas adictivas, en atención al principio

21 MANZANO SANTAMARÍA, N., “Las tecnologías de la comunicación y la información (TIC’s) y las nuevas formas de organización del trabajo: factores psicosociales de riesgo”. Anuario Internacional sobre prevención de Riesgos Psicosociales y calidad de vida en el trabajo: Nuevas tecnologías de la información y la comunicación y riesgos psicosociales en el trabajo. UGT. 2016

22 GRIFFITHS, M.D., “*Techological addictions*”. Clinical Psychology Forum, núm.76. 1995. Págs. 14-19

23 SHOTTON, M.A., “The cost and benefits of the computer addiction”. Behaviour Information and Technology, num. 10. 2001. Págs. 219-230

24 Vid. M.I. JIMÉNEZ ALBIAR et al. “Diferencias de sexo, característica de personalidad y afrontamiento en el uso de internet, el móvil y los videojuegos en la adolescencia.” Health and Addictions: salud y drogas. Vol.12. Núm.1. 2012. Págs. 61-82

de precaución y remitiendo para ello a los servicios públicos de salud.

¿Hay una contradicción manifiesta? Ya se apuntó más arriba igualmente que no. En efecto, la ENA reconoce de forma expresa que el punto de partida, y, por lo tanto, la pauta o la guía más relevante para la política de gestión de las conductas adictivas, ha de atender a sus “*analogías con las adicciones...que se observan en el juego patológico*”.

3.6.1.2 Revisión de los estudios sobre prevalencias de las adicciones cibernéticas: El Test de Orman

En consecuencia, sin perjuicio de la conveniencia de promover estudios empíricos que permitan mayor acumulación de evidencia (prevalencias, criterios diagnósticos, objetivación de tiempos típicos de uso para que la conducta devenga riesgosa, etc.), es necesario analizar cómo inciden los nuevos modelos de organización social en general, y laboral, en particular en la relación entre el uso de las nuevas herramientas digitales y el bienestar psicofísico y social de las personas. El manifiesto crecimiento de los factores de riesgo, sin la debida protección, está generando incrementos de prevalencias, que empiezan a estimarse.

A tal fin, una suficiente revisión de la investigación en la materia, que es muy extensa, tanto en nuestro país como en otros, en especial en el mundo anglosajón, pone de relieve cómo el “riesgo de uso adictivo” o, en todo caso, “problemático” desde el punto de vista psicosocial, de las tecnologías digitales²⁵, se asocia a dos factores, que deben darse de forma cumulativa no alternativa:

- **Los tiempos de conexión** (criterio de frecuencia e intensidad de uso). Naturalmente, a mayor dedicación temporal mayores serán los conflictos derivados del abandono de los otros tiempos de vida. Por lo tanto, incide en la ruptura de los hábitos de vida, dado que, además, incrementará la autopercepción de adicción²⁶. Aunque no hay una relación causa efecto entre horas de uso y eventuales daños mentales, sí constituye una fuente importante de riesgos (psicosociales, ergonómicos, físicos, etc.).
- **Los llamados refuerzos, recompensas o satisfacciones inmediatas que reporta** (ej. facilidad de comunicación con los demás, mayor libertad en las relaciones virtuales, etc.). A este respecto, queda claro que la alta disponibilidad de conexión, en cualquier lugar y en todo momento, pese a las mayores posibilidades de conciliación que abre con otras facetas de la vida si se usa adecuadamente, también promueve conflictos de roles o esferas de vida (laboral, familiar, personal, etc.), alterando las diferenciaciones de tiempo de la vida cotidiana. Por lo tanto,

25 VALLECILLO GÁMEZ, M.R., “Tecno-estrés y tecno-adicciones, su problemática consideración como contingencia profesional”. Anuario Internacional de Riesgos Psicosociales y calidad de vida en el trabajo: Nuevas tecnologías de la información y la comunicación y riesgos psicosociales en el trabajo. UGT. 2016. pp.181-207

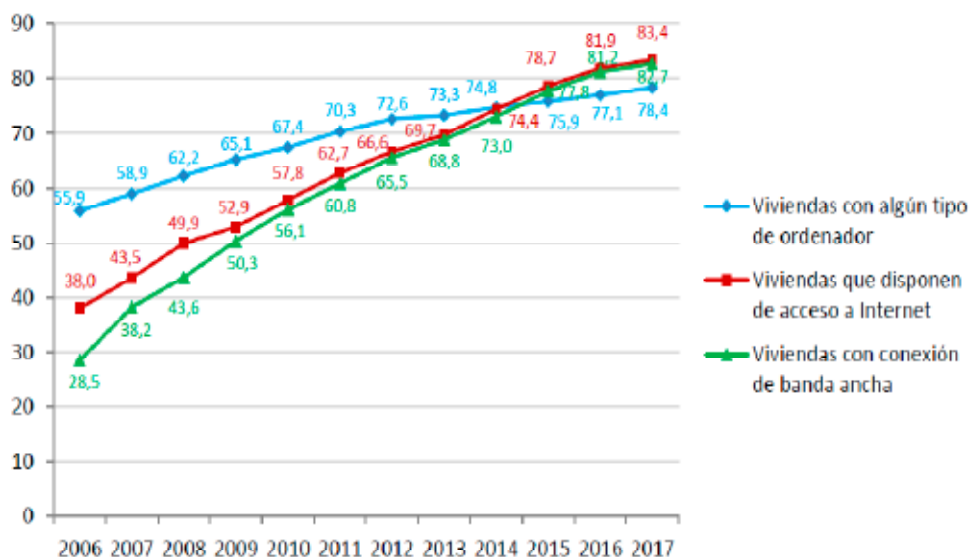
26 Vid. EXLINE, J.J., “*Trait entitlement: a cognitive-personality source of vulnerability to psychological distress*”. *Psychol Bull.* N. 142. 2016. pp. 1204-1226

se convierte en “el mejor caldo de cultivo para una adicción”²⁷, en sí misma considerada, pero también como un potente canal de desarrollo de otras adicciones (sexo, compra, trabajo...), fomentando fenómenos agravados de poli-consumos o conducta adictiva múltiple.

Las prevalencias de uso por la población son una realidad indiscutible ya. La utilización de la tecnología digital domina nuestras vidas, e incluso las esferas de relación, en lo positivo y en lo no tanto. De ahí que no pare de crecer exponencialmente su intensidad y frecuencia en los entornos domésticos u hogares, sin perjuicio de ciertas “brechas digitales” (entre usuarios y los que no; perfiles socio-demográficos de los usuarios, etc.). Así se deriva de la *Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares* (Encuesta EUTICH), conforme muestra la figura 3. Su elaboración corresponde al INE en colaboración con el Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT) y el Instituto de Estadística de Cartografía de Andalucía (IECA) y sigue las pautas de EUROSTAT.

Figura 3: Evolución del equipamiento TIC en hogares.

Evolución del equipamiento TIC en las viviendas
Serie homogénea 2006-2017. Total nacional (% de viviendas)



Fuente Encuesta EUTICH

27 Vid. J.A. GARCÍA DEL CASTILLO. “Adicciones tecnológicas...”. Ob. cit., pp. 9 y 11

En el año 2017, en España, el **84,6% de la población** de 16 a 74 años ha utilizado Internet en los últimos tres meses (Figura 4), cuatro puntos más que en 2016. El uso de Internet es una práctica mayoritaria en los jóvenes de 16 a 24 años, rozando el 100 por 100 (aunque persiste, se reduce, la brecha digital de género). Al aumentar la edad (Figura 5) desciende el uso de Internet en hombres y mujeres, siendo el porcentaje más bajo el que corresponde al grupo de edad de 65 a 74 años (un 47,6% para los hombres y un 40,2% para las mujeres).

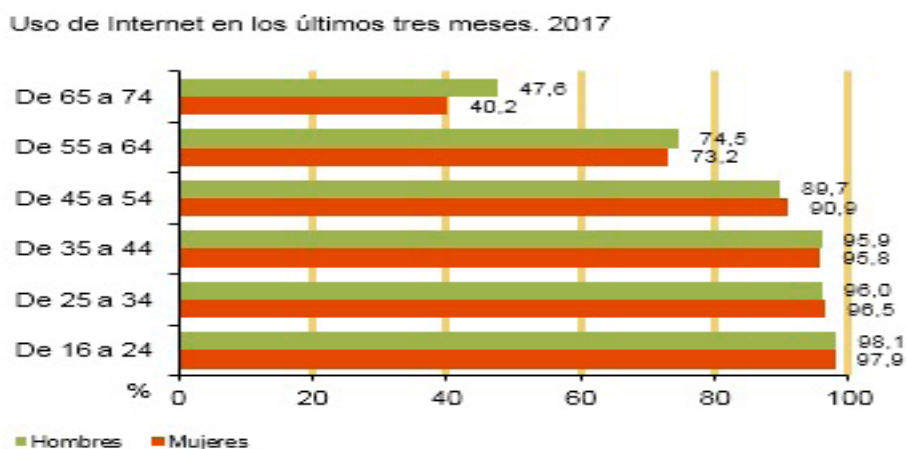
Figura 4. Encuesta TIC-H.

Equipamiento y uso de TIC en los hogares – Año 2017			
		Valor	Variación
Hogares con conexión a internet	1	83,4	1,5
Hogares con conexión de banda ancha	1	82,7	1,5
Personas que han usado Internet (últimos 3 meses)	2	84,6	4,0
Usuarios frecuentes (al menos una vez por semana en los últimos 3 meses)	2	80,0	3,5
Personas que han comprado por Internet (últimos 3 meses)	2	40,0	5,1

Valor en porcentaje. Variación: diferencia respecto a la tasa del año anterior

1. Hogares con al menos un miembro de 16 a 74 años de edad
2. Personas de 16 a 74 años de edad

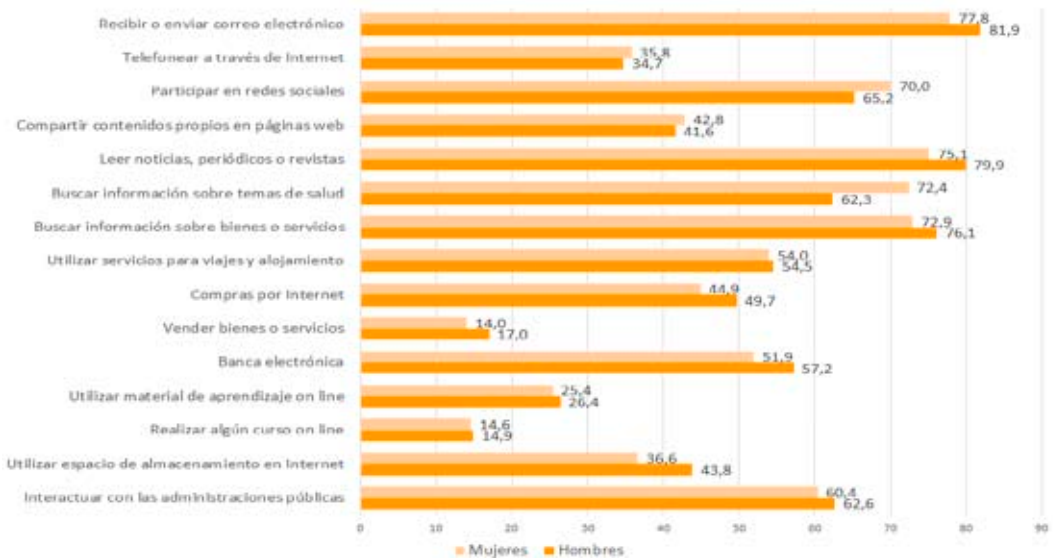
Figura 5



Fuente: Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los Hogares. INE

Por tipos de actividades realizadas por Internet, se observa (Figura 6) que la mayor frecuencia se alcanza en la mensajería electrónica (mayor prevalencia en hombres), en la participación en redes sociales (mayor prevalencia en las mujeres) así como en la búsqueda de información digital (noticias en periódicos o revistas de actualidad *on line*), especialmente sobre bienes o servicios y compras por internet. La formación online tiene menor incidencia.

Figura 6. Porcentaje de usuarios de Internet en los últimos 3 meses, por tipo de actividad realizada y sexo. Año 2017. Encuesta TIC-H



Pero si son muchos los Estudios disponibles sobre los “factores de riesgo” a este tipo de conductas problemáticas, muy pocos son los que revelan índices de prevalencia específicos y razonablemente ciertos. Los disponibles en otras experiencias, sobre todo la anglosajona²⁸, resultan poco decisivos, pues muestra una extraordinaria oscilación, que va desde apenas el **0,3%** de la población hasta nada menos que el **8,2%** de la misma. Aunque en el ámbito de Europa son menos los estudios empíricos disponibles, si se cuenta con ciertos instrumentos psicométricos validados, aun con desigual aceptación, experimentación y calidad psicométrica, para ofrecer índices de prevalencia. Sería el caso de la “prueba o escala de Young” (1998), con 20 ítems, o la “Escala Cognitiva en Línea” (OCS), centrada en la relación de la persona con sus entorno, identificando la adicción con el grado de desplazamiento del mismo por el virtual, la Escala PRI (Problemas relacionados con el uso de Internet), el “*Test o Encuesta de Conductas Ciber-adictivas de Orman*” (1996)²⁹.

28 SHAW, M. & BLACK, D.W. “Internet addiction: Definition, assessment, epidemiology and clinical management” *CNS Drugs*, 22(5). 2008. Págs. 353–365. Cash, H., Rae, C. D., Steel, A. H. & Winkler, A. “Internet Addiction: A Brief Summary of Research and Practice”. *Current Psychiatry Review*, 9(4). 2012. Págs. 292-298

29 Vid. <http://tpealt.e-monsite.com/quiz/test-de-dependance-le-test-d-orman.html>. Su validez psicométrica en A. MATAS Orman's Internet Addiction Survey: A preliminary psychometric study in an university Andalusian sample. *Universitas Psychologica*, 14(3), 2015, 1107-1116. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-3.oias>. En

Este último ha concitado diversos Estudios, tanto teóricos y de adaptación al español como aplicaciones prácticas de interés. Esta escala psicométrica, inicialmente de estrés, pero luego adaptado a la adicción cibernética, se integra con 9 ítems (preguntas) que admiten dos entradas (respuestas), o positiva o negativa, si bien podría no contestarse, pero no hay escalas intermedias de respuesta. Sin duda esta rígida dicotomía puede ensombrecer sus resultados, al perder importantes matices y escalas de conducta, a menudo más complejas que las que da a entender un rígido Sí o No. De ahí que sea frecuente en diversos estudios que lo utilizan como principal referente psicométrico introducir mayores opciones de respuesta, con lo que se sustituye la medición en función del número de respuestas positivas o negativas por otro que atribuye puntuaciones en virtud de las diferentes respuestas. En todo caso, en función de las puntuaciones o del número de respuestas positivas a las preguntas se establece una clasificación triple, de menor a mayor intensidad del problema, de modo que en la base -mayoritaria- aparecerían los consumos o los usos no problemáticos desde el punto de vista de la salud, aunque pueda conllevar dedicación alta, incluso excesiva, en la cúspide las conductas realmente problemáticas desde el plano de los trastornos adictivos, siendo las intermedias las reveladoras de conductas de riesgo (Cuadro 1)³⁰.

Cuadro 1: Prueba de Adicción Cibernética de Orman.

Encuesta de adicción cibernética de Orman

PREGUNTAS

1. ¿Pasa más tiempo conectado a Internet de lo que pensaba inicialmente?
2. ¿Le importa limitar el tiempo que pasa en Internet?
3. ¿Algún amigo o familiar se ha quejado del tiempo que pasa en Internet?
4. ¿Le resulta difícil vivir sin estar conectado durante unos días?
5. ¿Se vieron afectados el rendimiento de su trabajo profesional o sus relaciones personales debido al tiempo que pasa en Internet?
6. ¿Hay áreas de Internet, sitios particulares, que le resulten difíciles de evitar?
7. ¿Tiene problemas para controlar el impulso de comprar productos o servicios relacionados con Internet?
8. ¿Ha intentado, sin éxito, restringir el uso de Internet?
9. ¿Se desvía mucho de sus ámbitos de acción y de satisfacción a causa de Internet?

Atendiendo a las respuestas se fija una escala para determinar el tipo de conducta. Si se responde positivamente de 1 a 3 ítems, el uso revelaría una leve tendencia hacia usos excesivos, pero sin afectar a la salud ni a las pautas de vida normalizadas. En cambio, si

el Estudio se da cuenta de los demás instrumentos, remitiendo a sus propiedades y estudios más relevantes, si bien opta por aplicar a su estudio empírico la prueba de ORMAN, por su sencillez y calidad psicométrica.

30 E. ECHEBURUA-P. DE CORRAL. "Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto". Adicciones, 22(2), 91-96.

se responde entre 4 y 6 afirmativamente, se revelaría ya un uso de riesgo, que puede ser precursor de una conducta adictiva. Calificándose como un uso problemático o de trastorno adictivo si se da respuesta positiva a 7 o más ítems (Cuadro 2).

Cuadro 2: Escala de dependencia o de estrés cibernético de ORMAN

Escala de dependencia (o de estrés cibernético) de ORMAN

Uso adictivo (de 7 a 9 respuestas)

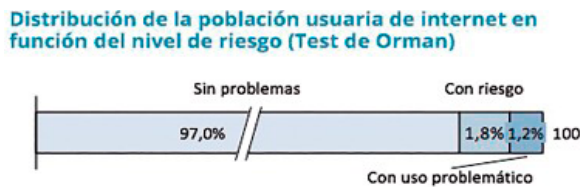
Uso de riesgo (de 4 a 6 respuestas)

Uso intenso, pero no problemático (de 1 a 3 respuestas)

En España, son interesantes los datos ofrecidos recientemente por el VII Plan Vasco sobre Adicciones (p.119), en el que, aplicando el citado *Test de Orman*, se aventura un **índice de prevalencia de los diferentes consumos/ usos de riesgo adictivo a la tecnología digital**. A tal fin se distingue (Figura 7) entre consumos o usos “abusivos” (socialmente irrazonables por su alta frecuencia), usos digitales *de riesgo* (provocan una alta probabilidad de desequilibrio o afecciones psicosociales) y usos digitales *nocivos* (ya crean trastornos típicamente adictivos). Así:

- a. para los que considera **usos intensivos o irrazonables de las tecnologías digitales**, por ir más allá en la frecuencia de lo recomendable, sitúa el índice de prevalencia **entre el 1,5 y el 6,7** de la población de 15 a 74 años. Al igual que los referidos estudios en el ámbito anglosajón, la incertidumbre sobre la incidencia real es excesiva, pues la horquilla es extremadamente amplia.
- b. **El índice de prevalencia de los usos de riesgo** (dificultades para controlar usos de tipo compulsivo) se situaría en el **1,8 por cien**.
- c. **El índice de prevalencia de los usos auténticamente problemáticos o nocivos** para la salud mental (trastornos genuinamente adictivos) se situaría en el **1,2 por cien (unas 20.000 personas en el País Vasco)**

Figura 7: Prevalencia de las adicciones cibernéticas en el País Vasco, 2016.



En resumen, conforme a ese sugerente Estudio, si 7 de cada 100 usuarios presenta un perfil de “uso irrazonable” o abusivo de la tecnología digital, se reduce a **3 de cada 100** los que tienen pautas de “uso problemático” para su salud psicosocial, incidiendo el uso adictivo sólo (prácticamente) en 1 de cada 100. Esto es, y como luego se verá, el índice de prevalencia de la adicción a internet (*ciberadictos*) sería análogo al del juego patológico (*ludópatas*). Otras *Encuestas realizadas sobre una prueba de estudiantes andaluces en 2011*, con el mismo método, pero complementado con otros, arroja resultados sensiblemente diferentes. Así:

El resultado mostró que³¹:

- a. el 5.6% de los participantes en la encuesta tenía problemas de control
- b. el 43.2% se encontraba en situación de riesgo.
- c. El 51.2% no presentaba problema alguno

Ciertamente, la muy diferente muestra -en la universitaria predominaba una población joven con un uso intensivo de dispositivos digitales, ya en 2011-, podría explicar diferencias, situándose los índices de prevalencia de la adicción cibernética dentro de la horquilla fijada por los citados estudios en el ámbito anglosajón. No obstante, llama la atención que, con una aplicación metodológica diferente (Encuesta o Test de Adicción a internet de Young), con una calidad psicométrica menor, el índice de prevalencia resultante fue:

- a. El de los usos problemáticos o adictivos se redujo al **1,5 %**,
- b. el **34% presentaban situaciones** intermedias, esto es, de **riesgo**
- c. los que **no presentaban problemas de descontrol del uso eran casi el 64 por cien**, una cifra mucho más reducida que la mostrada por el Estudio vasco.

Se confirma, pues, la falta de una psicometría suficientemente cierta para determinar el índice de prevalencia de las conductas de riesgo adictivo a las tecnologías digitales. Ahora bien, una vez más, una valoración detenida de los datos, además de confirmar la necesidad de más estudios empíricos y con pruebas más homogéneas, pone de relieve que sí se puede llegar a ciertas afirmaciones razonablemente seguras, de modo que si es cierto que **el nivel máximo de inquietud adictiva -trastorno adictivo- se situaría en torno al 1,5 por ciento de la población**, el de **las conductas de riesgo adictivo**, por lo tanto también relevantes en el plano de la prevención-promoción de la salud, **se situaría para nuestro país en torno al 5-6 por cien**. Por lo tanto, el cierre de la horquilla ya es menor y, en consecuencia, mayor la comprensión de la notoriedad del problema, superior, al del juego patológico.

Asimismo, los Estudios disponibles, para el ámbito anglosajón, aportan otras informaciones. Así, ponen de relieve una clara prevalencia, por perfil socio-demográfico, de los hombres, entre 20 y 39 años y en países con mayor acceso a las tecnologías digitales. Además, se identifica un periodo de latencia de aproximadamente 10 años desde el inicio de la conducta hasta el momento en que debutan los síntomas nocivos, mutando un uso (objetiva o materialmente) excesivo en otro psicossocialmente problemático.

3.6.2 Usos problemáticos de las tecnologías y adicción múltiple: las redes sociales, factores de riesgo y de protección, para la salud

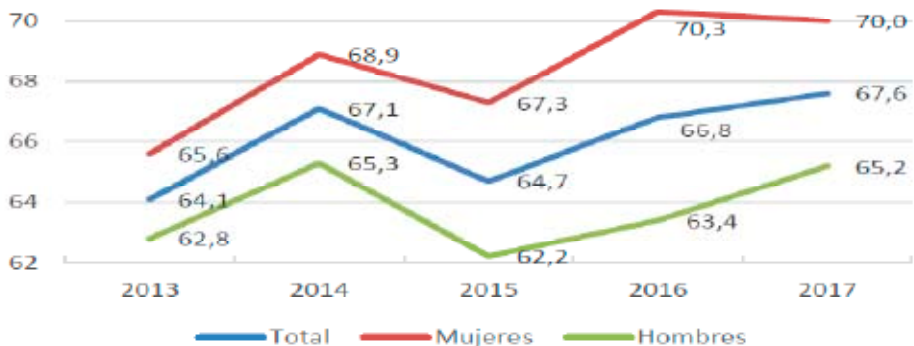
Algunos de los datos son muy reveladores de la referida **asociación de internet a otras eventuales conductas de riesgo de trastorno compulsivo**, por lo que se revela potencialmente muy útil para poder analizar las conductas de “poli-consumo” en el ámbito

31 Matas, A. (2015). Orman's Internet Addiction Survey: A preliminary psycho' metric study in an university Andalusian sample. Ob. Cit.

de las “adicciones conductuales”. De los diversos subtipos o modalidades de potenciales -o posibles- adicciones a la tecnología digital, en especial internet (juego patológico, compra excesiva, sexo compulsivo, redes sociales), la referida Encuesta TIC-H nos ofrece algunas pistas de su asociación intensa con las compras excesivas, de un lado, y con el “enganche” a las redes sociales, de otro (no parece que haya mucha gente dispuesta a contestar en este tipo de Encuestas que reconoce navegar por webs pornográficas). Por su especial relación con los factores ambientales, que por supuesto están también en el ámbito de la “compra adictiva” (piénsese en el impacto tan relevante de la sociedad consumista y sus nuevas formas de promoción de compra continua³²), así como, sobre todo, con el factor entorno laboral, nos detenemos en la instrumentalización de la transformación digital de la vida en la red social.

A este respecto, Destaca especialmente cómo ha crecido la **participación en redes sociales** (Figura 8), a fin de construir perfiles personales -y profesionales (39% según la Asociación para la Investigación de los Medios de Comunicación -AIMC-)-, articulando una red de contactos, al tiempo que se navega a través de los perfiles de los demás. Desde luego que, al margen de eventuales conflictos que pueden generarse en entornos restrictivos para usos personales y sociales, como el laboral, queda claro que tales indicadores no constituyen por sí mismos precursores de adicción, aun cuando resulte excesivo. La evidencia empírica apuntaría el reducido potencial adictivo de las redes virtuales, si bien las últimas investigaciones dejan entrever mayor incidencia³³

Figura 8: Evolución de la participación en las redes sociales por sexo 2013-2017. Encuesta TIC-H



32 Las dudas científicas sobre el carácter adictivo propiamente o no de esta conducta excesiva está igualmente presentes en los estudios disponibles, ya muchos. Vid. CLARK, M. y CALLEJA, K. “Shopping addictions: a preliminary investigation among Maltese university students”. *Addiction Research & Theory*. 2008. Pp. 633-649; FERNANDEZ GONZÁLEZ, A. et. Al. “Individual factors associated with buying addiction: an empirical study”. *Addictions Research & Theory*. Núm. 14. 2006. pp. 511-525

33 Vid. R. PIES. “Should DSM-V Designate “Internet Addiction” a Mental Disorder?” *Psychiatry (Edgmont)*, 6(2). 2009. pp. 31–37; Vid. J.A. GARCÍA DEL CASTILLO. “Adicciones tecnológicas...”, Ob. cit. pp.10-11. Para una amplia gama de datos de uso vid. la Infografía resumen de la 20ª Encuesta AIMC a usuarios de Internet – Navegantes en la Red que permite visualizar las principales conclusiones de una manera clara y concisa <http://www.aimc.es/otros-estudios-trabajos/navegantes-la-red/infografia-resumen-20o-navegantes-la-red/>

Más allá de los estudios de “perfiles de personalidad” de los usuarios (donde hallamos tanto de un tipo como de otro, extrovertidos como introvertidos, dándole un uso diferente, pero, en todo caso, elevado), tan del gusto de enfoque psicológico³⁴, recientemente se insiste más en análisis de prevalencias, sobre todo en los jóvenes (enfoque sociodemográfico) y sus relaciones con la prevención-promoción de usos razonables desde el punto de vista de la salud psicosocial. Sería el caso, para el Reino Unido, del Informe realizado por investigadores de la Universidad de Cambridge y miembros de la Royal Society for Public Health (RSPH)³⁵, que evaluó las experiencias que tienen jóvenes de 14 a 25 años en las cinco redes sociales más populares, alcanzando este orden de menor a mayor nocividad adictiva: YouTube, Twitter, Facebook, Snapchat, Instagram. La mejor posición de YouTube obedecería a su capacidad de ofrecer más información sobre las experiencias de los demás y sobre salud, así como por fomentar la autoexpresión y disminuir el sentimiento de soledad, ansiedad y depresión de los usuarios. En contraste, los usuarios de *Instagram* obtuvieron los mayores registros de riesgo.

Todas ellas, sin embargo, impactarían negativamente en la calidad del sueño, pues perturba sus ciclos naturales. Dato corroborado por la última Encuesta AIMC (1 de cada cuatro usuarios ha disminuido el tiempo dedicado a dormir). Por lo tanto, los usuarios de redes son tres veces más que los no usuarios. Aparece la interacción entre diferentes factores de riesgo y trastornos: dormir mal, o poco, puede causar problemas psíquicos (depresión, estrés) y físicos (tensión alta, diabetes), incluidos trastornos alimentarios que conlleva, sobrepeso y obesidad (poli-consumos o adicción múltiple). Pero no todo es riesgo, también hay protección. En suma:

El 91% de los jóvenes entre 16 y 24 años utilizan alguna red social
Las redes sociales se han descrito como más adictivas que el tabaco o el alcohol
Las tasas de ansiedad en los jóvenes se han incrementado un 70% en los últimos 25 años
Las redes sociales incrementan las tasas de ansiedad, depresión y trastornos del sueño
Las redes pueden también mejorar el acceso de los jóvenes a información sobre salud, tanto de otras personas como de los expertos (difusión estándares saludables)
Utilizar bien las redes sociales mejora el apoyo emocional por sus contactos, debiéndose iniciar el aprendizaje de uso seguro y saludable desde la escuela
Las empresas contratan a jóvenes para introducir un componente digital en su aprendizaje (indicador de salud psicosocial asociado al empleo juvenil)

Se constata, pues, una creciente inquietud científico-social sobre los efectos perjudiciales de las redes sociales en la salud psicosocial de las personas, en especial de los más jóvenes, y manifiesta necesidad de introducir en todos los entornos de uso de las redes sociales

34 KUSS, D.J. y GRIFFITHS, M.D. “ *Online social networking and addictions: a review of the psychological literatura*”. Int. J. Environ. Res. Public Health. N. 8, 2011. pp. 3528.3552

35 Vid. *Royal Society for Public Health. #StatusOfMind – Social media and young people’s mental health and wellbeing*. Mayo 2017

“sistemas eficaces de alerta temprana” contra el riesgo de usos insalubres. Al margen de su dimensión cuantitativa, es evidente que las relaciones de conflicto psicosocial y de riesgo adictivo existen. La transición, en ciertos casos, desde los usos irrazonables de riesgo a los de riesgo de adicción a Internet ni se produce de forma alarmante en la realidad ni es igual de una persona a otra, por lo que sería imposible objetivar el riesgo en una cantidad exacta de horas por día o una cantidad total de mensajes enviados que indiquen que una persona está en la senda de una adicción. Sin embargo, no sólo el riesgo existe, según factores de vulnerabilidad personal en interacción con los factores ambientales, sino que hay *indicadores de alarma que pueden actuar como precursores*, sobre los que la ENA llama ahora a actuar integralmente.

Uno de estos indicadores, por lo que interesa a este estudio, sería el de las respuestas de la persona al estímulo más crítico que puede percibir quien está afectado potencialmente por este tipo de trastornos: verse impedida la conexión por el entorno, familiar, o educativo, pero también laboral. Si el requerimiento de desconexión de un uso personal en el entorno laboral, por ejemplo, fuese respondido negativamente (irritación, enfado, etc.), podría ser un relevante indicador. Las pérdidas transitorias de conectividad, independientemente de cuál sea el motivo que lo cause, incluso justificado, se vive con gran ansiedad o angustia, porque rompe la participación activa, con lo que este tipo de reacciones se asemejan al “síndrome de abstinencia”, parámetro usual para identificar a las drogas (adicciones con sustancia).

El indicador de problematicidad adictiva será mayor si la limitación del entorno, probable en el trabajo por ser un ámbito de prohibiciones del uso social³⁶, es respondida en el terreno emocional, y al margen del conductual (posible inobservancia de la prohibición laboral) con abatimiento. Esta actitud de malestar refleja una pérdida de control. Desde esta perspectiva conflictual con el entorno laboral, resulta de interés también destacar el dato de la citada última Encuesta AIMC, según la cual, casi **una de cada diez personas reducido el tiempo dedicado al trabajo** a favor del dedicado al tiempo de vida en la red. Con estas actitudes, ciertos estudios empíricos (por ejemplo los hechos en EEUU) hallan un importante porcentaje, nada menos que **el 43%, de las personas con conducta adictiva a internet, perjudicadas por el efecto de la pérdida del trabajo**³⁷ -además de otros problemas económicos y familiares-

3.6.2.1 El factor ambiental laboral: plena “disponibilidad digital” y “consumidorización” como caldos de cultivo para las conductas adictivas

La prevalencia ambiental es, en todo caso, manifiesta. **La continuidad de conexión entre entorno extra-laboral y laboral, sin fronteras precisas, es un gran caldo de cultivo para las conductas de riesgo, por la alta disponibilidad de conexión que crea (Figura 9).**

³⁶ En el apartado relativo a las políticas en la materia veremos como la tendencia mayoritaria es a una prohibición absoluta de usos no productivos (no actúa como factor de protección, sino más bien de riesgo)

³⁷ Vid. BLACK, D.W. et al. “*Clinical Features, psychiatric comorbidity and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behaviour*”. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 1999, pp. 839-844.

Figura 9: Encuesta TIC-H.

Indicadores sobre uso TIC en las empresas - Años 2016-2017			
		menos de 10 empleados	más de 10 empleados
Ordenadores	1	73,08	99,57
Tiene conexión a internet	1	70,22	98,70
conexión a internet	2	29,81	77,69
Utilizan medios sociales	2	31,20	49,57
Realizan ventas online	1	4,45	20,41
Realizan compras online	1	15,70	31,36

1. Datos medidos en porcentaje sobre el total de empresas de cada tipo
2. Porcentaje sobre el total de empresas con conexión a internet de cada tipo

Todos los datos disponibles evidencian la centralidad o el protagonismo, para predecir potenciales problemas de salud psicosocial asociados a los usos irrazonables de las tecnologías digitales, del doble factor coadyuvante a desarrollar trastornos de esta naturaleza, incluso de tipo adictivo propiamente: el contexto y el entorno laboral. En el primero, hay que destacar la creciente confirmación del fenómeno denominado “**consumerización**” (versión más extendida, pero feo anglicismo) o “*consumidorización*” (más castiza, pero igual de desafortunada), un proceso en progresivo aumento en virtud del cual las tendencias que la industria de las nuevas tecnologías digitales promueven para el mercado de los consumidores, impulsando cambios constantes que favorezcan la dependencia digital de las personas en su vida cotidiana, luego se propaga a las empresas y al trabajo. De este modo, se facilita, de nuevo, que los diversos entornos no quiebren el continuum de vida digital de la persona.

De este modo, la disolución de las fronteras entre los distintos tiempos de vida se hace todavía más aguda. De un lado, los contemporáneos modelos de organización del trabajo tienden a mantener la conexión, por la vía digital, fuera del tiempo laboral, abarcando los tiempos personales, con lo que se tiende hacia un modelo de conectividad permanente, cuya capacidad para crear una cascada de problemas para la salud del trabajador, además de para otros derechos fundamentales es manifiesta³⁸. De otro, desde el otro lado de las relaciones de trabajo, un creciente número de trabajadores prefiere seguir utilizando sus dispositivos de tipo electrónico para la actividad laboral que recurrir a los dispuestos a tal fin por parte de la empresa y de su titularidad. A este último fenómeno se denomina “BYOD” (Bring Your Own Device - “trae tus propios dispositivos”).

Este fenómeno está creando una fuerte presión a los departamentos de gestión de personal debido al imperativo desarrollar políticas eficaces para la incorporación adecuada

³⁸ Vid. EUROFOUND AND THE INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (ILO). Working anytime, anywhere: The effects on the world of work, Publications Office of the European Union and the International Labour Office, 2017.

y usos social y productivamente razonables de los dispositivos personales, “servicios de nube” y otras formas de “informática para consumidores” presentes en el trabajo. Según los estudios más recientes³⁹, el fenómeno de la “consumerización” de la tecnología digital será la tendencia más significativa durante los próximos diez años. En el año 2020, un 45% de las empresas sólo aplicará el “BYOD”, el 40% dará esta opción a sus trabajadores y el resto (el 15%) no aplicará ninguna política en este sentido. Pero el fenómeno está ya presente (Figura 10), aunque no están generalizadas las *políticas de uso aceptable* (PUA) con relación al uso, la seguridad y la responsabilidad de los dispositivos propiedad de los empleados

Figura 10: Fuente: Encuesta sobre teléfonos personales en el trabajo realizada por TREND MICRO



Por supuesto, no podemos entrar aquí en analizar ni siquiera brevemente los muchos problemas de organización que genera esta tendencia, tanto del lado de la seguridad digital de las empresas, cuanto de la garantía de privacidad de los trabajadores, también la garantía de que no se produzca un “enriquecimiento injusto” (el empleador se aprovecha de esos medios de producción sin retribuirlos adecuadamente). Las razones de la implantación del BYOD tiene que ver básicamente con el pretendido ahorro de costes asociados a los dispositivos móviles, pero también a otras ventajas económicas (atracción-retención del talento joven, compromiso con la empresa, mayor disponibilidad, locativa y temporal), así como a beneficios para los trabajadores (acomodación-libertad del trabajador al utilizar su dispositivo personal). Sin duda, es un campo abonado para nuevas regulaciones colectivas, a fin de que no quede en manos de las políticas de organización y de gestión unilateral de las empresas, como suele suceder con la gestión digital en las empresas. Si no media una adecuada regulación las indudables ventajas pueden transformarse en graves riesgos que, antes o después, se actualizarán en altos costes y daños, para los intereses empresariales y para los derechos de los trabajadores⁴⁰.

39 WILLIS, D.A., «Bring Your Own Device: the results and the future», Gartner Research, n. April, Gartner, Stamford (USA), 2013, G00250384, p. 3

40 INSTITUTO NACIONAL DE CIBERSEGURIDAD (INCIBE), Dispositivos móviles personales para uso profesional

Pero, decíamos, no podemos adentrarnos aquí en tan compleja y sugerente materia. Sólo nos es útil para insistir en cómo tanto el contexto socio-económico global (transformación digital) como los nuevos modos de organización de la empresa y del trabajo en la misma, dan alas al mayor potenciador de una conducta adictiva como la aquí tratada: la facilidad conectiva intensifica la función reforzante inmediata del uso continuo de los dispositivos digitales. Por lo tanto, el alto nivel de accesibilidad, la inmensa oferta de servicios disponibles y el modelo de organización el trabajo configuran un “*riesgo potencial de sobreuso o sobreexposición digital*” que, al interactuar con factores personales (vulnerabilidad personal), para muchos puede dar lugar a actualizarse en trastornos adictivos, con los elevados costes que tiene.

3.6.3. Dimensión personal o individual de la conducta activa: vulnerabilidad y efectos negativos para la salud

El modelo biopsicosocial para la comprensión y el abordaje de las conductas con riesgo cierto de devenir adictivas exige, como reconoce la ENA, poner énfasis en el plano ambiental, como se ha evidenciado en los apartados anteriores. Pero es evidente que su relieve actual no puede excluir la dimensión personal, sin la cual el riesgo (psicosocial) no se actualiza en daño (mental), ni en elevados costes (humanos, sociales y económicos). En este sentido, todo proceso de adicción⁴¹, por lo tanto, también a las nuevas tecnologías digitales, presupone incidencia en la vulnerabilidad psicológica de las personas potenciales afectadas, lo que se traduce en diversos desequilibrios o déficits (alteraciones psicopatológicas). A saber:

DÉFICITS DE PERSONALIDAD	DÉFICITS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES	DÉFICITS COGNITIVOS
Introversión	Timidez	Fantasías
Baja autoestima	Fobias sociales	Dispersión de la atención
Depresión/ansiedad	Conflictividad interpersonal	Falsas o falaces percepciones de la realidad

Del mismo modo que para las adicciones con sustancia, así como para la ludopatía, en los estudios sobre las conductas adictivas a las tecnologías digitales también gusta de buscarse un “perfil típico de usuario problemático” digital, sumándose al “perfil sociodemográfico” (edad⁴², sexo), y laborales (tipo de profesión, ocupación...). En la tabla 5 se sintetiza

(BYOD): una guía de aproximación para el empresario, Madrid, 2017

41 ECHEBURRÚA, E. y CORRAL, P., “Adicción a las nuevas tecnologías...”; Ob. cit. pp. 91-96. Para el ámbito de las compras compulsivas, por poner otro ejemplo vid. BLACK, D. W., “A review of compulsive buying disorder”. World Psychiatry, 6(1). 2007, pp.14-18.

42 Según los datos de ESTUDES (2014-15), a los que se refiere ENA, el 18% de la población de adolescentes y jóvenes de 14 a 18 años usaría de manera abusiva las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Si bien se entiende que su uso se “irá normalizando con la edad”. En tanto, tienen más fracaso escolar y consumo de drogas

Tabla 5: Perfil del usuario dependiente con respecto al usuario no dependiente

CARACTERÍSTICAS	COMPORTAMIENTO	NECESIDADES
Más horas conectados	Prefieren la soledad	Constante estímulo intelectual
Dificultad de control del uso	Se relacionan a través de las tecnologías	
Educación superior	Aficiones no sociales	Refuerzo positivo
Menos sociables	Actividades poco sociales	

No cabe duda que todos estos indicadores son predictores o precursores de una desviación adictiva del uso digital, mutando lo excesivo, irrazonable o abusivo en problemático desde el punto de vista de la salud psicosocial. Sobre ellos, pues, deberán construirse los ya referidos sistemas de alerta temprana, atendiendo a la sintomatología más frecuente de este tipo de conductas problemáticas (Tabla 6)

Tabla 6: *Sintomatología del uso abusivo de internet*

Sacrificar tiempo de trabajo o las tareas domésticas para pasar más tiempo en línea.
Pérdida de control del tiempo de conexión
Permanencia en Internet más tiempo del esperado
Sentirse enojado o irritable si en tiempo de conexión se le interrumpe
Sentirse a la defensiva sobre su uso de internet.
Ocultar el uso de Internet o mentirle a su familia, amigos o supervisor sobre el tiempo empleado y las búsquedas realizadas
Sentir una sensación de euforia durante la conexión
Uso de Internet como una salida para la depresión, el estrés o la excitación sexual
Intentos de limitar el uso sin resultado
Aislarse de familiares y amigos por estar conectado
Sentimiento de que los amigos virtuales son las únicas personas que realmente le entienden.

Elaboración propia a partir del Estudio de Shaw and Black

La necesidad de intervención preventivo-promocional se hace así manifiesta, máxime desde el modelo de comprensión y abordaje biopsicosocial aquí asumido -como la ENA-, frente al modelo más tradicional y reductivo biomédico o psiquiátrico. En última instancia, no debería esperarse a la actualización de trastornos adictivos en sentido estricto para intervenir, pues, como para el conjunto de las adicciones conductuales, la adicción puede causar una amplia gama serie de síndromes físicos (Tabla 7)

Tabla 7

Principales	Secundarios
Insomnio	Problemas de visión
Cefaleas tensionales	Aumento de peso
Ojos secos	Dolores de cuello y espalda
Síndrome del túnel carpiano	Problemas circulatorios

Elaboración propia a partir de Shaw y Black

En definitiva, las nuevas tecnologías conocen auténticas conductas adictivas y los entornos de la persona presionan cada vez más hacia su incremento. Si a menudo el problema no pasa de leves patologías psicosociales, en ocasiones (más del 2 por cien), tiene graves perjuicios (personales, sociales, económicos, laborales, etc.) y no dictan mucho de los procesos de adicción a las drogas o adicciones con sustancia (tabla 7)

Tabla 7: Cuadro-resumen de los parámetros que identifican la adicción a internet (sintomatología, componentes causantes, problemas asociados y tratamientos)

ADICCIÓN	SINTOMATOLOGÍA	COMPONENTES ADICTIVOS	TRATAMIENTOS	PROBLEMAS ASOCIADOS
INTERNET	Ansiedad	Tecnologías digitales	Reducción gradual del tiempo dedicado	Depresión
	Aislamiento		Autocontrol	Estado de ánimo
	Irritabilidad		Control de los impulsos	Control de los impulsos
	Disforia		Terapia cognitiva conductual	Conflictos relacionales -familiares, sociales, de pareja...-
			Grupos de terapia	Problemas económicos -altos costes de mantenerse a la última- Despidos

Fuente: elaboración propia

3.7. La adicción al sexo (y a la pornografía), en especial en la red: revisión de actualidad

3.7.1. La “adicción al sexo” en sí misma y en particular a través de los canales digitales

Hace tiempo también (años 80 del pasado siglo) que la doctrina científico-psicológica reconduce ciertos comportamientos sexuales compulsivos hacia el concepto de “adicción”. Hoy, no sólo se analiza como conducta adictiva en sí, sino también, y cada vez más, por las formas que asume a través de los nuevos canales que le abre la tecnología digital. En efecto, la extensión e intensidad crecientes de la red cibernética propicia que las personas que sufren de conductas adictivas al sexo intensifiquen sus posibilidades por las relaciones on-line, las prácticas de “sexting” (intercambio de material sexual por mensajería online), consumo constante de pornografía, etc.

Ciertamente, tampoco la llamada “adicción al sexo” se incluye propiamente -pese al grupo de trabajo creado a tal fin en el marco de la última revisión- en el DSM, salvo parafilia (que sí se incluye como patología psiquiátrica). Tampoco está expresamente recogida en la Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la Salud (CIE-10). Ahora bien, el DSM-5 sí reconoce la categoría diagnóstica de “*trastorno de hipersexualidad*”, que es un trastorno de la personalidad (satiriasis en hombres, ninfomanía en mujeres) con alguna característica definitorias propia de conductas adictivas: (1) frecuencia y/o intensidad de las fantasías, deseos y conductas sexuales que (2) provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, **laboral** o de otras áreas importantes de la actividad de la persona, sin que (3) derive del consumo de ciertas sustancias psicoactivas. No obstante, los criterios diagnósticos establecidos están pendientes de validación empírica lo que genera una incertidumbre muy notable al respecto, pues se suma a la persistente ausencia de falta de tratamientos psicológicos “basados en la evidencia” para el abordaje de los variados cuadros clínicos que los sexo-adictos presentan, por lo que son más los retos de diagnóstico y tratamiento para el futuro que las certezas de presente para estas conductas adictivas⁴³.

Pese a lo cual, crece el número de estudios, teóricos y empíricos (clínicos), favorables a asumir la concepción biopsicosocial de la noción de adicción para afrontar los consumos problemáticos de sexo y riesgosos desde el punto de vista de la salud, en busca de abordajes que faciliten recuperar el equilibrio psicofísico y social perdido⁴⁴. El principio de precaución así lo aconseja. En este sentido, y con el fin, de alcance general, de no incurrir en un exceso de visión “*psicopatológica*” de conductas sexuales que apartados de patrones de uso normalizado o socialmente razonable (estándar de sexualidad normalizado), se advierte de que este tipo de problemas “no es consistente con su conceptualización como un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo, sino con el de una adicción no-química”, esto es, pertenece al referido modelo biopsicosocial de adicción conductual.

43 Vid. E. ECHEBURÚA. ¿Existe realmente la adicción al sexo? Adicciones, vol. 24, núm. 4, 2012, pp. 281-285

44 Vid. J. CÁCERES. “La adicción al sexo”. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 3, 2005, 405-416.

Consecuentemente, se pretende evitar deslizar el análisis de “la noción de adicción al sexo” tanto por las categorías moralizantes cuanto de las estrictamente “psicopatológicas”. Por eso se enfatiza su vertiente de relación de conflicto psicosocial grave por el desequilibrio que produce entre la persona y sus entornos, incluido el laboral, poner en el centro de su vida la conducta sexual, aunque le suponga, actual o potencialmente, una perturbación significativa de sus esferas vitales (malestar emocional y consecuencias personales, familiares, económicas, laborales y sociales negativas)⁴⁵.

Los datos epidemiológicos disponibles no son nada evidentes, salvo en la prevalencia mayor respecto de los hombres que de las mujeres, aunque el conocimiento de las adicciones al sexo de estas última es mucho menor, precisamente por la mayor presión social y cultural contra una sexualidad femenina que no sea la estandarizada socialmente: relación de pareja y, a ser posible, estabilizada. De ahí que resulte respecto de ellas más invisible que para ellos. Para la prestigiosa “Society for the Advancement of Sexual Health” (2012) la prevalencia en EEUU de la adicción al sexo puede estar entre el 3% y el 5%. Índice que se eleva notablemente, en el ámbito europeo, por un Estudio sueco, para el que tal índice sería en torno al 12 % de los hombres y prácticamente la mitad en mujeres (7%)⁴⁶.

La diferencia puede estar en el nivel de conducta compulsiva medida, pues si el estudio norteamericano se centra en auténticos trastornos adictivos, el sueco toma como referencia más bien la “*hipersexualidad*” anormal, nociones que, como ya se vio respecto de las nuevas tecnologías, no conviene identificar, ni médica ni socialmente. La diferencia básica con la adicción al sexo está en la motivación o causa negativa de la conducta: la conducta de hipersexualidad no busca el placer o el bienestar, sino, como sucede en toda adicción conductual, el alivio de su estado de malestar (emocional y social), reduciendo la ansiedad, con lo que una conducta normalmente placentera muta individualmente en una propia estrategia de afrontamiento del malestar psicosocial a través de conductas sexuales morboso-obsesivas.

La “adicción sexual” conoce múltiples formas. Entre aquellos comportamientos más frecuentemente catalogados como adictivos se sitúan especialmente:

1. búsqueda continua de “conquistas sexuales”, al margen de las relaciones de pareja que se puedan tener (usos promiscuos)
2. la práctica constante de auto-sexo (afán de masturbación permanente)
3. la propensión o prominencia de comportamientos sexuales anónimos
4. así como consumos compulsivos de pornografía

Como puede comprobarse fácilmente, la interacción de esta conducta con la profusión de las tecnologías digitales (internet, teléfonos inteligentes, redes sociales, etc.) es intensa, convirtiéndose en un potente factor de riesgo, al abrir nuevos canales potentes para realizar

45 Vid. M.P. KAKKA. “Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V.” Archives of Sexual Behavior, 39, 377-400. Sigue su planteamiento E. ECHEBURÚA. “¿Existe realmente la adicción al sexo?, Adicciones, Op. cit.

46 Vid. E. ECHEBURÚA. ¿Existe realmente la adicción al sexo? Adicciones, Op. cit.

la conducta compulsiva (facilita la multiplicación de relaciones “tipo kleenex” -usar y tirar-, favorece el comportamiento sexual anónimo, facilita el acceso a la pornografía, etc.). Los Estudios estiman una alta prevalencia de consumo pornográfico no ocasional (más del 60% de hombres, más del 30% de las mujeres⁴⁷). En suma, el “cibersexo” intensifica el riesgo de adicción

3.7.2. Factores de riesgo de conductas sexo-adictas y signos de alerta: la adicción como estrategia de afrontamiento de situaciones de estrés de entorno

Aunque las causas de estos trastornos adictivos siguen sin estar clarificadas, además de ser muy variadas, sí parece existir suficiente evidencia en torno a la principal causa que la origina (etiología) en los casos prevalentes: pensamientos y prácticas eróticos se convierten en “la válvula de seguridad” percibida para afrontar, más bien escapar, de problemas y conflictos consigo mismo (baja autoestima, insatisfacción personal, etc.) y, sobre todo, con sus entornos: insatisfacción laboral y relaciones rotas. De este modo, y como en el resto de las adicciones⁴⁸, junto a la notable relevancia de factores de vulnerabilidad personal (impulsividad acentuada, la carencia afectiva, búsqueda de sensaciones/riesgos o los rasgos obsesivos; a veces también personas con discapacidad psíquica), así como a la frecuente incidencia de otras adicciones, de conducta y de sustancias (consumo de alcohol y de cocaína, pues esta libera dopamina, el mismo neurotransmisor que activa el deseo sexual), también para la puesta en marcha del “circuito adictivo” tienen relevancia los factores del entorno. Estas personas a menudo hacen un uso instrumental de la conducta impulsivo-compulsiva sexual al servicio de una estrategia de afrontamiento de situaciones de estrés y ansiedad, que puede derivar bien del historial de fracasos sentimentales y afectivos, bien de estados de insatisfacción social en general, así como laboral en particular. Consecuentemente, los entornos o ambientes estresantes, por la ansiedad e insatisfacción que generan, aparecen, siempre en interacción con los restantes (la vulnerabilidad personal), como un significativo factor de riesgo⁴⁹.

Como es lógico, si múltiples son los factores incidentes en la conducta, si muy variadas son también las conductas, múltiples son también las “señales de alerta” o “predictores” del riesgo de sexo-adicción. Unos, por su cariz privado e íntimo, son de difícil visualización (tipo de fantasías sexuales y su frecuencia, actos sexuales anónimos realizados, parejas sexuales...), pero otros, sin dejar de ser privados, por lo tanto sujetos a esa reserva personal, sí pueden ir dejando rastro o huella (uso de la tarjeta para compra de servicios de prostitución, facturas de teléfonos eróticos, prácticas reiteradas), destacando igualmente la frecuente conducta de una previa “vigilancia de parejas objetivo”, e incluso “*conductas de*

47 AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. “Is pornography addictive?” 2014

48 Incluso par otras más marcadamente asociadas a trastornos de personalidad, aunque múltiples, como la compra compulsiva, incidiendo también esa dimensión en sus tratamientos de terapia correctora de la conducta. Vid. SOARES, C. et al. “A Review of Pharmacologic Treatment for Compulsive Buying Disorder.” *CNS Drugs*. 30(4). 2016. Págs. 281–91

49 La importante asociación entre la “adicción al sexo” y los problemas de estrés, ansiedad o a depresión (más en el caso de las mujeres) es un dato constante en los estudios sobre la materia. Una revisión sobre los más relevantes en tal sentido en E. ECHEBURÚA. “¿Existe realmente adicción al sexo?”. Ob. Cit. pp. 283-284.

acoso sexual". A este respecto, es importante, sobre todo para la eficacia de la eventual acción promocional de la salud en el entorno laboral, pero incluso también en el marco de políticas de prevención de la violencia sexual de género en las empresas, como veremos, que *el adicto sexual tiende a cosificar a las personas y a considerarlas solo como objetos sexuales, incluidos compañeras/os de trabajo*.

En síntesis, las principales señales de advertencia de los síntomas de una adicción al sexo pueden ser, entre otros⁵⁰:

Situaciones de ansiedad o estrés
Baja calidad de las relaciones personales o carencias afectivas
Consumos de riesgo de sustancias (alcohol, cocaína)
Constante acceso a páginas pornográficas en la red
Irritabilidad o disfuncionalidad cuando se dificultan esos consumos
Comentarios de contenido sexual frecuentes
Descuido de obligaciones laborales
Cambios negativos de imagen -se deja de lado el cuidado personal-

Las consecuencias negativas, personales, familiares, sociales, económicas y, cómo no, laborales, son análogas al resto de adicciones (ansiedad ante la tolerancia cada vez mayor, desequilibrios emocionales por la pérdida de control de la conducta, reducción del sentido del tiempo, dejación de obligaciones con su entorno -familiar, social, laboral-, conflictividad mayor en esos entornos, tanto familiar como laboral, hasta la pérdida de empleo por probables faltas de cumplimiento cada vez más frecuentes, etc.). Los tratamientos requerirá no sólo abordar la adicción directamente, sino intervenir para un cambio de patrones de pensar (causa) y actuar, facilitando tanto que adquiera habilidades para la prevención como aportando una red de apoyo social adecuada. En ambos factores deberá incidir la eventual terapia.

3.7.3. Implicación de entornos en el tratamiento preventivo-promocional y asistencial de las adicciones al sexo: especial referencia al ámbito laboral

Naturalmente, el primer paso, desde la perspectiva de recuperación del bienestar psicofísico y social de la persona con trastornos (impulsivo-compulsivo-adictivo) de conducta sexual, es la decisión personal. Sin ella y su compromiso activo será imposible. Pero sin la colaboración de los entornos, tampoco. Y aquí surgen algunas dificultades adicionales. El primer paso para obtener ayuda es admitir el problema. Pero, aquí es más difícil, pues, como subrayan los estudios, se trata de una adicción más vergonzante. Por lo tanto, será menos

50 LOVE, T. et. Al. "Neuroscience of Internet pornography addiction: A review and update." Behavioral Sciences, 5(3). 2015. pp. 388-433.

confesada que otras, dado el sentimiento mayor de culpa, sobre todo si se trata de mujeres (sesgo de sexo-género), llevando a vivir el problema en una permanente soledad.

La motivación, pues, para el tratamiento corrector o asistencial de la “hipersexualidad socialmente irrazonable” o “excesiva” es muy reducido, pues la visión social general tiende a seguir viéndola más como vicio (depravación moral), que como enfermedad, pese a vivir en un entorno macro-social y cultural ampliamente sexualizado (cuando no “sobresexualizado”). Por ello, los sujetos afectados tratan de ocultar o minimizar la realidad del problema, hasta incluso hacer, en apariencia, alarde de sus “conquistas sexuales” y su “liberalismo sexual”, pese a que, en su interior, lo sufre en extremo, hasta tener tendencias autodestructivas (vid. E. Echeburúa, 2014). Consecuentemente, identificar la motivación real de la conducta, que no suele ser la propiamente sexual, siendo esta más bien la consecuencia del malestar que quiere afrontar.

Asimismo, como segunda dificultad, ya se ha puesto de relieve cómo las personas con prevalencia de conductas sexo-adictas suelen estar implicadas en otras conductas de riesgo, tales como fumar, abusar del alcohol o de las drogas o jugar en exceso a juegos de apuestas, con lo que hace más difícil la intervención, ante esta afectación múltiple o pauta de “poli-consumos” adictivos mixtos, de sustancias (químicas) y de conducta (psicosociales). No obstante, y como también ha puesto de relieve la doctrina más solvente, el patrón prevalente de poli-consumo también puede devenir un “aliado” del tratamiento, aunque más tardío. Las personas que padecen estos trastornos (a veces con daño cerebral) suelen pedir ayuda por su adicción al alcohol o cocaína, o por depresión. Es a partir de aquí que se hace visible la adicción al sexo, enmarcándose en conflictos relacionales (familiares -divorcios, desengaños sentimentales, etc.-, laborales -despido-, jurídico-cívicos -demandas por acoso) y problemas de salud física (ej. sida y enfermedades de transmisión sexual). Las Terapias Conductuales (TCC) suelen ser ancilares o dependientes de actuaciones en esos otros ámbitos de adicción⁵¹.

Igualmente, y atendiendo una vez más a la **relevancia del factor ambiental**, del que tanto predicamento se hace, con razón, en la ENA, hay que destacar **el potente papel de reforzador de este tipo de conductas que provoca la total transformación digital de los ambientes de vida** de la persona. Si las modalidades cibernéticas de las conductas de adicción al sexo tienen una demanda creciente, dada su mayor capacidad de enganchar, es evidente que se intensificarán (factor de riesgo) si los “entornos” de su vida ordinaria facilitan el acceso continuo, como sucede en la empresa digital de nuestro tiempo.

51 Dawson, G.N. & Warren, D.E. “Evaluating and treating sexual addiction.” American Family Physician, 86(1). 2012. Págs. 74-76.

Estudio de caso en el entorno laboral. Vigilante de seguridad al que la empresa imputa la realización de “hechos inmorales” en su tiempo de trabajo

Fuente de Información. STSJ Castilla-La Mancha 25/2018, 12 de enero. Despido improcedente.

Datos relevantes para el relato de la historia de conductas abusivas del trabajador en la empresa

Una empresa de seguridad despide a uno de sus vigilantes, que presta sus servicios en una caseta de vigilancia de las instalaciones de una fábrica, por: **fumar** mientras ejercía la actividad en el interior de la caseta, aneja a la instalación empresarial, **ver material pornográfico** y **masturbarse** en reiteradas ocasiones durante la jornada de trabajo. La empresa tuvo conocimiento de estas conductas a través de la instalación de una cámara de grabación en el interior de la caseta, a fin de sorprender al trabajador bajo sospecha previa, por lo que no realizó aviso alguno. En el recinto hay carteles informativos que prohíben fumar.

Valoración para un enfoque de gestión de prevención-promoción de la salud psicosocial. En el caso concreto no hay dato alguno que permita considerar el caso como de trastorno sexual alguno, sí de tabaquismo nocivo. Ahora bien, entendemos que sí es relevante el caso desde el punto de vista de la gestión de eventuales adicciones en el trabajo por tres motivos. El primero, desde el punto de vista de la comprensión de la prevalencia, ilustra cómo la empresa de nuestro tiempo facilita **factores de riesgo** para los casos en los que, efectivamente, sí pudiese tratarse de usos problemáticos. Así, no sólo facilita un canal potenciador -conexión a internet-, sino también un modo de organización que lo preserva -espacios cerrados donde se trabaja en unas condiciones de soledad y aislamiento-. El segundo, desde el lado del patrón de conducta, confirma la frecuencia de “poli-consumos mixtos”, sumando a abusos de sustancias -aquí el tabaco-, eventuales abusos de conducta (aquí sexual). El tercero, desde el punto de vista, del abordaje, queda claro que la política empresarial **no debe ser ni la hipervigilancia a través de grabaciones digitales** sin la información previa precisa, invadiendo su derecho a la privacidad, **ni el despido como primera medida**, partiendo de un enfoque “ético-moralista”, sino el afrontamiento, a través de los servicios de prevención y de vigilancia de la salud, como un eventual problema de adicción a sustancias -tabaco-, e incluso, en su caso, conductual (uso problemático de la pornografía y el auto-sexo). Sólo si ese primer enfoque falla, la empresa ha de poder ejercer su poder disciplinario, sin duda. Pero como última ratio.

3.7.4. El paradigma del entorno laboral libre de “toxicidad psicosocial”: ¿Hay evidencia de conexión entre la “adicción al sexo” y el “acoso sexual”?

Venimos poniendo de relieve cómo, tras toda adicción conductual, hay siempre otro tipo de conexiones con problemas de salud psicosocial, externos e internos al entorno que aquí interesa, el laboral. Es claro el ejemplo de la adicción tecnológica digital (riesgo psicosocial de etiología externa a la empresa, en principio, sin perjuicio de la incidencia concurrente, pero no determinante, del factor entorno) y su interacción con el problema de los riesgos psicosociales (el tecno-estrés o el estrés digital como auténtico riesgo psicosocial relacionado con el mundo del trabajo). Del mismo modo, y ya centrados en el trastorno (biopsicosocial) relativo a la conducta sexual que aquí nos ocupa, hemos evidenciado cómo los estudios disponibles al respecto, nacionales e internacionales, lo conectan de forma significativa con conductas típicas de violencia sexual, en la medida en que un número significativo de sexo-adictos conciben a las personas como cosas, como objetos sexuales, por tanto “objetos -que no sujetos- de dominio”.

De ahí, **la relativa frecuencia detectada en la revisión de los estudios sobre adicción al sexo de problemas legales asociados a situaciones de acoso sexual.** Por supuesto, estos se pueden producir fuera de la empresa, situación más habitual, pero también dentro de ella. En estos casos es evidente que se produce la conjunción de un problema inicialmente externo en su origen a la empresa (etiología extra-laboral: patrón de conducta problemática) con otro interno (consecuencia laboral: obligación de prevenir todo riesgo de conducta sexualmente abusiva, agresiva o violenta), conforme al enfoque de gestión integral eficaz ex art. 14 LPRL y ex art. 48 Ley de Igualdad entre Mujeres y Hombres. Ni que decir tiene que no sería correcta la identificación de los trabajadores que incurrir en conductas de violencia sexual en la empresa con adictos al sexo, pues eso carece de cualquier evidencia científica y razonabilidad práctica. Ahora bien, no menos cierto es que uno de los factores que pueden incidir en conductas de acoso y/o violencia sexual en la empresa, entendido como genuino riesgo psicosocial laboral, es la eventual adicción al sexo.

Por supuesto, conviene manejar esta asociación con sumo cuidado, a fin de evitar sea el riesgo de estigmatización de las personas (trabajadores) con trastorno adictivo sexual real, al que no se debe criminalizar con esa identificación, sea, el contrario, de “justificación de la conducta acosadora” por el trastorno. Precisamente, esta segunda estrategia de defensa legal es la seguida por algunas de las más célebres personas del mundo del cine acusadas en estos días de acoso sexual laboral “en masa”. Para darle una base objetivada excusan que siguen un tratamiento de desintoxicación en una clínica especializada de rehabilitación sexual.

Consecuentemente, queda claro, de una parte, que el trastorno adictivo, sea real⁵² o sea pretendido, nunca justificará, ni legal ni socialmente, el manifiesto e **intenso abuso de**

52 Algunos estudios detectan daño neuronal análogo a la drogadicción Vid. Valerie VONN et al. “*Neural Correlates of Sexual Cue Reactivity in Individuals with and without Compulsive Sexual Behaviours*”. PLoS ONE 9(7): e102419. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102419>

poder que se ha venido ejerciendo por estos potentados, ni la violencia sexual sistemática utilizada **en este ámbito profesional** (la industria del cine no es el único, sí el más sonado, también en el deporte, en los servicios de transporte por plataformas Uber, etc.) En este tipo de casos, de gran frecuencia, mayor a la que se estima usualmente, también las condiciones organizativas de la actividad presionan para facilitar las conductas, en detrimento de las mujeres víctimas -la gran mayoría son mujeres-, por lo que la responsabilidad personal, profesional y ambiental es más que evidente en estas situaciones hoy denominadas de “depredación sexual”, prevalente en los entornos de trabajo. La gran paradoja aquí, sería la de convertir al sujeto más fuerte de la relación de violencia sexual -en el trabajo- (acoso, abuso, sexismo, etc.) en sujeto vulnerable médicamente por la identificación de una eventual trastorno adictivo (más si se detecta un daño en la corteza cerebral-lo que sucede en algunos casos de sexo-adicción). De este modo mutaría una persona -empleador, directivo, trabajador- acosador (delincuente, incumplidor grave de obligaciones contractuales) en persona enferma (por tanto con capacidades volitivas, y de responsabilidad, limitadas, si no privadas)⁵³.

Ahora bien, de otro lado, no menos verdad sería que, por la gravedad de las prácticas y por la evidencia de que se está ante problemas típicamente de desigualdad de poder, y por lo tanto de discriminación, con experiencias de sistemática violencia sexual profesional, tampoco cabría ahora invocar que no hay certeza científica en torno al trastorno, a fin de eludir el deber de abordar el problema que existe realmente. La posición científico-médica mayoritaria es favorable a la identificación de la patología sexual, pese a las discrepancias. Por lo tanto, es obligado, no sólo conveniente, poner el acento en la perspectiva preventivo-promocional, por lo que, sin confundirse ambos planos de gestión de empresas saludables, la necesaria prevención frente al riesgo psicosocial de acoso y/o violencia sexual en el trabajo ex art. 14 LPRL (art. 48 Ley de Igualdad), puede y debe ayudar también a prevenir frente a eventuales conductas sexualmente adictivas, y promover el tratamiento frente a ellas, se asocien o no a aquél. En definitiva, no hay ni que trivializar ni frivolar, sino ser rigurosos científicamente⁵⁴.

53 Vid. *¿Es la adicción al sexo la responsable del acoso sexual o es solo la excusa de los poderosos de Hollywood?*

En <http://www.elmostrador.cl/braga/2017/11/09/es-la-adiccion-al-sexo-la-responsable-del-acoso-sexual-o-es-solo-la-excusa-de-los-poderosos-de-hollywood/>

54 Vid. “Adicción al sexo, entre el show y el padecimiento” <https://www.lanacion.com.ar/2076929-adiccion-al-sexo-entre-el-show-y-el-padecimiento>: “El caso Harvey Weinstein reabre el debate sobre este cuestionado trastorno; los especialistas se dividen entre el escepticismo y una aceptación con salvedades”

Experiencia. Caso de “depredación sexual” en masa en el cine (caso Harvey Weinstein)

Fuente. Difusión periodística y redes sociales (<https://www.lanacion.com.ar/2076929-adiccion-al-sexo-entre-el-show-y-el-padecimiento>)

Hechos. El relato de historias de depredación sexual profesional

Acorralado por múltiples acusaciones de abuso y acoso sexual, el productor de Hollywood, Harvey Weinstein, ha recurrido a la estrategia de alegar un trastorno adictivo sexual. No es ni la primera vez ni la única en el sector del cine, también del deporte. Así, pionero en ello fue el célebre actor Michael Douglas, cuando fue acusado por su esposa de reiteradas infidelidades -recurso que también fue utilizado por otras celebridades como Tiger Woods, Rob Lowe u Ozzy Osbourne al verse en problemas legales o maritales debido a su comportamiento sexual-. La estrategia ha consistido en internarse en una de las clínicas de rehabilitación de adicciones al sexo, que florecen en los Estados Unidos.

Discusión. Para contrarrestar mediáticamente esta alegación, valorada como pura estrategia de defensa legal, se ha enfatizado la falta de certeza en torno a la clasificación diagnóstica de los trastornos de conducta sexual, si como mero trastorno de personalidad o como adicción en el sentido patológico del término. El problema se ha situado en dos niveles. Uno médico, a fin de debatir la referida calificación, apelando a posiciones diferentes de expertos psicólogos y psiquiatras. El jurídico, con objeto de dilucidar si, aun tratándose de un trastorno psiquiátrico, eximiría o no de responsabilidad en casos de violencia sexual (acoso, abuso, etc.). Otros, más proclives a aceptar la existencia de esta adicción, señalan sin embargo el riesgo de que sea utilizada por quienes en realidad no la padecen para escapar de las consecuencias legales de actos de acoso o de abuso sexual.

Conclusión. No conviene alcanzar conclusiones a partir sólo de casos concretos, aunque sean de utilidad para alertar sobre el problema y tratarlo convenientemente, en el plano médico, en el social, en el laboral y en el jurídico. Las adicciones son estados de pérdida de libertad frente a ciertas conductas y la realidad evidencia que tal pérdida, con importantes daños, físicos, psíquicos y mentales, y costes (humanos, económicos, laborales, etc.) puede darse respecto del sexo. Ahora bien, esta realidad, no puede ser en modo alguno frivolidada usándose como una estrategia legal que instrumenta el problema biopsicosocial al servicio de la elusión de la responsabilidad por la conducta. Como se ha dicho, una clave del tratamiento de toda adicción pasa por asumir la individual, sin perjuicio de la social e institucional para la rehabilitación, en el plano sanitario y social (clave de gestión basada en la reincorporación socio-laboral).

3.8. La Adicción al juego de apuestas (ludopatía): viejas y nuevas formas

3.8.1. El difícil equilibrio para la política del juego: el estándar de “juego socialmente responsable” como transacción entre economía y salud

Jugar es uno de los comportamientos más formativos y adaptativos desde la infancia, ayudando a un mejor desarrollo evolutivo de los niños, de ahí su valoración social -y educativa (enfoque de aprender jugando)- extremadamente favorable. Al mismo tiempo, también en la adolescencia y juventud, incluso en la madurez, cumple una importante función de integración social, facilitando las relaciones entre las personas y grupos. Pero, como casi toda conducta humana, puede tener un “lado oscuro”, deviniendo patológico. Así sucedería cuando el “juego” se vincula al “azar” (no tanto a la habilidad) y sobre éste se hacen “apuestas de dinero”, volviéndose cada vez más compulsivas, con lo que consumos problemáticos corren el riesgo de mutar en adictivo (ludopatía). Aunque la afición al juego de apuestas o de dinero constituye un fenómeno que se remonta largamente en la historia, en todas las culturas, de ahí que cuente con estudios muy arraigados en todos los países (en España desde hace 30 años)⁵⁵, lo cierto es que evidencia una extraordinaria capacidad de evolución y adaptación a las nuevas realidades, como por ejemplo en nuestra época con los “videojuegos”, las plataformas deportivas, el e-deporte (o deportes electrónicos), en entornos cada vez más digitalizados.

Como para el riesgo de adicciones tecnológicas, **la mayoría de las personas que juegan** (a la lotería, a los cupones de la ONCE, a los videojuegos, a las apuestas deportivas, etc.) es de todo punto obligado aclarar, desde el inicio, que **no sufren ningún trastorno**⁵⁶. El problema viene cuando la persona *pierde el equilibrio de la conducta*, pues no posee el control para iniciar o finalizarla, manteniéndola incluso cuando las pérdidas económicas y las desafecciones relacionales que genera alteran significativamente el resto de las esferas determinantes de su vida (pareja, familia, trabajo, amistades, etc.). Ahora bien, es igualmente oportuno poner de relieve la gran influencia del factor ambiental. **No estamos ante un problema sólo individual, sino social**, porque se trata de sectores y actividades con una gran pujanza económica (en las que se crea mucho empleo y riqueza), abierta a una alta especulación de mercado. Por tanto, el contexto socio-económico e institucional no es “inocente” ante el riesgo social de adicción, pues favorece su expansión, facilitando el acceso y, con él, sumado a la falta de educación adecuada, el aumento de su magnitud epidemiológica, esto es, su prevalencia en las personas.

La ENA no lo disimula. Recuerda expresamente las bondades de un mercado de juego que no cesa de crecer en España (facturación y beneficios de miles de millones de Euros y fuerte implicación de empleo). El aumento de la intensidad en apuestas y en otros juegos se debe, principalmente, a las máquinas de azar en línea. Por lo tanto, como también harán todas las leyes autonómicas reguladoras del juego, la inclusión expresa

55 Vid. Karmele SALABERRÍA et al. “El juego patológico: un problema social”. 1998.

56 La OMS advierte del trastorno que pueden producir determinados videojuegos como un problema mental, aunque es un debate que actualmente se encuentra abierto. Cfr. Miguelo BETANCOR. “Digitalización y plataformas deportivas”. <https://iusport.com/not/52747/digitalizacion-y-plataformas-deportivas/>

de obligaciones y políticas de “juego socialmente responsable” se sitúan siempre dentro del objetivo de no perjudicar bajo ningún concepto esta “gallina de los huevos de oro”, equilibrando las libertades (de empresa e individuales), con los imperativos de salud, no sólo psicosocial, sino mental, pues, en este caso, hay seguridad sobre la inclusión como patología psiquiátrica del juego adictivo.

Ninguna duda hay, ni científica ni institucional, sobre la clasificación diagnóstica como adicción conductual, cuya prevalencia entre la población, no sólo sigue creciendo sino que se acelera, sobre todo en la población más joven, como constata la ENA, asumiéndose como uno de los más relevantes problemas de salud mental mundial, reconocido por el DSM-5; APA, 2013 y por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS define la ludopatía como un trastorno caracterizado por la presencia de frecuentes y reiterados episodios de participación en juegos de apuestas, los cuales dominan la vida del enfermo en perjuicio de sus valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares. Vemos, pues, como de nuevo rige una concepción basada más en la relación de conflicto de la persona con el medio o ambiente que crea la conducta excesiva que en las condiciones objetivas (frecuencia, intensidad) de la conducta misma. Por eso se insiste en que el principal problema de salud no mental sólo sino psicosocial está en afanarse en mantener e incrementar una conducta que implica efectos sociales adversos (pérdida de fortuna personal, deterioro de relaciones familiares y laborales).

La diferencia principal entre el juego adaptativo y el patológico reside en la pérdida de función social recreativa propia de aquél, convirtiéndose en anomalía, amenazando con la propia destrucción tanto de su equilibrio personal como de su red comunicativa y relacional social, familia y trabajo especialmente. Para evaluar esta mutación patológica se atiende al tipo de conducta (intensidad, su frecuencia y cantidad de dinero gastada) y consecuencias (grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales de cada persona). No suele ser ni un proceso lineal ni inmediato, sino complejo y dilatado (media de 5 años; aunque los juegos online han reducido ese tiempo a solo 2 años). Dejando los jugadores profesionales, es posible pasar de “jugador social” (entretenimiento) a “jugador patológico” (adictivo o dependiente), por lo general con estados de “jugador problemático” (abusivo)

57

3.8.2. La creciente prevalencia del juego patológico en la sociedad de consumo digital: de las “tragaperras” a los “juegos online” (de azar y videojuegos)

Como toda adicción, química (sustancia) o psicosocial (conductual), el juego adictivo es un proceso. El riesgo de terminar en adicción va creciendo en las diferentes fases del proceso. Cada una de ellas presenta también diferentes posibilidades de éxito en orden a la intervención preventivo-correctora. Es menor en la primera fase (ganancias y pérdidas) e incluso en la segunda (pérdidas), por la falta de motivación, y mayor en la última

57 La intensa promoción publicitaria de esta actividad (con grandes estrellas del deporte como reclamos constantes), que ha pasado de su lejana legalización (1977) a una profunda desregulación, así como el favor social como opción puramente “recreativa”, por lo tanto no sólo inocua sino positiva, conllevan un incremento exponencial del sector del juego y, con él, de la incidencia en la ludopatía, de viejo (vid. BECOÑA, E. La ludopatía, Madrid, Aguilar, 1996) y de nuevo cuño, aunque permanezca ampliamente silenciada, una y otras.

(desesperación), si bien aquí los daños psicosociales ya son notables, por lo que la acción deberá ser más asistencial que preventiva.

Por lo que hace a los **datos de prevalencia epidemiológica**, podemos hallar algunos datos que pudieran resultar contradictorios. Así, según los estudios de mediados de los años 80 y principios de los 90 del siglo pasado⁵⁸, el índice de prevalencia se situaba en el:

2-3 % de la población para el juego patológico
5 % adicional de jugadores problemáticos, con un alto riesgo.

Sin embargo, en 2016 se publicó el **Estudio sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azar en España**, coordinado por la Dirección General de Ordenación del Juego (DGOJ)⁵⁹, que parece arrojar otros resultados notablemente menores. Ese Estudio fue realizado mediante cuestionario en base a la población residente en España mayor de 18 años, con cuestionarios presenciales adicionales a población residente entre 15 y 17 años de edad. Los resultados mostraron los siguientes **índices de prevalencia**

0,9% personas jugadoras patológicas (el valor se reduce al 0,3% en el último año)
1% personas con juego problemático (reducción del valor al 0,6% último año)
4,4% para jugadores con algún tipo de riesgo (valor reducido al 2,6% último año)

Por su parte, el *VII Plan vasco de Adicciones* se da cuenta de un Estudio de prevalencia del riesgo de juego patológico entre la población e jugadores activos, realizado en 2012, cuyos resultados son los siguientes (p. 109). A saber:

Un **10,6%** de los jugadores activos presentarían conductas de riesgo bajo
Un **0,6%** presentaría conductas de riesgo moderado
Un **1,1%** de jugadores activos tendrían problemas de adicción

Como puede comprobarse (tabla 8), no hay una plena convergencia entre los datos y algunos pueden llamar la atención notablemente. Como se ha advertido ya respecto de otras divergencias de psicometría de prevalencias de adicciones conductuales (ejemplo internet), **no todos los estudios manejan los mismos conceptos ni incluyen los mismos parámetros** dentro de cada nivel de riesgo (leve-moderado, problemático o nocivo y adictivo), ante la falta de una objetivación suficientemente significativa de los indicadores de cada nivel de riesgo (frecuencia, intensidad, grado de alteración de la vida relacional, cuantía de la deuda, etc.). Por lo tanto, se hace preciso avanzar tanto en los estudios de mejora de los parámetros psicométricos cuanto de los análisis empíricos, a fin de afinar, dentro de las dificultades inherentes a las muestras y a la complejidad de tal objetivación psicométrica o estándar, los resultados de prevalencia. En el Estudio de la DGOJ llama la atención el contraste entre el notable crecimiento de personas que juegan y la eventual reducción del índice de prevalencia general respecto de otros Estudios

58 Una completa e ilustrativa exposición de síntesis en Karmele SALABERRÍA et al. " *El juego patológico: un problema social*". 1998, pp.18-19.

59 Vid. <http://www.ordenacionjuego.es/es/estudio-prevalencia>

Tabla 8. Comparación entre índices de prevalencia de los diversos niveles de riesgo

Estudio	Estudio DGOJ (2016)	Estudio vasco (2012)	Estudio años 90
Prevalencia juego de riesgo	4,4 (2,6)%	10,6%	5%
Prevalencia juego con problemas	1(0,6)%	0,6%	
Prevalencia juego adictivo	0,9 (0,3)	1,1%	2-3%

La Estrategia de Juego Responsable (recientemente renovada a través del Programa e-LUDO 2018-2021) ha venido justificando esta reducción de tasas de prevalencia sobre la base del perfeccionamiento de los métodos psicométricos. Si los Estudios de prevalencia antiguos utilizaban el IGB (*Inventory of Gambling Behavior*) y posteriormente el SOGS (*South Oaks Gambling Screen*), dando porcentajes de adicción más elevados, debido a los llamados “falsos positivos”, la metodología posterior, elaborada a partir de los criterios DSM-III-R y los del NODS (NORC DSM-IV *Screen for Gambling Problems*), reducirían sensiblemente los niveles de prevalencia.

En todo caso, algunos datos sí que son ciertos. El primero es el referido, la población jugadora activa crece notablemente (8 de cada 10), en especial a través de las nuevas formas no presenciales, pero manteniendo la pujanza de las tradicionales presenciales, pero se mantiene que **la inmensa mayoría de jugadores activos (9 de cada 10) no presenta ni riesgo ni trastorno. El problema es más cualitativo:** no sólo el pequeño porcentaje de trastorno adictivo tiene consecuencias muy negativas (humanas, sociales y económica), sino que el crecimiento del número de jugadores **requiere de precaución: alertas preventivas.**

El segundo punto de consenso o certeza, que hace converger la inquietud cualitativa con la cuantitativa, es la constatación de un creciente índice de incidencia en personas jóvenes, que, en virtud de la penetración de la transformación digital en el mundo del juego, con apuestas o no, también revela un incremento más acelerado del proceso de mutación del riesgo en trastorno adictivo. Aunque el juego se reparte por todas las edades, tiene mayor presencia entre 18 y 45 años, adelantándose cada vez más la edad de acceso al juego. En este sentido, **el aumento de la prevalencia de adictos jóvenes a los juegos de apuestas (de azar y/o deportivas), con acelerada incorporación, genera nuevas alarmas de salud biopsicosocial.** Aun manteniéndose la mayor incidencia de las máquinas tragaperras (eufemísticamente denominadas “recreativas”), la incidencia de la transformación digital también se deja sentir.

Una vez más, una adicción (juego) interactúa con otra (tecno-adicción), de modo que ésta -internet- se convierte en un potente conductor de aquélla,

intensificando su velocidad de penetración con la accesibilidad. Los más recientes Estudios sobre población clínica así lo evidenciarían (figura 11⁶⁰) y, en consecuencia, las políticas de promoción del uso socialmente responsable del juego, de impulso público pero corresponsabilidad social, también de los interlocutores en el ámbito de las empresas, deberán atenderlos especialmente.

Figura 11: Preferencias del tipo de juego atendiendo a la edad del jugador.

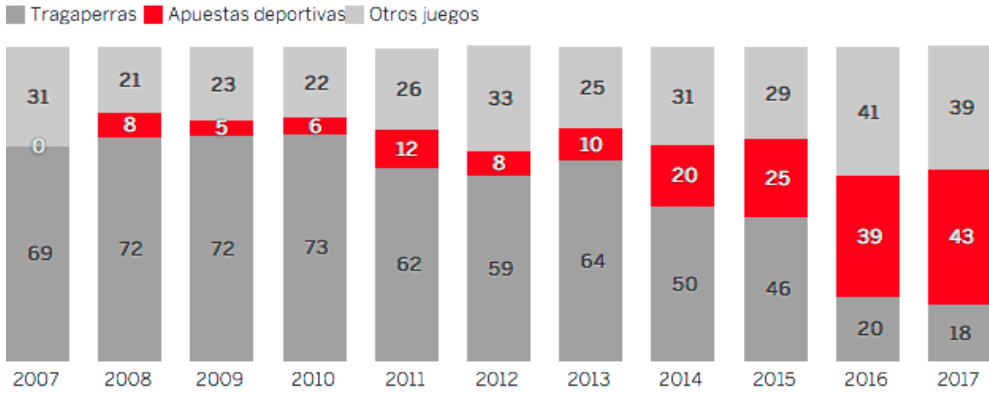


El cambio de entorno social, cultural y tecnológico (factores de prevalencia ambiental), pues, se deja sentir de forma intensa. Esa creciente interacción de los dos factores, socio-económico y tecnológico (digitalización) y sociodemográfico (juventud), determinaría que las apuestas (y póquer) por internet ganen terreno (56%), por ser preferidas de los jóvenes (18-35 años). Los Estudios de las asociaciones de ayuda al ludópata, como APAL, así lo manifestarían de forma inapelable igualmente (Figura 12)

60 Vid. Estudio y análisis de los factores de riesgo del trastorno de juego en población clínica española. 2017. Ministerio de Hacienda y Función Pública-DGOJ. Madrid. 2017.

Figura 12. Nuevas altas por tipo de juego en las Asociaciones de Ayuda al Ludópata.

En porcentaje. Nuevas altas por tipo de juego en la Asociación Para la Prevención y Ayuda Al Ludopata (Apal)



Fuente: Apal . EL PAÍS

También **desde una perspectiva de perfil socio-demográfico de la prevalencias de juego con riesgo y/o trastorno de adicción, conviene recordar que** el índice de incidencia es mayor entre hombres que entre mujeres. Ahora bien, éstas son también aquí -ya lo vimos en relación a las adicciones al sexo- mucho más reacias a acudir a tratamiento (en una proporción de 10 hombres por cada mujer). Eso sí, se distribuye por todas las clases sociales -a diferencia de otras conductas adictivas-. Los hombres también mantienen esa mayor prevalencia en los juegos *online* (83%), aunque se ha registrado un importante aumento de las mujeres (53% con respecto a 2014). Ahora bien, si el perfil del jugador más representativo por volumen de participación en Apuestas, Casino y Póquer continúa siendo un hombre de edad comprendida entre 26 y 35 años, en el Bingo es una mujer entre 36 y 45 años. Los hombres juegan en promedio un 34% más que las mujeres (8.992€ los hombres y 6.734€ las mujeres) y gastan más del doble que ellas (322€ los hombres y 146€ las mujeres), con lo que la “brecha de género” también se deja sentir aquí.

En lo que concierne al **tiempo de maduración o latencia de los procesos de mutación del juego recreativo al de riesgo de adicción**, según los datos de la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados⁶¹, estaba de entre seis y ocho años mínimo. Con el juego on-line, y su característica de rapidez e inmediatez, ese periodo se ha reducido de manera que las ludopatías se desarrollan completamente en un par de años.

61 <http://fejar.org>

3.8.3. Caracterización de la ludopatía como trastorno adictivo: etiología, estatus clínico

El amplio consenso científico y la larga historia (tabla 9) con que cuenta, en el mundo de las adicciones, la ludopatía, facilitan su comprensión y tratamiento, también pues para las políticas y servicios de atención integral. No obstante, como se verá después, en el capítulo de políticas de acción, sobre todo en el ámbito laboral, existe un gran desajuste entre la certidumbre de diagnóstico y terapia y las insuficiencias y disfunciones del marco legal en materia, en especial en lo que atañe a la gestión preventiva-promoción de la salud, así como asistencial-reintegradora para el ámbito socio-laboral. Ni ayer, ni hoy, hay una respuesta institucional, normativa y de políticas públicas adecuada. El lamento se perpetúa⁶²

Tabla 9: Criterios diagnósticos

Criterios diagnósticos del juego patológico (A.P.A., 1994)

A. Comportamiento de juego des-adaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Preocupación por el juego (por ejemplo, por revivir experiencias pasadas de juego, por planificar la siguiente aventura, o por pensar en el modo de obtener dinero con el que jugar).
2. Necesidad de jugar cantidades mayores de dinero para tener la excitación deseada.
3. Hacer repetidos esfuerzos sin éxito para controlar, interrumpir o detener el juego.
4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.
5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero jugando, a menudo se vuelve otro día para intentar recuperar lo perdido (tratando de «cazar» las propias pérdidas).
7. Se engaña a la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.
8. Se cometen actos ilegales (falsificación, fraude, robo o abuso de confianza) para financiar el juego
9. Se arriesga o se pierden relaciones interpersonales significativas, trabajo, u oportunidades...
10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación...

B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maniaco.

62 Vd. LABRADOR, F.J.«Prólogo, en J. Fernández- Montalvo y E. Echeburúa: Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta, Madrid, Pirámide.1997

Cuadro diagnóstico que se proyecta también en las nuevas modalidades, aunque no se reconozcan expresamente como adicción (ej. adicción a los videojuegos⁶³). Existen además cuestionarios de *screening* que pueden ayudar a detectar un problema de juego. Uno de ellos es el *Cuestionario Breve de Juego Patológico* (CBJP)⁶⁴. Consta de cuatro ítems (vid. Tabla 10), con dos alternativas de respuesta (SI/NO) y es, por ello, de rápida aplicación. Se presenta de forma auto-aplicada, si bien puede cumplimentarse en el transcurso de una entrevista.

Tabla 10

Tabla
Cuestionario breve de juego patológico

• Test auto-evaluativos:

- 1.- ¿Cree usted que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?
Sí No
- 2.- ¿Se ha sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?
Sí No
- 3.- ¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello?
Sí No
- 4.- ¿Ha cogido alguna vez dinero de casa para jugar o pagar deudas?
Sí No

Si ha respondido "sí" a más de dos preguntas, es probable que tenga un problema con el juego.

Cuestionario largo de juego patológico

- 1.- Cuando usted juega dinero y lo pierde, ¿vuelve otra vez a jugar para recuperar lo perdido?
- 2.- ¿Ha afirmado usted alguna vez haber ganado dinero en el juego cuando en realidad había perdido?
- 3.- ¿Cree usted que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?
- 4.- ¿Ha jugado alguna vez más dinero de lo que tenía pensado?
- 5.- ¿Le ha criticado la gente por jugar dinero o le ha dicho alguien que tenía un problema de juego, a pesar de que usted cree que no es cierto?
- 6.- ¿Se ha sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?
- 7.- ¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello?
- 8.- ¿Ha ocultado alguna vez a su pareja, a sus hijos o a otros seres queridos billetes de lotería, fichas de apuestas, dinero obtenido en el juego y otros signos de juego?
- 9.- ¿Ha discutido alguna vez sobre la administración del dinero en relación con el juego?
- 10.- ¿Ha pedido en alguna ocasión dinero prestado a alguien y no se lo ha devuelto a causa del juego?
- 11.- ¿Ha perdido alguna vez tiempo de trabajo de clase debido al juego?

Si ha respondido "sí" a más de cuatro preguntas, entonces no hay duda. Tiene un verdadero problema de juego

63 NET ADDICTION. "When Gaming becomes an Obsession..." op. Cit.

64 FERNÁNDEZ-MONTALVO, J., ECHEBURÚA, E. y BÁEZ, C. (1995): «El Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP): un nuevo instrumento de "screening"», *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 211- 223.

El consenso que existe sobre su clínica y los fenómenos neurobiológicos que presentan los jugadores patológicos también se produce a la hora de identificar sus factores de riesgo (vulnerabilidad personal y entornos), así como sus graves consecuencias, en línea con lo que ya se ha evidenciado para las otras adicciones conductuales, por lo que no pretendemos aquí ser reiterativos, remitiendo a lo dicho más arriba. En este sentido, y por lo que hace a los efectos negativos, el juego conduce al aislamiento social y a un abandono de actividades o aficiones, además de una pérdida de amistades, que provocan numerosos y graves conflictos con todos y cada uno de sus entornos, por supuesto el laboral. Los jugadores patológicos se implican menos en el trabajo y tienen menor atención y concentración en el mismo, con deterioros en el rendimiento laboral. Además, pueden incurrir en robos de dinero que pueden conducir al despido o a graves pérdidas económicas en trabajadores autónomos. El área económica es una de las más afectadas por el juego y además es, habitualmente, la clave que hace descubrir a la familia que algo está pasando, por las enormes deudas que crea.

También en este caso, la patología no viene sola. Como venimos evidenciando, no son infrecuentes tampoco los fenómenos de “poli-consumos conductuales problemáticos”, de modo que se produce un significativo índice de transferencia de adicciones (comunicación), tanto entre las psicosociales (conducta) entre sí, como entre éstas y las químicas (sustancia), con lo que la interacción o intercomunicación entre ellas es notable. No coincidimos, pues, con quienes tratan de establecer como diferencia entre las adicciones psicosociales y las químicas la mayor frecuencia de “poli-consumos” en las químicas, de modo que sería infrecuente hallarlos en las psicosociales. La realidad parece desarrollarse de otra manera.

Hemos visto cómo incide la adicción tecnológica en el refuerzo de otras adicciones de conducta (juegos patológicos, adicción al sexo, etc.). Al tiempo que también se revela la alta frecuencia de que adictos conductuales, como las personas sexo-adictas, o incluso las “adictas al trabajo”⁶⁵ puedan acompañar estas conductas con consumo de cocaína como factor estimulante del rendimiento”, consumen sustancias psicoactivas, potenciándose reciprocamente las adicciones de uno y otro tipo (una suerte de “adicción múltiple mixta”). En las personas jugadoras patológicas también se acredita esa tendencia, de modo que tienden a aumentar su consumo de alcohol y tabaco. Así lo construye la doctrina científica teórica, lo ilustran los estudios empíricos (el 15% de los ludópatas consumirían sustancias psicoactivas de forma habitual, y casi el 16% de forma más ocasional -figura 13- y lo confirma la experiencia judicial⁶⁶.

65 Cfr. S. ECHEBURUA y P. DE CORRAL. “Adicciones psicológicas: Más allá de la Metáfora”, ob. cit.

66 Vid. AAVV. (Dir. Margarita MIÑARRO YANINI). Prevención de las adicciones desde el ámbito judicial. Adicciones en el trabajo a juicio de los tribunales. UGT-CEC. Financiación Delegación del Gobierno para el PNSD. Madrid. 2017. pp. 173 y ss.

Figura 13: Estudio sobre 83 varones entre 20-40 años de la Asociación Aragonesa de Jugadores de Azar en Rehabilitación (AZAJER)



En definitiva:

El juego patológico, incluso el de riesgo, no es sólo, pues, como el resto de adicciones, un problema sólo personal (enfermedad crónica) sino un problema social (por sus causas y, muy especialmente, por sus efectos), que influye en muchos aspectos de la vida. Por eso, en las personas en que prevalece degrada las condiciones psicosociales de vida propias y las de las personas que están a su alrededor, con altos costes humanos, pero también para la sociedad y el sistema de bienestar, que está obligado a darles protección asistencial sanitaria. También para las empresas, por el mayor absentismo laboral y por la conflictividad que genera la falta de políticas preventivas-promocionales de la salud adecuadas.

3.9. La comida como adicción, desequilibrio energético y prevalencia del sobrepeso y la obesidad: mejorar la salud, prevenir la discriminación (socio-laboral)

3.9.1. Evidencias del trastorno alimentario como adicción conductual: la comida compulsiva, fuente de pérdida de estados de salud

Más incluso que jugar, al menos en las primeras etapas del desarrollo de la persona, comer es una necesidad -un derecho humano, lamentablemente todavía hoy no garantizado a centenares de millones de personas en todo el mundo-. Pero, una vez más, hacerlo de forma compulsiva puede llegar a ser un trastorno patológico, con síntomas de ansiedad y abstinencia análogos a los propios de la adicción a las drogas (libera también dopamina).

La adicción a los alimentos, incluso en ausencia de consecuencias desfavorables (de tipo social y sobre la salud) reflejaría, pues, un patrón adictivo a ciertos componentes de la dieta análogo al relativo a sustancias químicas (también otras de tipo conductual). Entran en juego las mismas vías neurológicas, por lo tanto: si la ingesta produce sensación de placer en el inicio ("subidón" -que crea el atracón de comida-), la persona que come

compulsivamente también termina experimentando malas sensaciones físicas y psíquicas (“bajón” -mala conciencia tras el atracón-). Los alimentos, como las drogas y los fármacos, inducen a estados de tolerancia con el transcurso del tiempo, de modo que se requieren cantidades cada vez más elevadas para alcanzar o mantener la saciedad, provocando una “intoxicación alimentaria”. En la medida en que no todos los alimentos son susceptibles de provocar estas conductas ansioso-compulsivas, sino los de mayor carga de azúcar y/o grasas, sobrevendrá la prevalencia de enfermedades como la obesidad tipo mórbido y patologías asociadas (diabetes, trastornos coronarios, etc.). Los trastornos alimentarios de tipo adictivo se comportan como “*fenotipos característico de la obesidad*”, evidenciando la interacción entre el “patrimonio genético” de la persona (genotipo) y su “ambiente” en la determinación de su conducta⁶⁷.

Se enmarcan, pues, dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, junto con patologías como la bulimia y la anorexia. Los daños asociados a estas patologías son de distinta naturaleza y van desde los cuadros depresivos y de ansiedad hasta las lesiones físicas o biológicas más variadas. Ahora bien, como para el resto de las adicciones conductuales, salvo para el juego patológico, la “adicción alimentaria” tampoco se encuentra reconocida como enfermedad psiquiátrica específica y autónoma, ni por el DSM-V ni por el CIE-10.

Incluso el concepto de “adicción alimentaria” motiva debate, científico y clínico. Al respecto, se suele diferenciar entre la sintomatología que acusan, análoga a las derivadas de otras adicciones, su delimitación como conducta, asociada más bien a situaciones relacionales y de pautas sociales -riesgos- que, de no corregirse por la persona, por sí sola o con ayuda de servicios expertos, sí puede ocasionar auténticas patológicas, de tipo físico y/o mental. Serán estas actualizaciones en daño concreto lo que alertará del problema, por las “incapacidades laborales” generadas. A este respecto, aunque priman factores de riesgo personales y sociales habitualmente ajenos a la relación laboral, por lo que su actualización en daños (accidentes y enfermedades) se calificarán de contingencias comunes si causan tales incapacidades, no cabe descartar la influencia de otros “factores de riesgo psicosocial asociados al trabajo” (estrés, síndrome del quemado, precariedad, etc.).

Son cada vez más los estudios, teóricos y empíricos, que recurren al concepto de “adicción” para representar el problema y tratarlo⁶⁸. La fórmula precursora de tal “adicción” es análoga a la del resto: vulnerabilidad personal + entorno + contexto o ambiente macro-social (tabla 11). Con frecuencia se trata de un “método de automedicación” reactivo a estados emocionales negativos (depresión, ansiedad, sentimiento de soledad, enojo, aburrimiento o hastío, conflictos interpersonales o laborales).

67 Vid. DAVIS, C. et Al. “*Evidence that food addiction is a valid phenotype of obesity*”. *Appetite*. Núm. 57. 2011. pp. 711-717

68 LÓPEZ, J.L. y GARCÉS DE LOS FAYOS, E.J., “*Edorexia y deporte. Una concepción acerca de la obesidad y la comida*”. *Cuadernos de psicología del deporte*. Núm. 12. 2012. pp. 139-142

Tabla 11: Factores que pueden precipitar una adicción a la comida

Sentimiento de soledad, aburrimiento o hastío
Estados de ansiedad o ánimo bajo o deprimido asociados a diversos entornos -familiares, sociales, laborales, etc.-
Realización de frecuentes dietas restrictivas por la presión social favorable a un estándar estético determinado, etc.

La creciente importancia de estos factores de entorno, por la concepción biopsicosocial de la adicción (como conflicto de relaciones desequilibradas en el conjunto de los entornos de la persona, no sólo del personal-familiar), hace que los tratamientos no se centren sólo en la atención médica de la persona, sino en dimensiones más sociales y relacionales de la intervención. Así lo evidencia la Tabla 12⁶⁹:

Tabla 12: de tratamientos para corregir los desequilibrios alimentarios con riesgo adictivo.

Atención médica: exámenes físicos y psiquiátricos exhaustivos para abordar (o descartar) cualquier posible problema médico o de salud mental adicional. Incluye fármacos antidepresivos.
Terapia individual: ayuda por profesionales de la salud mental para explorar las causas del trastorno alimentario (habilidades para desafiar el pensamiento negativo y los patrones de comportamiento asociados a ellos, cambiándolos por estrategias de afrontamiento saludables.
Terapia de entorno familiar: implica a la familia en la comprensión del trastorno alimentario y en su corrección. La "evaluación nutricional" profesional propone una nueva relación con los alimentos de manera saludable, llevándola a todos los momentos y entornos de la vida de la persona
Grupos de apoyo mutuo, al estilo de "alcohólicos anónimos" (ej. Food Addicts en Recovery Anonymous (FA), Overeaters Anonymous (OA)

3.9.2. La adicción a la comida como "fenotipo" precursor de obesidad: los conflictos de desequilibrio energético como factores de prevalencia de patologías

Según ya se ha venido advirtiendo igualmente respecto del resto de adicciones aquí analizadas, que no haya un consenso oficializado, científica y profesionalmente, en torno a la catalogación del conjunto de adicciones conductuales hoy más prevalentes como auténticos trastornos psicopatológicos, esto es, como patologías de salud mental en sentido estricto, como sí lo hay respecto de las adicciones químicas y la adicción psicosocial o conductual de juego patológico, no quiere decir en absoluto que no sean relevantes desde el plano de la salud y sus políticas de prevención, corrección y protección. Al contrario, además de poner de relieve una diversa concepción del problema, no solo biomédica, ni mucho menos psiquiátrica, sino biopsicosocial, donde el eje de la cuestión reside en los conflictos de relación con el medio que genera estos

69 NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. Eating Disorders: About More Than Food. 2014

estados carenciales de salud y en las limitaciones de todo tipo que crean a la persona para su bienestar, mutado en malestar psicosocial y laboral, también alertan sobre las causas reales (factores de riesgo) de problemas epidemiológicos muy graves. Así sucedería, en este caso, con la epidemia de sobrepeso y obesidad (entendida por la OMS como todo estado de acumulación anormal o excesiva de grasa que, como tal, puede perjudicar gravemente la salud, delimitándose un estado u otro atendiendo a los porcentajes de grasa corporal -Índice de Masa Corporal-)70.

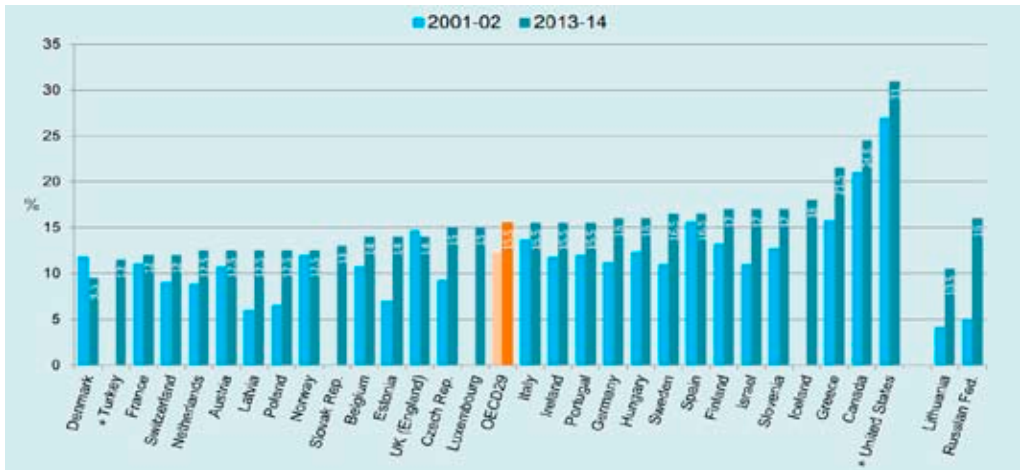
El problema de salud y social no es menor, pues se trata de una auténtica pandemia de nuestro tiempo que viene creciendo sin el más mínimo control desde hace años. A diferencia de otros momentos, la investigación actual evidencia la interacción continua y múltiple entre las conductas y relaciones adictivas, tanto conductuales como de sustancias, y el sobrepeso y la obesidad. Diversos estudios clínicos han descrito cómo incluso las personas con obesidad que se someten a cirugías de corrección, pueden presentar después, en un número significativo de casos -no en todos- comportamientos adictivos, y no sólo respecto de la comida, sino también a otras sustancias (“transferencia de adicciones”). Por eso, la conexión o interacción es básica.

Si cada persona es diferente y hay varios estados de adicción a la comida, el constituido por ***el hábito de comer compulsivamente da lugar al grupo de personas adictas más vulnerable a las patologías relacionadas con la obesidad*** (la anorexia y la bulimia provocarían efectos de tipo contrario, aunque también asociados a enfermedades graves). Consecuentemente, pese a la complejidad de las causas de la obesidad, el consumo excesivo de alimentos representa uno de los factores de riesgo prevalentes. Las personas obesas tienden a ser más sensibles tanto a la recompensa (placer) como al castigo (dolor), presentando conductas más impulsivas que las personas que realizan ingestas fisiológicas de alimentos.

España, con una tasa de obesidad de entorno al 17 % -y otra de sobrepeso del 46,7 %-no sólo está por encima de la media de la OCDE, sino que es uno de los Estados de la UE con mayor tasa de obesidad entre su población adulta (figura 14). Pero más preocupante que este dato es que, según la Sociedad para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), más de un 82% de la población española obesa no reconoce estar fuera de peso, solo un 17% asume su enfermedad.

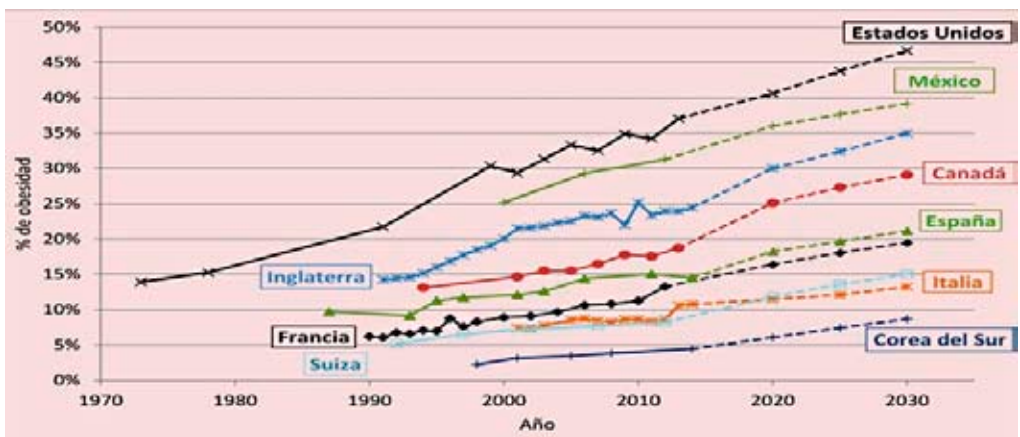
70 Entre los muchos análisis vid. “Obesidad, la actual epidemia.” https://www.prensa.com/opinion/Obesidad-actual-epidemia_0_4903009715.html; <http://www.emol.com/noticias/Tendencias/2015/10/09/753747/Dia-mundial-de-la-lucha-contra-la-obesidad.html>

Figura 14



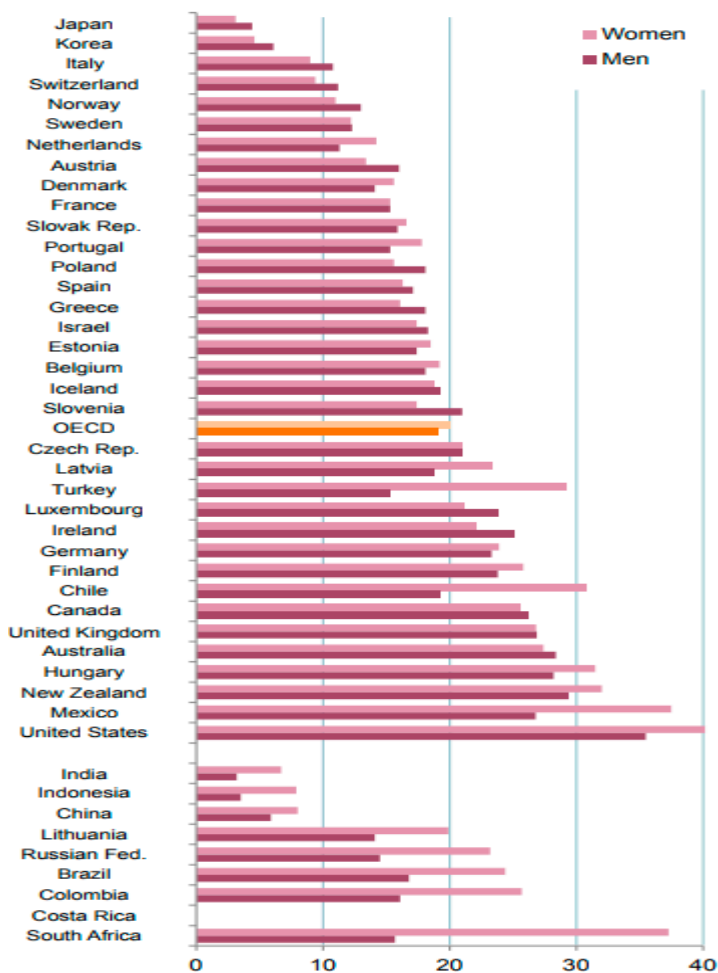
Evidentemente, este desajuste entre su situación real de sobrepeso y la percibida, por lo tanto entre el estado de salud real y el percibido, será más problemático a más prevalencia de la enfermedad, dificultando las soluciones. Y la realidad evidencia que el crecimiento de las tasas de prevalencia del sobrepeso y de la obesidad irá en aumento en España y en todo el mundo. Las proyecciones de la OCDE muestran un aumento constante hasta al menos el año 2030 (Figura 15). Se espera que sean particularmente altos en los Estados Unidos (47%), México (39%) e Inglaterra (35%). Por el contrario, el aumento se prevé más débil en Italia (13%) y Corea (9%) en 2030. En España y Francia (tendría un 12%) se estima un crecimiento convergente hasta el 21%. Que es una pandemia lo pone de relieve que países en los que, históricamente, se han dado tasas bajas, las aumentarán a un ritmo más rápido (Corea y Suiza).

Figura 15



Además, la obesidad sabe de sexo y de clases sociales. Según la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO), el aumento en la tasa de obesidad está directamente relacionado con el aumento de enfermedades del corazón, diabetes y cánceres, de ahí que se hable de ella como una “*enfermedad poliédrica*”⁷¹. Pero a un *problema de salud* se añade otro de *desigualdad social*, siendo en España uno de los países donde más ha crecido. Así, a los vinculados al sexo (las mujeres tienen mayor prevalencia), se une los niveles educativo (a mayor nivel, menor sobrepeso) de estatus económico. Factores que la OCDE destaca de forma especial en su último Informe, enfatizando esta prevalencia desigual conforme a factores de sexo (prevalece en mujeres entre 40 y 50 años), con lo que se produciría un problema de “discriminación múltiple” -mujer, edad, obesidad-, y posición socio-económica que también requerirán de acciones especiales correctoras (medidas de acción positiva a favor de grupos más vulnerables, en especial los menores, pero también las mujeres de cierta edad)

Figura 16.



71 http://www.seco.org/La-obesidad-debe-ser-considerada-una-enfermedad-poliédrica_es_1_42.html

Una vez más, debemos advertir del peligro -y del error- de la generalización, evitando el doble y opuesto riesgo bien de estigmatizar el problema (riesgo por exceso de psiquiatría), con un eminente enfoque de salud mental, cuando se trata más bien de salud psicosocial de las personas y de sus organizaciones, de bienestar/malestar psicosocial, bien de trivializarlo, de modo que se banalice la visión del sobrepeso y la **obesidad como resultante de conductas adictivas a ciertos alimentos en atención a múltiples factores, también socio-laborales, no sólo personales y familiares**. Del mismo modo que no todas las personas que consumen drogas se tornan adictas, tampoco las personas que consumen habitualmente alimentos ricos en calorías y grasas adoptan un comportamiento adictivo. Asimismo, tampoco debe confundirse, aunque no siempre hay una línea de fácil deslinde, entre problemas de sobrepeso y de obesidad (tabla 13)⁷².

Tabla 13

IMC	Clasificación
25-26,9	Sobrepeso grado I
27-29,9	Sobrepeso grado II (pre-obesidad)
30-34,9	Obesidad de tipo I
35-39,9	Obesidad de tipo II
40-49,9	Obesidad de tipo III (mórbida)
>50	Obesidad de tipo IV (extrema)

3.9.3. La trascendencia de la dimensión ambiental en las políticas de prevención del riesgo de sobrepeso y obesidad derivados de conductas adictivas

Los consumos o usos problemáticos son también aquí, pues, un proceso, antes que un estado. Para que las pautas de “alimentación nociva” devenga riesgo adictivo deberán de concurrir determinados factores de vulnerabilidad biopsicosocial, que explican la diferencia de prevalencias (genéticos, rasgos de la personalidad, adaptaciones cerebrales a estados y entornos problemáticos, personal, social, familiar y laboralmente, etc.). Consecuentemente, sin perjuicio del factor genético (predisposición congénita), así como los hábitos alimentarios adquiridos en la infancia, los factores vinculados a los estados emocionales y afectivos son determinantes, así como los conductuales (realizar habitualmente dietas restrictivas, que crea estados de ansiedad adicionales). Pero también los factores de índole socio-cultural y económico contribuyen (amplísima disponibilidad, publicidad constante, consumismo social).

Como las drogas de uso lícito, el consumo de alimentos con alto contenido calórico es relativamente barato, más que los saludables, favoreciendo las conductas adictivas.

⁷² El IMC (Índice de Masa Corporal) se utiliza para clasificar el estado ponderal de la persona, y se calcula a partir de la fórmula: peso(kg)/talla(m²). <https://www.seedo.es/index.php/pacientes/calculo-imc>

Por tanto, para mayor eficiencia de los tratamientos, **sería recomendable integrar las políticas de promoción de la salud (estilos de vida saludable) en las políticas de seguridad y salud en el trabajo, sobre todo en su vertiente preventiva.** El tratamiento para sustituir la conducta de comer en exceso (compensatoria de estados carenciales de bienestar psicosocial, como los llamados “acontecimientos vitales de estrés”) por otra saludable (ejercicio físico, la actividad social, tiempo con la familia, etc.), requiere de procesos y recursos que lo acompañen, incluso asistencialmente, así como de entornos favorables, con inclusión del laboral (no es infrecuente que los atracones se produzcan en los lugares de trabajo, o en coches de uso profesional). Recuérdese que la incidencia de recaídas es común a todas las situaciones de adicción. ***De ahí el papel del paradigma de políticas de empresa saludable***, pero no sólo, para obtener resultados más eficaces en esa lucha anti-adictiva.

Por lo tanto, también aquí hay que dar el paso para transitar desde las vertientes hasta ahora dominantes, las médico-asistenciales, a las socio-laborales. Dado que la obesidad, como enfermedad, puede ser el resultado de un proceso adictivo (comida compulsiva), “el abordaje de los sujetos con obesidad debería modificarse considerablemente; de hecho, la búsqueda de adicciones debería formar parte obligada del estudio de estos enfermos”. En este nuevo escenario, el concepto de “culpabilidad” habitualmente aplicado a los enfermos con obesidad debe ser revisado. Aunque la medicina convencional todavía mantiene resistencias a aceptar que la ingesta excesiva y compulsiva de alimentos sea una adicción específica, no es posible ya ignorar las evidencias que ponen de relieve el papel que tiene la vulnerabilidad biológica y los desencadenantes ambientales en ella. No hacerlo ocasionaría disfunciones en sus tratamientos clínicos. Así, se considera que *“puede explicar la falta de éxito de los programas de estilo de vida que no incorporan estrategias conductuales específicamente diseñadas para abordar el componente adictivo de esta enfermedad”*⁷³.

En suma, como principales conclusiones de esta marcada evolución científico-clínica de los estados de sobrepeso y obesidad como adicción cabe sintetizar las siguientes, de utilidad a los fines de establecer políticas de prevención del riesgo y promoción de la salud, tanto fuera como dentro de los entornos laborales:

73 Vid. Valerie H. Taylor, Claire M. Curtis, Caroline Davis. “La epidemia de obesidad: el papel de la adicción”. En CMAJ, 2010 Mar 9; 182(4): 327–328. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2831667/>

- a. Las causas de la obesidad son complejas y específicas para el individuo.
- b. Las construcciones básicas de diagnóstico y los avances neurológicos relacionados con el abuso de sustancias aparecen en bastantes personas con problemas de peso.
- c. Junto a la vulnerabilidad biológica, debe atenderse a los desencadenantes ambientales que inciden en la prevalencia de la obesidad (enfoque ambiental, no sólo individual)
- d. Las terapias aplicadas tradicionalmente en el área de la adicción a sustancias pueden ser útiles para controlar los problemas de peso, por lo que junto a la dimensión sólo médico-asistencial hay que añadir la social (**concepción biopsicosocial de la obesidad como adicción**)

Como veremos en el capítulo correspondiente, relativo a marcos normativos, así como a políticas y prácticas, de ahí derivan dos líneas de acción. A saber

1. La obesidad como enfermedad asociada a comportamientos adictivos, por lo que tiene una dimensión de salud individual y ambiental
2. La obesidad como factor de discriminación socio-laboral

4. DE LAS ADICCIONES “EN” EL TRABAJO A LA ADICCIÓN “AL” TRABAJO: LA CULTURA PRODUCTIVISTA ELEVA LA PREVALENCIA DE “TRABAJÓLICOS”

«No soy un “workaholic” y no renuncio a las cosas que verdaderamente me interesan, como son mi familia y mis amigos, pero sí a la vida social»

Gregorio Marañón. Presidente del Patronato del Teatro Real⁷⁴

4.1. ¿Existe la adicción al trabajo?: Un emergente riesgo psicosocial asociado a la cultura productivista de nuestro tiempo

El trabajo -como el juego, revelándose tradicionalmente como opuesto (en la versión latina: tiempo de negocio viene de “nec otium” (tiempo sin ocio) frente al “otium” (tiempo de ocio)- es uno de los comportamientos adaptativos y convencionales en cualquier sociedad del mundo. Pero, como todas las demás conductas básicas, incluso mucho más ésta porque tiene una base de “fuente de riesgo” (trabajo viene de la palabra latina “tripalium” -potro de tortura-, para indicar su “penalidad intrínseca”-), si se desarrolla en ciertas condiciones de uso puede conllevar, no ya riesgos laborales en sentido estricto -que eso es una evidencia, claro-, sino trastornos asociados a consumos o usos adictivos de esta conducta. Por supuesto, este tipo de conducta adictiva no cuenta con reconocimiento alguno en las clasificaciones oficiales al respecto (DSM-V, CIE-10), pero no sólo cuenta ya con un alto predicamento en los estudios de la psicología y la psiquiatría más recientes, sino que incluso es posible identificar algunas referencias en tal sentido en los marcos estratégicos y normativos autonómicos (País Vasco).

No debe creerse que estamos, pese a esta falta de reconocimiento oficial, ningún esnobismo de hoy ni pura metáfora. La investigación científica sobre el “trabajo excesivo” concita una creciente atención en el último cuarto de siglo, aunque cuenta con precedentes

74 <https://www.larazon.es/cultura/maranon-no-soy-un-work-alcoholic-PF14116283>

anteriores⁷⁵. Aunque la “adicción al trabajo” suele entenderse como un “riesgo psicosocial” -en sus primeras fases- como un “daño mental” -en la fase madura o final- asociado al “trabajo excesivo” motivado por conductas de impulso-compulsión de trabajar constantemente, es necesario también aquí diferenciar entre “*adicción al trabajo*” y el “*trabajo excesivo*” (consumo problemático de trabajo). Para una persona “trabajo-alcohólico” (“workaholic”) o “trabajólico” (traducción literal del término inglés), su actividad profesional no constituiría realmente fuente de integración social, sino, al contrario, de desarraigo o aislamiento social, por hacer de él centro de su vida entera, su refugio social, relegando todo lo demás.

El tránsito aquí, como en el resto de adicciones conductuales, desde una conducta socio-laboralmente normalizada (aunque pueda ser muy intensiva, excesiva incluso, con una fuerte presión laboral) a una conducta adictiva exige, de nuevo, algo más que aquel tipo de conducta desbordante, exigiendo la típica relación de conflicto relacional, de manera que la pérdida del sentido del límite del tiempo de trabajo influya negativamente en el área personal (relaciones familiares, relaciones sociales y de pareja, ocio), con repercusión en la salud física y psíquica. Es muy importante distinguir bien las situaciones porque de todos es conocido que, en las condiciones de regulación, organización y gestión actuales del trabajo, éste se revela, en la mayor parte de los casos como un intenso conflicto salud-familia, sobre todo para mujeres (doble jornada), que repercute negativamente en la salud (el conflicto trabajo-vida privada es un factor importantísimo de riesgo psicosocial, sobre todo de estrés laboral de género). En consecuencia, también crea este trabajo intenso y desbordante problemas de salud psicosocial a los trabajadores (sobre todo mujeres). Pero no es de este conflicto psicosocial del que aquí se habla.

El conflicto psicosocial o desequilibrio típico de trastorno adictivo se produce porque la desconexión entre tiempos de vida no existe por decisión del propio trabajador, a veces con la voluntad en contra del empleador, o al menos sin su conocimiento (se llevan trabajo a casa para acabarlo por la noche o los fines de semana), mostrando síntomas análogos al síndrome de abstinencia durante las vacaciones. El trabajo actúa para la persona como única fuente de motivación -no es una necesidad para vivir, sino que “*vive para trabajar*”, es su causa principal de vida- y como un desafío autoimpuesto para evaluar la capacidad e influido por ciertos temores (“miedo a no valer bastante”, “a no disponer de tiempo suficiente para lograr el bienestar material”, etc.). El trabajador adicto se implica en una batalla sin fin por el éxito, que, si no alcanza, puede mutar en patologías (ej. Síndrome del quemado) y si la alcanza, no va seguido de un sentimiento duradera de recompensa o de alivio real de la tensión, manteniéndose en una lucha interminable, hasta que la salud le falla⁷⁶.

Conviene, en todo caso, distinguir estas situaciones de aquellas otras en las que son las pautas o culturas de trabajo en la empresa las que propician esa desconexión, en cuyo caso no procede, ni siquiera de inicio, de su “voluntad”, tampoco de la “pérdida de la misma” (control o dependencia del factor causante), sino de la “dependencia contractual”

75 Vid. antecedentes, que se remonta a 1970 (OATES, 1971), en BAKER, A.B. et al. “Workaholism and daily recovery: a day reconstruction study of leisure activities”. Journal of organizational Behaviour, Núm. 34. 2013. Págs. 87-113

76 (Sender, Valdés, Riesco y Martín, 1993).

y de la “presión de necesidad”. El “*workaholic*” suele negar el problema, distorsionando su apreciación de la realidad, a veces aparentemente reforzada por el plus de valor social del trabajador afanoso, con lo que niega todo efecto patológico o anomalía psicosocial.

Aunque las fronteras no son nada precisas, conviene diferenciar entre el afán de rendir y el compromiso con la productividad de la empresa (auténtico deber básico del trabajador ex art. 5 ET), del trabajo-adicto. El primero es un indudable activo de la empresa, el segundo no, e incluso puede ser un factor conflictivo y contra-productivo. Tener en una plantilla personas que sólo piensen en trabajar puede terminar obstaculizando el ritmo de trabajo pues si sólo se piensa en el trabajo propio, no en el que hacen los demás, dificulta o imposibilita los modernos modelos de organización del trabajo en equipo y abre una fuente de conflictos internos⁷⁷. Entre ellos el que ni siquiera se planteen las vacaciones, viviéndolas con tensión. Conviene aquí también diferenciar esta situación o síndrome de la persona “trabajólica” del fenómeno actual de las “*trabacaciones*” (traducción literal de otro anglicismo desafortunado y preocupante), propias de los paradigmas de “trabajador productivista, pero flexible”⁷⁸.

Este fenómeno -sin duda factor de riesgo psicosocial donde los haya, pese a que suele presentarse de forma positiva, como mejor fórmula de conciliar el conflicto trabajo y vida personal y familiar- refiere a nuevas formas de interconectar periodos de descanso y periodos de trabajo. El periodo de vacaciones se disfrutaría (al menos teóricamente, y así lo desea en todo caso el trabajador), pero se combinaría con periodos productivos, debiéndose garantizar al final que se respetan los periodos de descanso legal y convencionalmente establecidos. En estos casos, empresa y trabajador pactan un ejercicio flexible de ambos tiempos de vida, a fin de favorecer la realización de resultados en detrimento del “*presentismo no productivo*”. Sin entrar ahora en un análisis en profundidad de tan controvertida realidad, ambivalente desde luego, aquí interesa precisar que, en tales casos, sí se pretende disfrutar de las vacaciones, pero en el supuesto del trabajólico se trata de evitarlas, provocando sin duda problemas muy cercanos al “síndrome del quemado” (imagen 1⁷⁹).



77 Para el fenómeno de adicción múltiple mixta del trabajo-adicto <https://www.jobandtalent.com/es>

78 SUSSMAN, S. “Workaholism: A Review”. *Journal of Addiction Research & Therapy*. 2012

79 Ubicada en Sebastián Manzanare, “*Adicciones conductuales*”. <http://adiccionesaconductas.blogspot.com.es/>

Ciertamente, aunque existan diferencias, conceptuales y de realidad, no cabe ignorar que todas estas situaciones de ambigüedad y dilución de las fronteras entre los tiempos de trabajo (vida productiva -dependiente-) y los de no trabajo (vida privada -libre-), así como las exigencias de conexión permanente, ya vista en los factores de riesgo de adicción tecnológica, y el constante productivismo, son un formidable caldo de cultivo para el aumento de esta otra adicción: la adicción al trabajo.

4.2. Una aproximación psicométrica a la prevalencia de las adicciones al trabajo: algunas experiencias europeas validables para nuestro país

La adicción al trabajo abarca, como para el resto de adicciones conductuales, una triple dimensión: afectiva (escapar de problemas de tipo personal y familiar), cognitiva (pensamiento constante en torno a las bondades del trabajo) y comportamental (interminables jornadas de trabajo, intrusión en la vida privada, etc.)⁸⁰. El “workaholism” tiende a romper con las estructuras convencionales de la adaptación al medio laboral y la conciliación familiar, aunque **el trabajo-adicto, a diferencia del conflicto trabajo-familia como riesgo psicosocial típico de un buen número de trabajadores (más bien trabajadoras), lo suele vivir como una mejora en la satisfacción laboral y vital.**

La adicción al trabajo puede tener varias consecuencias negativas, que incluyen⁸¹:

Burnout e insatisfacción con el trabajo
Aumento de las tasas de absentismo
Síntomas depresivos
Ansiedad
Enojo
Problemas de salud física relacionados con el estrés, incluyendo fatiga y ansiedad.
Dolores en el pecho y dificultad para respirar
Problemas personales debido conflicto entre la vida familiar y el trabajo
Mayor riesgo de abuso de sustancias.
Estrés

Tratándose de una conducta adictiva, no es dudosa la importancia del factor personal (aunque como en todo riesgo psicosocial), esto es, sus características de personalidad⁸²:

80 BURKE, R. “Workaholism and extra-work satisfactions”. International journal of Organisational Analysis. Núm. 7. 1999. Págs. 352-354

81 QUINONES, C. & GRIFFITHS, M. D., “Addiction to Work: A Critical Review of the Workaholism Construct and Recommendations for Assessment. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services”, 53(10). 2015. Págs. 48–59.

82 SALANOVA, M. et al. “La adicción al trabajo”. INSHT. Madrid. 2005

alta impaciencia y urgencia por realizar las cosas
alto grado de hostilidad tanto física como verbal
autoreferencias constantes a sí mismo
sobreimplicación y sobrecompromiso con el trabajo

Ahora bien, para comprender adecuadamente y, por lo tanto, para intentar medir luego de forma precisa (evaluación psicométrica), en lo posible, la prevalencia de este tipo de conductas, es necesario que se atienda a la complejidad relacional de la conducta adictiva: la interacción entre tales factores de personalidad (vulnerabilidad biológica y psíquica) con los factores ambientales (contexto y entorno organizativo), pues aquí son determinantes para que el comportamiento pueda consolidarse o consumarse. Pues el papel de la organización es clave.

En consecuencia, ***un instrumento psicométrico que estime la prevalencia y magnitud de la adicción al trabajo debe incluir también cada uno de estos aspectos.*** En este sentido, diversos estudios clínicos muestran que la “adicción al trabajo” se asocia con el insomnio, los problemas de salud, el agotamiento y el estrés, así como con la creación de conflictos entre el trabajo (productivo) y la vida familiar (trabajo reproductivo). Entre los indicadores asociados a factores personales destacan:

Irritabilidad
Apatía en el desempeño de actividades de las que antes disfrutaba el individuo insatisfacción
Pérdida de humor
Alteraciones de la salud
Problemas en las relaciones sexuales
Deterioro en las relaciones interpersonales
Dificultades para compaginar ocio y trabajo y uso de trabajo para aumentar y mejorar la autoestima

Entre los factores ambientales debe recordarse la referencia ya realizada a la facilidad de transferencia de conductas adictivas, como la adicción tecnológica, que la empresa de hoy facilita en extremo por su transformación digital⁸³. De ahí, pues, la especial implicación de las políticas de empresa a la hora de promover un uso razonable de las tecnologías digitales en las empresas, no sólo por un uso productivo pleno, sino también para garantizar que no hay usos nocivos para la salud, ni como riesgo psicosocial en sentido estricto para el conjunto, ni como riesgo de trastorno adictivo para aquellas personas con especial predisposición por sus citados factores de vulnerabilidad biológica y psicosocial.

83 PORTER, G. Y KAKABADSE, N.K., “An addictive perspective on technology and work.” Proceedings of the International Human Resource Management Conference, Limerick, Junio. 2003. Y Journal of Management Development, núm. 25. 2006. Págs. 535-560.

Existen herramientas psicométricas validadas para detectar la conducta y con varias experiencias en otros países europeos, no así en España (ej.: 15 preguntas que propone la asociación estadounidense *Workaholics Anonymous -1983-*, o la *Bergen Work Addiction Scale -BWAS-*, planteada a partir de un estudio a más de 12.000 trabajadores noruegos de 25 sectores de actividad⁸⁴). Ante el aumento de la investigación empírica, se ha desarrollado, como herramienta psicométrica más relevante, la denominada **Escala de Adicción al Trabajo de Bergen (BWAS)**, validada psicométricamente para la evaluación de la adicción al trabajo.

A tal fin se construyó un conjunto de 14 elementos, divididos en dos grupos, una tabla de 7 componentes adictivos clave y otra de sendas preguntas (ítems) para identificarlos (la prominencia, la modificación del estado de ánimo, tolerancia, retirada, conflicto, recaída y problemas de salud). Los ítems fueron administrados a dos muestras, una reclutada por una encuesta web, tras una transmisión televisiva sobre adicción al trabajo (n = 11.769) y otra que incluía participantes en la segunda ola de una encuesta longitudinal en Internet sobre la vida laboral (n = 368). Las puntuaciones BWAS convergieron con los de otras escalas de adicción al trabajo, a excepción de una sub-escala de Rendimiento laboral. Los resultados muestran la escala como una diferenciación confiable entre adictos al trabajo y no adictos al trabajo. La escala puede agregar valor a la investigación y a la acción práctica frente a la adicción.

Los ítems de la encuesta se detallan en la tabla siguiente:

Item	Formulación	Componente adictivo
BWAS1	¿Ha pensado como tener más tiempo libre para trabajar?	Prominencia
BWAS2	¿Ha pasado más tiempo trabajando de lo que inicialmente pretendía?	Tolerancia
BWAS3	¿Ha trabajado para reducir los sentimientos de culpabilidad, ansiedad, impotencia y depresión?	Modificación del estado de ánimo
BWAS4	¿Le han dicho otros que reduzca el trabajo y no les ha escuchado?	Recaída

84 La Escala de Adicción al Trabajo de Bergen utiliza siete criterios básicos para identificar adicción al trabajo, donde todos los ítems se puntúan en la siguiente escala: (1) Nunca, (2) Rara vez, (3) A veces, (4) A menudo, y (5) Siempre. Esta Escala se desarrolló en la Facultad de Psicología de la Universidad de Bergen (UiB) en colaboración con la Bergen Clinics Foundation (Noruega) y la Universidad de Nottingham Trent (Reino Unido). Estudio aplicativo de dicha Escala de la Dra. Cecilie Schou Andreassen muestra que la calificación de “a menudo” o “siempre” en, al menos, cuatro de los siete ítems evidencia que la persona es “adicta al trabajo”. Vid. “*Driven to work*”. <http://www.uib.no/en/news/36450/driven-work>. Científicamente la Escala de adicción al trabajo de Bergen se presentó en el artículo «Desarrollo de una escala de adicción al trabajo», Revista Escandinava de Psicología. Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Hetland, J. & Pallesen, S. (2012). *Development of a work addiction scale*. Scandinavian Journal of Psychology 53, 265–272. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-9450.2012.00947.x>. Un desarrollo con muestra más representativa Id. “*The Prevalence of Workaholism: A Survey Study in a Nationally Representative Sample of Norwegian Employees*” PLoS One, 9, https://www.researchgate.net/publication/264798583_The_Prevalence_of_Workaholism_A_Survey_Study_in_a_Nationally_Representative_Sample_of_Norwegian_Employees

BWAS5	¿Llega a estar estresado si se le prohíbe trabajar?	Retirada
BWAS6	¿Deja de priorizar hobbies, actividades de ocio y ejercicio por trabajar?	Conflicto
BWAS7	¿Ha trabajado tanto que le ha influido negativamente en su salud?	Problemas

Traducción propia

El mismo Estudio revela la relación entre la posición de liderazgo y la consideración como adicto o no adicto al trabajo (sobre una muestra de 11.769), tal y como se recoge en la siguiente tabla:

Tabla 14

Posición de liderazgo	Nº	Adicto al trabajo (%)	No adicto al trabajo (%)
Sin funciones directivas	3,637	20.3	79.7
Otras funciones directivas	2,966	26.9	73.1
Mando intermedio	2,694	33.4	66.6
Mando superior	2,472	44.7	55.3

Traducción propia

Este equipo de investigadores, liderados por una reputada doctora, en un Estudio posterior⁸⁵ trata de superar las limitaciones de las muestras anteriores, haciendo un análisis más regresivo y longitudinal y llega a prevalencias más razonables. La mayoría de los estudios que examinan la prevalencia de la adicción al trabajo han utilizado muestras y medidas no representativas con puntuaciones de corte definidas de forma deficiente. Para superar estas limitaciones metodológicas, se realizó una encuesta representativa (muestras 1124) en Noruega a nivel nacional. Entre los empleados se formularon preguntas relacionadas con el sexo, la edad, el estado civil, la responsabilidad del cuidador con respecto a los niños, el porcentaje de tiempo completo equivalente y el nivel educativo.

85 SCHOU ANDREASEN, C., GRIFFITHS, M., HETLAND, J., PALLESEN, S., "The Prevalence of Workaholism: A Survey Study in a Nationally Representative Sample of Norwegian Employees" 2014
https://www.researchgate.net/publication/264798583_The_Prevalence_of_Workaholism_A_Survey_Study_in_a_Nationally_Representative_Sample_of_Norwegian_Employees

Número de elementos con una puntuación de 4 (a menudo) o 5 (siempre)	Prevalencia estimada	Intervalo de confianza del 95%
1 ítem	46.6%	43.6–49.5%
2 ítems	27.7%	25.1–30.4%
3 ítems	14.8%	12.7–16.9%
4 ítems	8.3%	6.7–9.9%
5 ítems	4.6%	3.3–5.8%
6 ítems	1.7%	0.9–2.4%
7 ítems	0.3%	20.1–0.7%

La siguiente tabla muestra, en el mismo estudio el porcentaje e intervalo de confianza del 95% de los encuestados que contestaron 4 o 5 en los ítems de la Escala de adicción al trabajo de Bergen

Ítem	Formulación	Componente adictivo	Índice de confianza del 95% sobre una puntuación de 4 o 5 ítems
BWAS1	¿Ha pensado como tener más tiempo libre para trabajar?	Prominencia	10.4% (8.2–12.2%)
BWAS2	¿Ha pasado más tiempo trabajando de lo que inicialmente pretendía?	Tolerancia	30.5% (27.7–33.2%)
BWAS3	¿Ha trabajado para reducir los sentimientos de culpabilidad, ansiedad, impotencia y depresión?	Modificación del estado de ánimo	6.4% (5.0–7.9%)
BWAS4	¿Le han dicho otros que reduzca el trabajo y no les ha escuchado?	Recaída	8.0% (6.4–9.6%)
BWAS5	¿Llega a estar estresado si se le prohíbe trabajar?	Retirada	12.3% (10.4–14.2%)
BWAS6	¿Deja de priorizar hobbies, actividades de ocio y ejercicio por trabajar?	Conflicto	24.6% (22.0–27.1%)
BWAS7	¿Ha trabajado tanto que le ha influido negativamente en su salud?	Problemas	11.8% (9.8–13.7%)

(BWAS; Andreassen, Griffiths, et al., 2012) (N=1,108).

4.3. La diversidad de mercados nacionales (y culturas) de trabajo como factor que explica las diferencias de prevalencia en la adicción al trabajo

Este equipo de investigación ha establecido una interesante red de colaboración con otros investigadores de países diversos de la UE, entre ellos Polonia. A fin de seguir mejorando las capacidades de medición psicométrica de su herramienta o escala de medición de la adicción al trabajo realizaron otro Estudio con trabajadores polacos. Los resultados fueron⁸⁶:

Item	Formulación	Componente adictivo	Índice de confianza del 95% sobre una puntuación de 4 o 5 ítems
BWAS1	¿Ha pensado como tener más tiempo libre para trabajar?	Prominencia	22.1% (19.1-25.1%)
BWAS2	¿Ha pasado más tiempo trabajando de lo que inicialmente pretendía?	Tolerancia	45.1% (41.4-48.7%)
BWAS3	¿Ha trabajado para reducir los sentimientos de culpabilidad, ansiedad, impotencia y depresión?	Modificación del estado de ánimo	17.3% (14.5-20.0%)
BWAS4	¿Le han dicho otros que reduzca el trabajo y no les ha escuchado?	Recaída	21.7% (18.7-24.7%)
BWAS5	¿Llega a estar estresado si se le prohíbe trabajar?	Retirada	14.7% (12.2-17.3%)
BWAS6	¿Deja de priorizar hobbies, actividades de ocio y ejercicio por trabajar?	Conflicto	29.1% (25.7-32.4%)
BWAS7	¿Ha trabajado tanto que le ha influido negativamente en su salud?	Problemas	16.3% (13.6-19.0%)

Las diferencias que se muestran en ambos Estudios confirma la decisiva influencia del factor ambiental. En este sentido, se revela la gran influencia **en la prevalencia de la adicción al trabajo de los mercados laborales nacionales**, de la misma manera que influye la edad, el sexo, el estado civil, la educación, la posición en la escala laboral, las horas de trabajo por semana, los rasgos de personalidad y la existencia de depresión, factores, todos ellos, que se han tenido en cuenta en el estudio. En la muestra analizada, **la prevalencia de la adicción al trabajo en Polonia (17,4%) fue más alta que la señalada en los estudios previos - 8,3% en el de Noruega de 2014 y 7,3% en el anterior-**. Estos autores también lo relacionan con que la muestra del presente estudio comprendió una proporción relativamente alta de participantes en puestos gerenciales y con alta educación, variables que están asociadas con la adicción.

86 SCHOU ANDREASEN, C., GRIFFITHS, M., HETLAND, J., PALLESEN, S., "Work addiction in Poland: adaptation of the Bergen Work Addiction Scale and relationship with psychopathology". 2017. http://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/31454/1/8971_Griffiths.pdf

En suma, **la prevalencia a la adicción al trabajo se asocia a los siguientes factores de índole netamente laboral** y que, en consecuencia, podrían convertirse, si bien atendidos, en predictores de tales conductas:

1. **Con las horas de trabajo** (intensidad del trabajo). Aunque el tiempo dedicado al trabajo no es un criterio definitorio para la adicción al trabajo en sí mismo, los adictos al trabajo tienden a pasar más tiempo trabajando que los no adictos al trabajo.
2. **Las posiciones gerenciales** (grado de responsabilidad de gestión), de modo que en los puestos de trabajo en los que hay mayor responsabilidad de gestión, las personas tienden a una mayor prevalencia de la adicción. En este sentido, también en las encuestas de prevalencia de uso de las nuevas tecnologías este factor aparece
3. **Las culturas y condiciones de cada mercado nacional de trabajo** (factores institucionales, culturales y organizativos)

Todo ello se mostró congruente con investigaciones previas y confirma la validez del BWAS. Además, la adicción al trabajo era más relevante entre aquellos que tenían funciones gerenciales que aquellos que no lo tenían. El resto de factores no demuestran su correlación.

A la vista de estos relevantes datos, entendemos que en España deberían realizarse estudios psicométricos de este tipo. Así, ***en la próxima Encuesta española sobre las Adicciones en los ámbitos de trabajo debería incorporarse esta metodología***, teniendo en cuenta que, como se sabe, ya la actual encuesta sobre consumo de drogas contempla la ocupación laboral (el factor de clasificación profesional), con especial referencia a las funciones gerenciales como factores influyentes en la prevalencia de consumos de sustancias en el trabajo, con lo que **será fácil su incorporación para medir o estimar la prevalencia de conductas adictivas al trabajo en nuestro mercado de trabajo y en nuestras empresas.**

Caso. Gerente de tienda de la cadena Lidl despedido por exceso de trabajo

https://elpais.com/ccaa/2017/10/25/catalunya/1508916128_096755.html

Hechos relevantes.

El año pasado fue portada de todos los periódicos el despido el jefe de tienda de la cadena de Supermercado Lidl en Barcelona por “trabajar demasiado”. El gerente no registraba su llegada anticipada al centro -entre 49 y 87 minutos antes del inicio de su jornada-, para disponer de más tiempo a la hora de organizar los estantes del establecimiento para la apertura. El despido se produjo a raíz de la denuncia de los trabajadores a su cargo, quienes se quejaban de que también les hacía a ellos trabajar más horas de las estipuladas sin fichar y sin cobrar ese tiempo extra, pese a que la empresa mantiene una firme política de asegurarse de que “*cada minuto que se trabaja, se paga, debiendo quedar registrado*”. La carta de despido imputaba que esa práctica de exceso de celo laboral «*falsea los datos de productividad de la tienda, que no se corresponde con las horas reales*», al tiempo que situaría a la empresa “en riesgo de ser sancionada por las autoridad laborales o en responsabilidades más graves en caso de accidente laboral”. Las cámaras de seguridad evidenciarían las conductas imputadas. La versión del trabajador es distinta, pues, además de negar ambas acusaciones (habitualidad del exceso de horario de trabajo y presión laboral para un mayor compromiso productivo de los trabajadores de la tienda que gestionaba), considera que, en cualquier caso, tales conductas se dirigían a garantizar que la tienda funcionara correctamente, pudiendo cumplir los objetivos de venta que, de otro modo, difícilmente se podrían cumplir, presionándole sin embargo sus superiores para que así fuese (*gestión de presión o estrés para lograr un alto rendimiento*)

Valoración

Lo que para unas empresas sería un regalo (jurídicamente un enriquecimiento injusto), para la alemana fue un grave incumplimiento de su política de empresa (se confirma la misma en la STSJ Cataluña 5249/2016, 21 de septiembre, en la que también se imputa a gerente de *tienda llegar media hora* antes, incumpliendo la prohibición de único trabajador en tienda, si bien le imputaba otros incumplimientos graves). En todo caso, y sea o no un supuesto de “trabajo excesivo”, no parece que de “adicción al trabajo” -pretende beneficiar a la empresa en un contexto de alta exigencia productiva-, queda claro que la reacción no debe ser la del despido, sin más, sino la de advertir al trabajador de los riesgos derivados de esa conducta, tanto para la empresa como para el propio trabajador. No es la vía disciplinaria la más eficiente y justa para afrontar estas situaciones, sino la reconducción de su conducta a la regla norma, de modo que sólo si, tras esta reconvencción, persistiera la conducta, cabría pensar en medidas más severas.

5. LA EMPRESA, ENTORNO PRIVILEGIADO DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN ASOCIADOS AL TRABAJO

5.1. Ambivalencia de la relación del entorno laboral con las conductas adictivas: desde las causas a las consecuencias.

Como en las adicciones químicas (con sustancia), también en las llamadas psicosociales (conductuales), el trabajo y, por lo tanto, el entorno o ambiente-empresa tiene una marcada relevancia, sea en el sentido de

1. **“factor de riesgo”** -agente promotor- de las conductas adictivas sea en el de
2. **“factor de protección”** -dispositivo corrector o reductor- frente a las mismas.

Desde el primer plano, el entorno-empresa (organización, condiciones de trabajo y ambiente socio-laboral) actuaría:

- a. como factor de riesgo en sí mismo de patrones de conducta adictiva
- b. como factor reforzador o potenciador de otros factores (personales y sociales) de riesgo de conductas adictivas
- c. como síntoma de conductas adictivas

Pero, al tiempo, el entorno-empresa puede igualmente favorecer la protección frente a otros factores (personales y sociales) de riesgo de conductas adictivas. Para ello debe crear climas de favor hacia el equilibrio biopsicosocial y/o desarrolla estrategias de afrontamiento de los eventuales estados o situaciones de estrés (acontecimientos vitales estresantes -AVE-), que suelen estar en la base de la particular vulnerabilidad de ciertas personas a estos estados. O, en todo caso, puede reducir o amortiguar los impactos socio-laborales derivados de conductas de riesgo, nocivas o directamente adictivas (ej. garantizando la no desconexión laboral pese a la conducta nociva, que suele conllevar incumplimientos

laborales sancionables). Por lo tanto, si no puede eliminar los factores de personalidad, tan determinantes en este ámbito patológico, ni tampoco puede corregir de forma absoluta los factores macro-ambientales, esto es, los que derivan de los “ambientes” externos a la empresa, sí que podría modularlos, incidiendo tanto en el plano de las (1) **causas** -prevención/promoción- como en el de las (2) **consecuencias** (protección/promoción)

Esta ambivalencia relacional de las empresas como sistema-ambiente en el que se desenvuelve la vida de las personas vulnerables a **adicciones conductuales** es mayor o menor en atención al tipo de conducta adictiva, como ya se evidenció. Es evidente que en unos casos tiene una incidencia muy relevante en ambos sentidos, **factor de riesgo y factor de protección**, como para en caso de la “adicción al trabajo”, incluso la “adicción tecnológica”, y en otros es claramente menor desde el plano causal (adicción a las compras, adicción al sexo, adicción a la comida), manteniendo respecto de otras una influencia intermedia, sobre todo en el plano de factores de protección (adicción al juego, por ejemplo; obesidad asociada a patrones adictivos de alimentación). De ahí que, al analizar los rasgos de cada una de ellas (categorización, epidemiología, tratamiento) se halla hecho ya hincapié en la conexión de la cuestión de las adicciones conductuales con el entorno o sistema-empresa.

Asimismo, al analizar, junto a las causas o factores incidentes (múltiples, dificultando los análisis estrictamente causales, desplazados por el enfoque de redes relacionales con clara incidencia en la conducta), las consecuencias, también se puso de relieve los fuertes impactos de las conductas adictivas en el ámbito socio-laboral, así como viceversa. En este sentido, los nuevos modelos de organización del trabajo basados en la transformación digital provocan importantes consecuencias en los entornos laborales desde el punto de vista de los riesgos para la salud en general y de los trastornos adictivos en particular.

5.2. El entorno laboral como fuente de riesgo o de reforzadores de conductas adictivas: la interacción con los ambientes psicosocialmente contaminados

La recordada tendencia hacia modelos de organización del trabajo digitalizados puede actuar, pues, de reforzadora eventualmente no sólo de conducta adictivas vinculadas al uso de las tecnologías digitales sino de otras asociadas, como el “juego patológico online”, así como la “adicción a la pornografía”, en la medida en que **ofrece una constante disponibilidad de los canales de uso o consumo excesivo o problemático. El precio de esa conexión continua es la dilución de las fronteras entre usos o hábitos fuera de la empresa y los que se producen dentro** de ella.

Por ejemplo, es el caso de la “*adicción al trabajo*”. En este supuesto se ha estudiado como el patrón de conducta adictiva puede derivar de la *presión hacia un aumento continuo de los rendimientos laborales*, promoviendo la empresa culturas del trabajo asentadas en un profundo sentido del cumplimiento del deber de rendir (factor de riesgo).

Esta extensión del deber productivista irá generando un sentimiento exacerbado por mejorar el compromiso colaborador del trabajador en la mejora competitiva, entre otras cosas por el temor a la pérdida del empleo, centrándose en su consecución y dejando

relegada otras facetas, otros tiempos de vida. Emerge así una forma de conexión con los conflictos típicos de conciliación de la vida laboral y la vida extra-laboral que, en vertientes distintas (la dificultad de organizarla por el exceso de trabajo y la falta de facilidades en la empresa para conciliar), influirán también en otras adicciones conductuales, como “*la adicción tecnológica*”.

Desde esta perspectiva, el aspecto más crítico de interacción adicciones/nuevas formas de organizar el trabajo es **el relativo a la presión de los tiempos de trabajo**, en concreto a los tiempos de descanso y pausas laborales. Al respecto, ya hemos tenido la oportunidad de recordar cómo ese modelo organizativo contemporáneo tiende, a través de la radicalización de la tecnología digital, a exigir una disponibilidad constante, a una “hiperconectividad” y a la dilución de fronteras entre tiempo de trabajo y de no trabajo, porque los trabajadores tienen la posibilidad de realizar el trabajo en cualquier momento y lugar. El riesgo de mala gestión temporal del uso de los dispositivos que tal dilución de las fronteras espacio-temporal genera tanto incide en la disminución de la productividad (dedica más tiempo del razonable a usos propios, en vez de a los productivos), cuanto en la salud de los trabajadores (con prácticas como el “*leaveism*”⁸⁷, esto es, la práctica de llevarse trabajo a casa en periodos de descanso y/o de baja para avanzar en las tareas pendientes, por lo que se diferenciaría tanto al *absentismo* -“*absenteeism*”- como del *presentismo* -“*presenteeism*”-).

De este modo, no sólo se incrementaría el tiempo productivo, activando o reforzando pautas adictivas (química y/o psicosocial), sino también su distribución confusa entre los dos tiempos de vida, la laboral y la extra-laboral, con una creciente irregularidad e inseguridad que, sin duda, actuará también de reforzador de eventuales vulnerabilidades adictivas. Los estudios más recientes evidenciarían que, entre los trabajadores que utilizan los periodos de descanso (vacaciones, fines de semana, bajas) para afrontar altas cargas de trabajo, presentan mayor prevalencia mórbida (la carga laboral excesiva como predictor de enfermedad). A su vez, sería el miedo a la pérdida del trabajo en un entorno productivista el factor que más incidiría en ese tipo de conductas de uso laboral difuso de los periodos de descanso -permisos y “licencias” (“*licenciaismo*”)-, más que eventuales pautas de conducta adictiva al trabajo

Entre los factores de riesgo para la salud psicosocial asociada a los nuevos modelos de empresa basados en la transformación digital cabe sintetizar los siguientes:

El uso continuado de internet puede provocar sobrecarga informativa, perjudicial para la salud para el rendimiento	El “Data smog” (síndrome de fatiga informativa)
La multiplicación de tareas favorece la aparición de estrés, disminuye la percepción del control y causa problemas físicos.	“Locura multitarea” (multitasking madness)
La dependencia tecnológica puede provocar procesos acumulativos que conduzcan al agotamiento emocional.	Síndrome de Burnout

87 Vid. GERICH, J. “*Leaveism and illness-related behavior*”. *Occupational Medicine*, Volume 65, Issue 9, 1 December 2015, pp. 746–752, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv125>

Asimismo, los Estudios sobre Adicciones Al Trabajo aquí referidos y realizados con el método “BWAS” (*Andreassen et al. 2016*) hallan que los trabajadores que lo padecen tienen:

1. Tres veces más probabilidades de informar niveles clínicos de TDAH (*Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*) que los que no trabajan⁸⁸.
2. Dos veces más de probabilidad de haber sido diagnosticados con depresión que los no adictos al trabajo.

De ahí que concluyan que estas personas deben recibir intervenciones apropiadas relacionadas con el trabajo. En ellos se constata que el tratamiento médico solo tiene efectos a corto plazo, pues la adherencia al tratamiento es baja, identificándose efectos secundarios graves derivados de la medicación. De ahí que promuevan la efectividad del *enfoque cognitivo-conductual*, no médicos, como las prácticas de *mindfulness*⁸⁹. La relación de prevalencia que se ha evidenciado por tales estudios entre el TDAH y la adicción al trabajo, especialmente en contextos de desequilibrio trabajo-vida, reclama también la atención sobre **la discriminación de las personas afectadas por TDAH**, una condición que puede llevarlos a **un trabajo excesivo y compulsivo en un intento de compensación**.

Además, la implantación de sistemas informáticos induce otros factores potenciales de estrés, tales como el incremento del control y monitorización del desempeño (percepción de invasión de la privacidad), la reducción de los contactos sociales y la interacción social.

Por otro lado, y atendiendo a una cuestión de máxima actualidad hoy, hay que ir más allá en la exploración de las relaciones entre diferentes factores de riesgo psicosocial, como el relativo a la violencia sexual en el trabajo, en especial, pero no sólo, el acoso sexual laboral, con las adicciones al sexo, con lo que se abre una vía, ciertamente delicada, pero necesaria, de interrelación entre políticas de lucha contra la discriminación por razón de sexo-género y las de salud integral.

Como es natural, si todos estos aspectos de la organización de la empresa, y otros varios asociados a las “condiciones de trabajo” y a la “calidad psicosocial del ambiente laboral” (nivel de “contaminación” o de “intoxicación psicosocial laboral”), actúan como factores de riesgo de conductas adictivas, los correctores de aquéllos actuarán, en cambio, como “factores de protección”. Además, y en todo caso, desde el plano de las consecuencias, no ya de las causas, cabe recordar que, al igual también que para las adicciones químicas, la conducta de tipo problemático es generadora de riesgos y daños no sólo para la salud psicosocial de las personas, individualmente atendidas, sino también perjudica el rendimiento productivo, por lo que las empresas se ven afectadas de un modo relevante por este tipo de comportamientos, con lo que emergen incentivos económicos, no

⁸⁸ Para la diferencia del trastorno en niños (cuando debutan en la escuela) y los adultos (cuando debutan en el trabajo), vid. <http://www.tdahytu.es/tdah-en-adultos/>

⁸⁹ Meppelink, de Bruin y Bögels, 2016; Mitchell, Zylowska y Kollins, 2015; Shonin, Van Gordon y Griffiths, 2014; Van Gordon et al., 2017.

sólo sociales, para que se comprometan en políticas preventivo-promocionales.

5.3. Del ambiente laboral como factor de riesgo a la empresa como entorno protector: las políticas de uso socialmente razonables

Desde esta doble perspectiva, causal y consecuencial, especial trascendencia tendrán las “**políticas de usos socialmente razonables**” de las conductas de riesgo adictivo en el seno de las empresas, frente a las más típicas “**políticas prohibitivas de usos problemáticos**”. Por ejemplo, suele creerse, creando una importante fuente de conflictos latentes las empresas y sus empleados, que dedicar tiempo de trabajo a usos privados (o sociales) de las tecnologías de comunicación digital (“*cyberslacking*”⁹⁰ o “*cyberloafing*”) ofrecidas por las empresas para usos productivos es una conducta intrínsecamente negativa, una desviación del deber de corrección o de diligencia laboral. De ahí que se promuevan políticas de empresa restrictivas.

Ahora bien, sin negar los efectos nocivos cuando el consumo se realiza bien de forma excesiva bien en un momento inadecuado, por el peligro físico que puede crear (ej. los trabajos que requieren un alto grado de vigilancia, en los que la distracción es peligrosa), no menos ciertos son sus efectos positivos⁹¹. En efecto, un uso personal y social razonable de la tecnología digital en las empresas permite cubrir con actividades útiles para los trabajadores eventuales “tiempo muertos” o “tiempo de respiro” durante la jornada, sin necesidad de tener que abandonar el puesto. Por lo tanto, permitiría momentos de liberación de la presión laboral (ej. práctica de consultar correos o enviarlos al inicio de la mañana, o bien en tiempos intermedios, para agilizar usos de conciliación personal o familiar).

Algunas investigaciones⁹² consideran que “jugar online” después de una tarea que requiera una alta dosis de atención, ayuda a recuperar la concentración laboral, facilitando la “reconexión” con las obligaciones productivas (*el juego online selectivo durante la jornada de trabajo como factor de auto-protección frente al riesgo de estrés laboral*). Pero el uso privado no solo se centra en los juegos, también es frecuente un uso comunicativo social (se responde a correos privados, se leen noticias, se ven vídeos, se escucha música, se compra) que puede ser fuente de recuperación del cansancio, del estrés laboral y del

90 LAVOIE, J.A.A., y PYCHYL, T.A., “*Cyberslacking and the procrastination superhighway: a web-based survey online procrastination, attitudes and motion*”. *Social Science Computer Review*, Núm. 19. 2001. pp. 431-444; JIA, H., JIA, R. y KARAU, S., “*Cyberloafing and personality: the impact of the Big Five traits and workplace situational factors*”. *Journal of Leadership & Organizational Studies*. Núm. 20. 2013. pp.358-365

91 Vid. HENLE, C.A. et al. “*Designing electronic use policies to enhance employee perceptions of fairness and to reduce cyberloafing: an empirical test of justice theory*”. *Computers in Human Behavior*, Núm. 25. 2009. pp. 902-910

92 TREPTE, S-REINECKE, L. *Privatsphäre im Social Web: Theoretische Exploration der Wirkung des Web 2.0 auf den Stellenwert von Privatsphäre und die Bereitschaft zur Preisgabe intimer Informationen*. Paper presented at the annual meeting of the media and communication ethics division of the German Society of Communication Science, February 12 – 13, 2009, Munich, Germany. Estos investigadores realizaron una Encuesta a trabajadores alemanes jóvenes (35 años de media) que solían jugar online durante el horario laboral. Del Estudio se desprende que una de las principales justificaciones para ello consiste en que ayuda a recuperarse de tiempos con alta carga psicosocial de trabajo. En todo caso, revelan las conductas de riesgo en las comunicaciones digitales. Vid. *Risky behaviors: How online experiences influence privacy behaviors*. https://www.researchgate.net/publication/266078957_Risky_behaviors_How_online_experiences_influence_privacy_behaviors

aburrimiento (permite cierto “desenganche mental del trabajo”, facilita vivencias de logro o satisfacción -construir nuevos recursos internos o nuevas competencias, a través del desempeño de una tarea alternativa-, desarrolla la convicción de que tiene el control sobre la actividad, no que ésta le controla a él).

Por tanto, lejos de demonizar el uso privado o social en el trabajo de las tecnologías digitales podría cumplir, si se ejerce de modo razonable, una función recuperadora frente a la fatiga o el estrés laboral. Asimismo, se percibiría por un buen número de trabajadores como una medida compensatoria o de reequilibrio ante la falta de desconexión del trabajo cuando se espera de ellos que contesten correos electrónicos laborales en tiempo de descanso. El uso privado de los dispositivos digitales en la empresa se relaciona con una cultura típica de compromiso con los objetivos de la organización por compartirlos sobre bases de equilibrio⁹³

Los cambios generados por las nuevas tecnologías requieren de prevención para evitar daños y efectos negativos no deseados del impacto tecnológico en la rentabilidad de empresa y las necesidades de bienestar psicosocial de los trabajadores. Recuérdese que el sistema de gestión preventiva español alude expresamente a la conexión entre evaluación de riesgos y la “introducción de nuevas tecnologías” (LPRL y RSP). Por lo tanto, se abre en el sistema vigente de gestión de riesgos profesionales una oportunidad de abordar de forma integral todas las consecuencias de la introducción de las innovaciones tecnológicas, por tanto también desde el plano de las eventuales adicciones asociadas a ellas, no sólo en el plano de los estrictos riesgos psicosociales relacionados con el trabajo (el tecno-estrés laboral).

Las tecnologías, salvo en casos muy contados, por sí mismas no generan directamente estrés, pero su combinación con otros factores pueden provocar tecno-estrés. Ahora bien, este se diferencia de la *adicción a las tecnologías* en los factores causantes preeminentes, de ahí la condición de aquel de “*riesgo psicosocial laboral*” y de este de “daño psicosocial” con causas externas al ámbito de trabajo, aunque sin duda tiene incidencia en el trabajo. En todo caso, y por lo tanto será un factor a tener en cuenta a la hora de promover un enfoque integrado para su gestión, combinando políticas de prevención de riesgos (tecno-estrés laboral) y de fomento o promoción de conductas saludables (prevención de la adicción tecnológica), hay que tener en cuenta que pueden compartir factores de riesgo, como es la permanente conectividad de los tiempos de vida. Es sumamente importante una “buena gestión de los tiempos” de vida (adecuando frecuencia y tiempo de uso) para no caer en la trampa de las tecnologías digitales (“todo parece hacerse más rápido con ellas, pero el tiempo realmente libre se reduce”).

93 Una vez más, se confirmaría la visión de tales usos como compensación obligada por el precio que tiene en términos de riesgos y daños. Así, se estima que los trabajadores de oficina pasan un 76,9% de su jornada frente a las pantallas de visualización de datos. Vid. KONIG, C.J., CANER, M.E., “Exploring the positive side of personal internet use at work. Does it help in managing the border between work and non-work?.” Computer in human behavior. Volume, 30. 2014. Pages. 355-360

No obstante, en los estudios no siempre quedan claras las diferencias entre los estados de tecno-estrés asociado al trabajo y tecno-adicción (tecno-estrés específico debido a la incontrolable compulsión a utilizar TIC en todo momento y en todo lugar, y durante largos periodos de tiempo). El *tecno-estrés laboral* es consecuencia, pues, de unas malas condiciones de trabajo y de una deficiente organización. En cambio, la *tecno-adicción biopsicosocial* sería aquél estado de uso descontrolado de la tecnología de última moda, convirtiéndola en el eje sobre el cual se estructura su vida. Pero en un caso y otro, la acción preventiva sobre el buen gobierno de los tiempos de trabajo, incluyendo el derecho a la desconexión digital, tiene capacidad para incidir de forma positiva en ambas situaciones de riesgo o deterioro para la salud psicosocial de los trabajadores.

Las adicciones relacionadas con el uso continuado de la tecnología⁹⁴, dentro y fuera del trabajo, podría considerarse una suerte de *daño psicosocial emergente relevante* no sólo en el marco de las típicas políticas de promoción (voluntaria) de la salud psicosocial, sino también en el marco de la política de prevención (obligatoria) de factores y riesgos psicosociales relacionados con el entorno laboral. Actuar preventivamente contra las nuevas patologías laborales generadas por los modelos de organización imperantes en las empresas modernas y que se asocian a variables estructurales en el actual sistema económico⁹⁵, pueden tener incidencia relevante en la evitación-corrección de “trastornos adictivos” asociados de algún modo también con esos factores de riesgo ambiental o de entorno, en el que la citada transformación digital de la empresa⁹⁶ corre paralela a la transformación digital de buena parte de las esferas de vida privada y social, externa a la empresa⁹⁷.

Por lo tanto, además de las consecuencias psicofísicas negativas, en términos de factor de nuevos riesgos laborales (no sólo psicosociales, también biológicos, por ejemplo), se hace necesario integrar en esas políticas hasta que punto el contexto o entorno de trabajo actual está induciendo también algún tipo de conductas adictivas (no sólo a las nuevas tecnologías), de consecuencias personales perjudiciales. Las respuestas individuales son muy variadas y van desde el rechazo frontal (tecno-fobia), que puede ir asociado a la ansiedad y al tipo específico de estrés laboral que representa el referido tecno-estrés,

94 Vid. CHOLLIZ, M. et al. (2009). “Ellas, ellos y su móvil: Uso, abuso (¿y dependencia?) del teléfono móvil en la adolescencia.” Revista Española de Drogodependencias, vol. 34, 1, 74-88.

95 MOLINA NAVARRETE, C., “Nuevo cuadro de enfermedades profesionales en el trabajo y riesgos psicosociales ¿una nueva oportunidad de modernización real perdida?”. Revista La Mutua (Fraternidad Mutrespa), Núm. 18. 2007; Comisión de las Comunidades Europeas, “Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2000-2006), Com(2002) 118 Final, Bruselas, 11 de marzo de 2002. GONZÁLEZ COBALEDA, E., “Riesgos psicosociales, derechos fundamentales y NTIC: una perspectiva de protección diferente.” Revista de Trabajo y Seguridad Social, núm. 387. 2015

96 Las denominadas formas de “e-trabajo” implican una traslación de las mentes y no de los cuerpos, de manera que se crea un espacio virtual de ocupación – la oficina virtual – donde pueden coexistir todos los componentes, laborales y extra-laborales. De ahí la aparición de nuevas relaciones laborales – trabajo en red – y la configuración de un tipo de organización diferente.

97 MARTINEZ SELVA, J.M., “Tecnoestrés laboral: el estrés derivado de la implantación de nuevas tecnologías.” Anuario Internacional sobre Prevención de Riesgos Psicosociales y calidad de vida en el trabajo. UGT. 2016. Pág. 146

a la adicción a las mismas (tecno-filia), con los conflictos de vida relacional que genera, pasando por las personas que hacen una correcta adaptación. Los extremos tienen evidentes consecuencias negativas en las personas y pueden convertirse en fuente de riesgos psicosociales, laborales o no. Por lo tanto, la política de empresa debe ir dirigida a fomentar esta reacción adaptativa, facilitando un uso razonable o socio-económicamente responsable.

En suma, como evidencia la ENA, las **intervenciones preventivas** tienen como objetivo **reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección** frente a toda conducta susceptible de generar adicción. Este objetivo se consigue mediante la aplicación de diferentes estrategias, implementadas en distintos ámbitos, destacando, por lo que aquí más interesa, el laboral. Las tradicionales intervenciones de prevención (biomédica) directa sobre las personas que integran los grupos de población destinatarios (universales, selectivas e individualizadas), deben complementarse “con otras orientadas a modificar los factores de riesgo de los contextos sociales en los que se producen las conductas, con intervenciones denominadas de *prevención ambiental* que actúan a nivel social modificando las normas sociales y las regulaciones del mercado” (ENA, p. 35). En la actualidad, según la evaluación de la END 2009-2016, la prevención en España

“tiene una orientación básicamente centrada en las personas, que hay que equilibrar con otras dirigidas a reducir los factores de riesgo y promover los de protección en los entornos”.

Por otro lado, las *intervenciones para la reducción del riesgo* en las conductas adictivas tienen como finalidad disminuir los efectos negativos de su uso, evitando que el consumo socializado (los consumos, incluso intensos, no ya experimentales o esporádicos, son inevitables aquí en las sociedades de nuestro tiempo, a diferencia de lo que sucede con las drogas, donde ese enfoque tratará de evitar que los consumos ocasionales devengan en intensivos, pues en ese mismo umbral aparece el riesgo, que se eleva en las adicciones conductuales) se convierta en consumo de riesgo y/o problemáticos. O reduciendo las consecuencias negativas que su uso puede tener en otras áreas (de nuevo, tampoco aquí se podrá evitar por completo, como sí el al evitar la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol u otras drogas, a fin de prevenir los accidentes de tráfico). Consecuentemente, las regulaciones (legales, convencionales y de empresa -Códigos, protocolos, etc.-) en este ámbito laboral pueden jugar un papel clave en la prevención de las conductas de riesgo y la promoción de conductas saludables (*prevalencia del enfoque de prevención ambiental socio-laboral*).

En definitiva, los lugares de trabajo se configuran en la ENA, conforme a la evidencia científica más sólida en materia, como entornos de actuación prioritarios para la prevención de las adicciones conductuales.

Ahora bien, desde una óptica de gestión integral, **la empresa puede y debe facilitar también los tratamientos (enfoque asistencial), no ya sólo los poderes públicos.** En la mayoría de los casos, las personas que padecen alguna adicción no siguen ningún tratamiento, sin embargo, existen evidencias que confirman que las personas que solicitan y reciben ayuda (especializada, también social) consiguen mejorar su calidad de vida de manera significativa. En cualquier tratamiento, ha de tenerse en cuenta que cada individuo es único y por ello el “*plan de ayuda al trabajador*” (PA) será personalizado, con vista a su restablecimiento, mejorando de manera sustancial cada una de las áreas importantes de su vida: salud física y mental, relaciones familiares y sociales, trabajo.

En este sentido, queda clara su importancia para hacer realidad una de las líneas de acción estratégica previstas en la actual ENA (“10.4. *Incorporación social, con especial hincapié en la integración laboral*”). Se entiende por “incorporación social” -pretendiendo diferenciarlo del término más habitual de inserción o integración- el proceso de socialización personalizado y flexible, constituido por acciones e intervenciones que pretenden implicar activamente, responsabilizar, promover y facilitar a las personas su autonomía, desarrollo y bienestar social, participación y capacidad crítica con su entorno. En este sentido, incluye diferentes ámbitos o dominios (personal, educativo, sanitario, formativo, residencial, familiar, laboral, etc.), **en los que el laboral es importante, pero no el principal o el único.** En general, se acepta que el tratamiento terapéutico por sí solo no parece suficiente para una efectiva recuperación de las personas que presentan problemas de adicciones.

La incorporación social de estas personas exige una intervención integral. Según la evaluación de la ENA anterior (2009-2016), existe una oferta bastante homogénea de programas de incorporación social, aunque con variaciones según la orientación social y/o laboral y con una cobertura muy desigual en cada una de las CCAA. Sin embargo, la Incorporación Social debe de ser una prioridad, pues no ha tenido el desarrollo de las otras áreas de intervención ni en lo presupuestario ni en el despliegue de recursos, haciéndose gran hincapié en la promoción de “buenas prácticas”⁹⁸

5.4. Costes socio-laborales de las incapacidades asociadas a las adicciones conductuales: ¿nuevo “yacimiento de enfermedades asimiladas a la discapacidad”?

Pero, de forma análoga a como sucede respecto de la prevención de los consumos más nocivos o problemáticos de sustancias por parte de la población trabajadora, la implicación de las empresas en la prevención de los factores de riesgo asociados con el entorno socio-laboral y la promoción de los factores de protección frente a aquéllos, no es

⁹⁸ Se propone definir y consensuar un modelo lógico de actuación, avanzar en la adecuación de los servicios y programas a los nuevos perfiles y las diferencias de género en adicciones, así como incrementar la cobertura poblacional en coordinación con la red asistencial, así como profundizar en la identificación de buenas prácticas y de evidencias existentes. Además, es necesario implementar criterios de calidad en los programas, definir procesos e itinerarios, así como consensuar catálogos de programas, cartera básica de servicios y sistema de información y evaluación.

una cuestión sólo propia de un modelo de “responsabilidad social” (*enfoque ético-social*), en su vertiente más específica de “empresa saludable” (*enfoque de promoción de la salud en el trabajo -PST-*)⁹⁹. Además, sería una cuestión de racionalidad económica, por los altos costes económicos derivados de las adicciones, también conductuales (enfoque de gestión económica eficiente). En este sentido, el tratamiento integral de estos temas es especialmente relevante no sólo para los poderes públicos sino también para la empresa. Tanto la seguridad y la salud profesionales, de un lado, cuanto la productividad, de otro, pueden verse afectadas de forma adversa por empleados bajo el influjo de diversos usos problemáticos, sea de sustancias sean conductuales, o mixtos, lo que no es infrecuente (transferencia o intercomunicación de adicciones), por lo que tienen importantes impactos económicos. Consecuentemente, la intervención preventiva de riesgos y promocional de factores de protección tendrá el **efecto contrario de importantes retornos** de naturaleza económica para la empresa y para el conjunto de la sociedad.

Los programas y políticas de prevención de los factores de riesgo y de fomento de los factores de protección, incluyendo la promoción de salud en el lugar de trabajo, frente a todo tipo de adicción, química o conductual, son consideradas internacionalmente como iniciativas de gestión estratégica, no ya ocasional o esporádica, menos cosmética puramente, dirigidas no ya solo a proteger el bienestar de las personas, sino también la eficiencia de los costes a cargo de las empresas, directa o indirectamente. Al reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección, promoviendo hábitos saludables de conducta -y de consumos de sustancias-, el acento se pone de inmediato en los retornos que suponen para la empresa en forma tanto de reducción de los costes sociales (servicios sanitarios, prestaciones, rebaja del absentismo y de los índices de rotación laboral, etc.) cuanto de aumento directo de la productividad a través del compromiso de los empleados con el objetivo de rentabilidad empresarial al percibir que no serían un “recurso productivo” más, sino “personas” necesitadas de bienestar general.

Piénsese que, al margen de su conceptualización o clasificación como enfermedades de naturaleza psiquiátrica (calificación que, como se viene expresando, tan sólo recibe a día de hoy de forma cierta una de ellas, el juego patológico), se trataría en todo caso de trastornos biopsicosociales que pueden tener una incierta y larga duración, con recaídas intermitentes y, en consecuencia, de no intervenir, lo más precozmente posible, favorecería el aumento de las incapacidades temporales y, en consecuencia, el riesgo de absentismo laboral. Asimismo, y en atención a la alta frecuencia de conductas inequitativas y estigmatizadoras respecto de este tipo de personas, sobre las que viene alertando la OIT (por analogía con las adicciones con sustancias), también se plantea la cuestión de la deriva discriminatoria laboral que puede producirse en relación a estas situaciones. Precisamente por la pérdida de utilidad económica o de rentabilidad que perciben las empresas en estas situaciones, limitadoras o restrictivas de las capacidades psicofísicas de los trabajadores, las adicciones conductuales generaría un plus de riesgo

99 <http://www.insht.es/portal/site/PromocionSalud/menuitem.084224e92eb1cbede435b197280311a0/?vgnextoid=2963052317624410VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=50d9f9bdf8a24410VgnVCM100008130110aRCRD>; para diversas Guías sobre recomendaciones a tal fin vid. <https://www.mutuanavarra.es/promocion-de-la-salud-en-el-trabajo/coleccion-empresa-saludable>

de acumular bajas y, en consecuencia, de ser despedidos, no ya (sólo) por la vía de la ineptitud sobrevenida sino también, y sobre todo, por la del despido por absentismo laboral (art. 52 d) ET), sin perjuicio del recurso a los despidos disciplinarios por pérdida de rendimiento o transgresión de la buena fe contractual (más frecuente en el caso de las ludopatías).

Para intentar darle mayor concreción a esta cuestión, y sin perjuicio del comentario a realizar en el capítulo del marco normativo e institucional actual, entendemos de interés traer a colación lo argumentado por el Gobierno español, y en parte aceptado por el TJUE, en el asunto “Ruiz Conejero” (STJUE de 18 de enero de 2018, C-270/16), relativo a un despido por absentismo en virtud de las bajas acumuladas por un trabajador con obesidad y debidas a las patologías asociadas con la obesidad. En este asunto subyace el problema del incremento de los costes laborales que supone para las empresas el absentismo, en particular cuando se liga a situaciones de “excesiva morbilidad intermitente”, porque implica para las empresas “no sólo la asunción de los costes directos de la ausencia laboral” (pago de prestaciones económicas en los primeros 15 días; costes de la sustitución), sino también la asunción de “costes indirectos” (dificultades de suplencia, entre otros). El análisis de costes se convierte, pues, en el eje para la evaluación de la legitimidad de las políticas de empresa respecto de todos aquellos casos de faltas de asistencia intermitentes por causa de enfermedad durante un determinado número de días, entre las que, sin duda, estarían muchas situaciones que afectan a trabajadores que se vean aquejados de conductas excesivas del tipo adictivo aquí analizado. Y para su solución, dado que tales situaciones pueden ser constitutivas de “discapacidad”, aunque no den lugar a una enfermedad psiquiátrica, el despido sin más no será la respuesta, sino la exigencia de una política que *incentive el mantenimiento en el puesto de trabajo* (STJUE 11 de abril de 2013).

Ciertamente, esta problemática adicional (social y económica), no se producirá cuando se trate de “intoxicaciones agudas” o trastornos a corto plazo. Así, la STSJ Asturias, 100/2018, 23 de enero niega que la incapacidad temporal por abuso de alcohol agudo dé lugar a un tipo de limitación de capacidades socio-laborales de la persona asimilables a la discapacidad¹⁰⁰, en el nuevo concepto social asumido por la jurisprudencia y sobre el que luego se volverá. Se trata de una evolución desde la precedente visión biomédica a otra social del concepto jurídico de discapacidad paralela a la evolución del concepto científico de adicción, en el que, como se refirió en el capítulo anterior, dominaría la moderna concepción biopsicosocial sobre la clásica médico-psiquiátrica y asistencial. Pero queda claro que la calificación cambiará cuando los usos excesivos (de sustancias y/o de conductas -piénsese que las ludopatías suelen asociarse en consumos de alcohol, como también expresamos más arriba-) impliquen continuidad, pues en tales casos la recurrencia, más o menos intermitente, sí revelará

100 Aunque no tiene en cuenta que medió otro previo con el diagnóstico de trastorno adaptativo mixto (ansioso-depresivo), siguiéndose otro, una semana después tan sólo, de trastorno por abuso de alcohol agudo: “difícilmente puede atribuirse a la situación...y a la limitación provisional derivada de su último diagnóstico el valor de durabilidad (larga duración) que permita proyectar al caso la noción de discapacidad confeccionada a partir de la...Directiva 2000/78..., no pudiendo por tanto asentar sobre la misma la finalidad discriminatoria de la decisión empresarial...”

situaciones de enfermedades asimilables a la discapacidad (tal calificación jurídica es independiente de que resulte curable la enfermedad) y, por lo tanto, requerirá de una acción empresarial diferenciada, dirigida a la mayor protección de la garantía de conexión con el empleo.

En todo caso, el supuesto comentado es interesante porque pone de relieve una cierta incompreensión empresarial de las situaciones de consumos problemáticos de sustancias, como de conductas excesivas. Al respecto, se evidencia el mayor riesgo de incurrir en conductas inadecuadas, laboral y legalmente -aquí la inobservancia del deber de remitir los partes de confirmación de la baja a la empresa-, con graves consecuencias (despido -“justificado” o no-), para los trabajadores, pero también para la empresa (el despido, disciplinario -como en este caso- o no, le priva de un trabajador que puede seguir siendo valioso, si liberado de conductas nocivas; puede verse abocado a pagar indemnizaciones por despido improcedente; crea conflictividad...).

6. MARCOS NORMATIVOS E INSTITUCIONALES PARA LAS ADICCIONES CONDUCTUALES: SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVA FUTURA

6.1. La “buena regulación” como “factor de protección”: nuevo desajuste entre el marco de planificación estratégica y el silente marco normativo laboral

La reciente “ENA” (2017-2021) reconoce abiertamente, como no podía ser de otro modo, **el valioso papel de una buena regulación para la gestión integral frente a las adicciones**, tanto respecto de las químicas (consumo de sustancias psicoactivas), como de las psicosociales (conductas y malos hábitos sin sustancia), a fin de mejorar la salud y el bienestar de quienes las padecen, integrando este enfoque de promoción de la salud en todas y cada una de las políticas con incidencia en la materia. Precisamente, desde el plano de la regulación, en relación a las adicciones con sustancia (químicas), siempre se ha advertido el desajuste tan profundo que se ha venido produciendo, y que persiste en esta materia¹⁰¹.

Así, en un plano se situaría **el marco institucional de planificación estratégica**, donde prima la concepción de la adicción como una **enfermedad** y de la intervención correctora como **imperativo de acción integral** -preventiva, promocional y asistencial-, concretándose en políticas, servicios y programas en el ámbito de la salud pública. En el estricto ámbito laboral, y si bien no se expresa con la misma claridad y contundencia que la Estrategia Nacional sobre Drogas (ENSD) precedente, el marco de referencia para el entorno laboral referenciado será el relativo a la seguridad y salud en el trabajo. Pero en otro plano muy diferente, incluso opuesto, se situaría **el marco jurídico-normativo laboral**, en el que sigue prevaleciendo **el enfoque disciplinario (la adicción como fuente de incumplimientos laborales habilitaría el poder de “vigilar y castigar”)**, sin perjuicio de ciertas prácticas convencionales más proactivas¹⁰².

101 Vid. AAVV. (Coord.: Cristóbal Molina). *Condiciones de trabajo y riesgos psicosociales relacionados con las adicciones*. UGT-CEC. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. PNSD. 2016. pp. 73 y ss.

102 Vid. AAVV (Coord. Cristóbal Molina). *Drogodependencias y adicciones en los ambientes de trabajo. Buenas prácticas de regulación y gestión negociadas*. UGT-CEC. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. PNSD. 2015.

Podría pensarse, al menos inicialmente, que este mismo desajuste se produce para las adicciones sin sustancia (psicosociales), puesto que la ENA extiende a las que reconoce los mismos derechos y garantías (servicios sanitarios y sociales, prestaciones económicas, etc.) que a las personas drogodependientes. Ahora bien, la ENA sólo menciona, como se recordará, una adicción conductual, la ludopatía, sin perjuicio de abrirse, en atención a la evolución de las evidencias científicas en el estado de arte socio-sanitario, a otras, como las “tecno-adicciones” o “adicciones tecnológicas”. Al respecto, sabido es que el polémico -tan inconsistente como poco eficaz- art. 54 f) ET sólo incluye, como incumplimiento grave y culpable que permitiría el despido disciplinario procedente del trabajador, las adicciones con sustancia (embriaguez habitual y toxicomanía), siempre que repercutan negativamente en el trabajo, sin referencia de ningún tipo a las adicciones conductuales, ni siquiera la más conocida y ciertas (ludopatía).

En consecuencia, respecto de las adicciones conductuales parecería descartarse, al menos en apariencia, la vía disciplinaria, sin perjuicio de poder acudir a otros canales de despido cuando se constate una alteración tal de las capacidades de trabajo de quienes sufren estos trastornos que imposibiliten o dificulten significativamente su prestación laboral. Podría ser el caso, por ejemplo, de **la vía del despido objetivo por ineptitud sobrevinida** (art. 52 a) ET; STSJ Castilla-La Mancha 282/2016, 3 de marzo -para un caso de ludopatía-). Esta visión inicial, sin embargo, sería irreal, no adecuada a la realidad del mundo laboral actual.

En efecto, **son numerosos los casos en los que, cuando el trastorno adictivo se proyecta en incumplimientos laborales, el empleador recurre al canal disciplinario**, incluido el despido. Para ello aplica, no un precepto específico, que no existe, a diferencia del consumo problemático de drogas con repercusión negativa en el trabajo (tipo de influencia conductual negativa), un tipo genérico -también presente cada vez más en situaciones de consumos de drogas con repercusión laboral-: el cajón de sastre que es la “transgresión de la buena fe contractual” y/o “abuso de confianza”. Un ejemplo significativo de ello nos lo aporta la STSJ Andalucía/Granada, 906/2014, de 8 de mayo, que excluye relevancia práctica para eximir de la responsabilidad a los trastornos de ludopatía y alcoholismo del trabajador¹⁰³. Pero este tipo de usos disciplinarios de la acción empresarial también podría servir para otro tipo de conductas de tipo adictivo, apelando tanto a la transgresión de la buena fe como a eventuales pérdidas o reducciones de rendimiento, por emplear tiempos excesivos en usos privados de dispositivos tecnológicos (adicción tecnológica) o en consumos de pornografía online (adicción al sexo) durante el trabajo, por ejemplo.

Como demuestran recientes sentencias¹⁰⁴, las empresas que se ven perjudicadas, real o

103 En detalle vid. AAVV. (Coord. Margarita Miñarro Yanini). Prevención de las adicciones desde el ámbito judicial. UGT-CEC. Financiación: Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. PNSD. 2017. pp.102-103.

104 Ej. Sentencia del Juzgado de lo Social 19 de los de Madrid, n. 453/2017, 17 de noviembre (la empleadora alegaba que acudió a monitorizar el uso del correo electrónico de la trabajadora para determinar la dedicación real al trabajo durante la jornada ante la sospecha de distracciones continuas con sus compañeros, a través de charlas continuas, también por vía correo electrónico); STSJ Castilla-La Mancha 25/2018, de 12 de enero (la empresa alegó, además de que fumaba, que el trabajador, vigilante de seguridad, tenía comportamientos viciados durante la jornada, al masturbarse y ver pornografía)

pretendidamente, por conductas excesivas de sus trabajadores que pueden influir de forma negativa en su rendimiento laboral, recurren inmediatamente a la potestad disciplinaria, con inclusión del despido, cuando debería ser una última ratio, sin hacer la más mínima inquietud por verificar qué afección de salud psicosocial pudiera subyacer a esos comportamientos. Todo ello, naturalmente, salvo en los contadísimos casos en los que, por vía de política empresarial o por regulación convencional, se prevén programas y protocolos de gestión proactiva de las drogodependencias expresamente extendidas también a todo tipo de adicciones, en especial de las ludopatías (ej. art. 55 Convenio colectivo estatal del sector de las empresas acción e intervención social; *art. 30 del Convenio Colectivo de la empresa OPEL ESPAÑA, SLU*, Boletín Oficial de Zaragoza núm. 61 de 16/03/2018). Una ausencia de enfoque preventivo y proactivo de eventuales nuevas adicciones conductuales que también de constata en aquéllos Códigos y/o Protocolos de usos aceptables o razonables de los sistemas de comunicación digital que aceptan, si quiera sea en términos de “usos mínimos” (“necesarios y razonables”), utilizations de tales dispositivos para necesidades personales (usos privados o sociales), pese a advertir de su finalidad eminentemente profesional¹⁰⁵.

Por lo tanto, también para esta acción integral sobre las adicciones psicosociales en el ámbito de la empresa -aun en colaboración con el ámbito asistencial público-, incluso con más necesidad que para las químicas, por la menor visibilidad de aquéllas, **se precisa encontrar un “puente” que comunique los avances en el marco institucional de planificación estratégica, así como en el de salud pública**, que contemplan las adicciones psicosociales y la empresa como uno de los entornos de la persona privilegiados para una intervención más coherente y eficaz, **con los distintos marcos de regulación jurídico-laboral, en especial el relativo a la salud en el trabajo**. Y, como para las adicciones químicas, el principal canal regulador a tal fin tiende a apelar a los diferentes instrumentos o técnicas de compromiso de mejora voluntaria de los actuales, conforme al **enfoque de promoción de la salud en el trabajo**.

6.2. El predominio de los marcos de promoción de la salud en el trabajo sobre el de prevención de los factores de riesgo

6.2.1. El marco de regulación normativa del juego y su llamada a las “políticas de juego socialmente responsable”

Enfoque de promoción de la salud y políticas de conductas socialmente responsable frente al riesgo de conductas adictivas se encontrarían especialmente en los diferentes marcos normativos de regulación del juego, precisamente por incidir en la única adicción conductual o psicosocial que, de momento, cuenta con aceptación generalizada para calificarse como típico trastorno adictivo (ludopatía). Justamente, la Ley estatal 13/2011, 27 de mayo, de regulación del juego, procede a una profunda reordenación de la regulación de la actividad de juego que se desarrolle con ámbito estatal por la especial

105 Sería el caso de la empresa AMADEUS SOLUCIONES TECNOLÓGICAS (cuyas prácticas de monitorización de correos electrónicos invadiendo la privacidad han sido declaradas nulas por la citada SJS 19 Madrid, 453/2017, 17 de noviembre, declarando no sólo el despido nulo, sino también condenando a una indemnización adicional de 6000 Euros por vulneración de derechos fundamentales -intimidad y secreto de comunicaciones-)

novedad que suponen las modalidades ligadas a las nuevas tecnologías digitales (juego por canales telemáticos). Pues bien, en ese contexto de reforma legal innovadora por mor de la nueva sociedad digital, se atenderá, entre otros fines generales de “protección del orden público” (lucha contra el fraude y el blanqueo de capitales; protección de los consumidores, especialmente los más vulnerables -menores-), al de “prevenir las conductas adictivas...” (Art. 1).

La aprobación de la Ley 13/2011 de 27 de mayo, determinaría -como ahora sintetiza el nuevo Programa de Juego Responsable de la DGOJ, *eLUDO 2018-2021*-: el juego seguro y el juego responsable. Por lo tanto, las políticas de juego responsable formarían parte de la canalización de la actividad de juego dentro del entorno regulado, como “primer pilar de un mercado socialmente sostenible”. La formulación del nuevo Programa de Juego Responsable integral para el juego “*pretende contribuir de manera decisiva a aproximarnos a la aspiración de minimizar el potencial coste social de la actividad de juego*”. Vemos cómo utiliza una fórmula algo alambicada (habla de aspiración y de aproximación, no de garantía de eficacia).

El art. 8.1 se destina a delimitar “las políticas de juego responsable”, exigiendo que el ejercicio de las actividades de juego se aborden “*desde una política integral de responsabilidad social corporativa* que contemple el juego como un fenómeno complejo donde se han de combinar acciones preventivas, de sensibilización, intervención y de control, así como de reparación de los efectos negativos producidos”. Las acciones preventivas tienen, por lo tanto, una marcada dimensión informativa y cultural (“sensibilización”, difusión de buenas prácticas), con especial atención a educar sobre los “posibles efectos que una práctica no adecuada del juego puede producir”.

La responsabilidad de acción recae sobre los “operadores de juego” en virtud del principio de protección de los consumidores -también les corresponde verificar la inclusión o no del jugador en el Registro General de Interdicciones de Acceso al Juego -RGI AJ-¹⁰⁶, de modo que “**deberán elaborar un plan de medidas** en relación con la mitigación de los posibles efectos perjudiciales que pueda producir el juego sobre las personas e incorporarán las reglas básicas **de política del juego responsable** [*“juego moderado, no compulsivo”*]. En correspondencia con esta obligación de las empresas de juego, los jugadores tienen derecho a una información adecuada sobre la práctica responsable del juego (art. 15.1 i) Ley). El Consejo Nacional del Juego tiene la competencia para realizar estudios sobre el impacto del juego en la sociedad, al igual que, en un marco más general, el Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones (art. 20.1 de la Ley 15/2014), que incluye en su ámbito de acción la evaluación y propuestas de mejora de las políticas estatales de control de la oferta y reducción de otras adicciones como la ludopatía, exigiendo la coordinación, por lo tanto, entre unas estructuras sectoriales y otras generales (Delegación del Gobierno

106 Para que una persona pueda acceder al juego en línea es obligatorio para los operadores realizar un proceso previo de verificación de la identificación del jugador y utilizar mecanismos de acreditación seguros. La DGOJ pone a disposición de los operadores de juego online los medios necesarios para realizar de forma electrónica ambas comprobaciones. A 31 de diciembre de 2016, el RGI AJ contaba con 37.749 personas en alta, un 7,4% más que las existentes a cierre del ejercicio anterior. Las nuevas altas han sido mayoritariamente hombres (80,52%), en los segmentos de 26 a 35 años y de 36 a 45 años, si bien hay cada vez un mayor peso de los menores de 26 años.

para el Plan Nacional sobre Drogas -ahora será de Adicciones-). En cambio, no prevé la ley del juego, lo que hace dudar de la eficacia de la obligación de políticas de juego responsable, sanciones específicas para el caso de incumplimiento -por lo que deberá tenerse como leves-.

Tratándose de una materia en la que concurren amplias competencias autonómicas, la práctica totalidad de las leyes autonómicas, y desde luego las posteriores a 2011, pondrán un análogo énfasis en esas “políticas de juego (psicosocialmente) responsable”. Es el caso, por ejemplo, la Ley 6/2014, 13 de Junio, que regula los Juegos y Apuestas de Asturias, ofreciendo “un marco jurídico adecuado para garantizar la defensa”, además de a los usuarios, especialmente de los más vulnerables (menores, incapacitados), también a las “personas con ludopatía, a los que se les prohíbe el acceso a los locales de juego y apuestas y la práctica de los mismos” (modelo de registro de juego prohibido, incluyendo incluso la auto-prohibición). Para ello promueve políticas de juego responsable frente a prácticas compulsivas a fin de prevenir o reducir los “riesgos de ludopatía”, exigiendo planes de prevención respecto de ellos (art. 5 y Disposición Adicional Tercera).

Toda política de juego responsable implica¹⁰⁷, pues, la adopción por las empresas organizadoras-beneficiarias de medidas tanto de fomento de decisiones informadas y educadas por parte de los consumidores (prevención) cuanto de reducción del daño potencialmente causado mediante el desarrollo de iniciativas destinadas a mejorar la salud/bienestar de las personas afectadas por el “juego problemático” (protección), dado su carácter progresivo, no sólo por el “juego patológico” (acción asistencial). Como casi siempre, si todo “programa de prevención de adicciones” -conductuales o de sustancias- tiene dos componentes principales, el de la información y sensibilización, de un lado, y el de la promoción de medidas preventivas específicas, la realidad evidencia que sólo se ha desarrollado, y no de forma plena, el primero, brillando por su ausencia el segundo.

En la misma línea, que hace de la política de juego responsable una estrategia que se basa en un enfoque de salud pública, la Ley 8/2014, de 1 de agosto, del Juego y Apuestas de las Illes Balears. Ésta, una vez evidenciada la importancia económica y ocupacional del sector, así como su dinamismo, que no conviene perjudicar -equilibrio entre aspectos sociales y beneficios asociados a los juegos de azar en España-, pone de relieve que la

“...práctica del juego de azar es una conducta como tal susceptible de crear adicción (ludopatía y/o juego patológico), por lo que las ludopatías (catalogadas como adicciones psicológicas y/o sin sustancia), así como las drogodependencias, están reguladas en la Ley 4/2005, 29 de abril, sobre drogodependencias y otras adicciones en las Illes Balears”.

Muchas otras CCAA contienen regímenes normativos y políticas análogas, incluyendo incentivos económicos para promover la implicación en las políticas de prevención del riesgo de ludopatías a la sociedad civil. Así, la Orden PRE/1346/2017, de 25 de agosto,

107 <http://www.dgojuego.minhap.gob.es/es/node/223>

Para una visión expositiva y crítica Vid. M. CHÓLIZ. “¿De quién es la responsabilidad del juego responsable?” <http://www.aecpa.es/uploads/files/modules/congress/11/papers/746.pdf>

Presidencia de la Comunidad aragonesa, establece las bases reguladoras para la concesión de subvenciones a las asociaciones sin ánimo de lucro para el desarrollo de actividades de información y prevención de la ludopatía. Su fundamento normativo es el artículo 11 apartado primero de la Ley 2/2000, de 28 de junio, del Juego de la Comunidad Autónoma de Aragón, uno de cuyos principios de ordenación de la actividad es «a) *Evitar...hábitos y conductas patológicas*». Una vez más se resalta una concepción social de los trastornos adictivos, no puramente médico-asistencial, tampoco meramente individual, sino relacional, urgidos de acción como problema de salud pública, porque representaría

*“un trastorno altamente incapacitante, que cursa de forma progresiva y crónica, y que comporta un deterioro individual, familiar, social y **laboral en la persona...**”.*

No existe la suficiente transparencia sobre la implantación real de este modelo de promoción del juego responsable o “saludable”. Y ello pese a la existencia de un Consejo Asesor de Juego Responsable, la creación del I Foro de Juego Responsable y la promoción de un nuevo Programa -más bien este nuevo impulso evidenciaría las limitaciones de las medidas anteriores en materia-¹⁰⁸.

Todo ello dificulta la evaluación del grado de efectividad del nuevo marco normativo. En esta situación institucional deficiente, se desarrolla un fuerte contraste entre la visión de las empresas del sector y la opinión pública mediática. También hay contrastes en los pareceres de los estudios sociológicos en materia. Así, el sector tiende a la satisfacción con este marco normativo, que evalúa como la historia de una política de éxito, por el reducido índice de prevalencia en nuestro país tanto del juego problemático (conflictivo relacionalmente) como del patológico (adictivo). En cambio, la opinión pública reflejaría una imagen mucho más problemática, especialmente en el ámbito del juego online y respecto de los jóvenes¹⁰⁹

108 Se constituyó en 2013, por la Dirección General de Ordenación del Juego (DGOJ). Aquel organismo tiene por objetivo velar por las posibles consecuencias en las que se pueda afectar a la seguridad y el bienestar de los consumidores a través del juego. Se presentó en el marco de una “Estrategia de Juego Responsable”. Dicha estrategia consiste en reducir al mínimo los posibles efectos nocivos de la adicción al juego, mediante acciones específicas basadas en la sensibilización de la sociedad sobre los riesgos del juego, la prevención y protección de los vulnerables, el tratamiento y ayuda de las personas afectadas y el estudio e investigación de los problemas asociados al juego. Las limitaciones del mismo, incluso sus marcados incumplimientos, o al menos sus deficientes resultados, habrían exigido una renovación del mismo a través del referido Programa e-LUDO. <https://www.ordenacionjuego.es/es/estrategia-juego-responsable>

109 Desde el sector, Cfr. Cristina GARCÍA. “*Las Políticas Nacionales, Públicas y Privadas, de Juego Responsable*”. Revista Española de Sociología (RES) 2017, Federación Española de Sociología doi:10.22325/fes/res.2017.2, para quien “las Administraciones y la Industria del Juego ejercen, de manera coordinada, medidas eficaces para propiciar la práctica del Juego Saludable”. El estudio tiene un sesgo de datos: identifica jugadores problemáticos con adictivos y prescinde del porcentaje de jugadores de riesgo. Más crítico, evidenciando el descontrol de los juegos online tras la ley de 2011, pese a responder a un intento de control de los mismos, M. CHÓLIZ (2013). “*Una propuesta de Juego Responsable en la situación española actual*” http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4619

6.2. La progresiva apertura de los marcos normativos de acción social a la prevención de las adicciones psicosociales y al papel del trabajo como entorno relevante

Con un carácter más general, y en un marco específico de reconocimiento de derechos sociales, comienzan a aflorar como emergentes fenómenos socio-sanitarios de nuestro tiempo (siglo XXI) no sólo las ludopatías, sino también otras conductas adictivas. Se consolida en la regulación normativa, pues, la referida evolución científica desde un plano eminentemente médico-psiquiátrico a otro más social.

De ahí que se configuren como auténticas “patologías de la libertad”, que llamarían al establecimiento de un “*marco normativo específico*” de acción social integral, a partir del cual definir y poner un conjunto coherente de políticas sanitarias, sociales y también laborales dirigidas tanto a la prevención como a la atención asistencial de las personas afectadas. Por eso la delimitación normativa de las conductas adictivas de índole psicosocial (sin sustancia) ya no se limita, como se indicó al inicio de este Estudio, a las ludopatías, sino que se abre a otras hoy generadoras de crecientes consensos, como las adicciones a las tecnologías digitales.

El art. 2.2 de la citada Ley balear 4/2005, 29 de abril, sobre drogodependencias y otras adicciones, tras definir como actividades adictivas toda alteración de conducta susceptible de generar dependencia psicológica, especifica que tienen esta consideración, además de las “máquinas de juego o recreativas con premio programado y de azar” y “los juegos de azar y las apuestas”, cualesquiera “*otros dispositivos que pueden generar dependencia psicológica*” y repercutir negativamente en las diversas “áreas (psicofísica, familiar o social) de la persona y de su entorno”. Por eso los considera también fuente de enfermedades comunes -art. 3, k)-.

Pues bien, desde esta prevalencia de la concepción relacional y ambiental a la hora de plantear la identificación de un problema de adicciones psicosociales o de conducta (así como también de las químicas), y sin perjuicio de la mayor incidencia en los entornos educativos, familiar o sanitario, la Ley contempla de forma expresa un precepto -art. 16- en el que trata de fijar el **marco normativo específico de promoción** (siempre dentro del esquema de promoción de la salud en el trabajo) **de acciones integrales en el “ámbito laboral”** para la prevención de todas las adicciones. En este sentido, la norma autonómica balear -en línea con las posteriores y con el creciente consenso científico en la materia- propone un enfoque unitario y global de todas ellas, de modo que las adicciones conductuales o psicosociales se traten del mismo modo, sin perjuicio de atender a sus especificidades, que las químicas.

Artículo 16. Actuaciones en el ámbito laboral

1. El Gobierno de las Illes Balears ha de impulsar la realización de **programas de prevención y asistencia de drogodependencias y otras adicciones**, y ha de **implantar programas de detección precoz mediante los servicios sanitarios normalizados de las empresas**. En el diseño, la ejecución y la evaluación de estos programas pueden participar los sindicatos, las organizaciones empresariales, los servicios de prevención y también los consejos de salud laboral en las empresas e instituciones.

2. La consejería competente en materia de trabajo **ha de potenciar los acuerdos entre organizaciones empresariales y sindicatos encaminados:**

a) A la **modulación de las potestades disciplinarias** que reconoce la legislación laboral en los casos **derivados del abuso de drogas**, cuando la persona afectada se ponga en tratamiento.

b) A la reserva de los puestos de trabajo de los trabajadores y de las trabajadoras **drogodependientes** durante su proceso de tratamiento.

3. El Gobierno de las Illes Balears, a través del procedimiento que se establezca reglamentariamente, **puede declarar empresas saludables y solidarias aquellas que destaquen por la protección de la salud de los trabajadores** y por su colaboración en el proceso de reinserción laboral de los drogodependientes. También, por el mismo procedimiento, puede establecer las medidas y los incentivos que estimulen la participación empresarial”

Vemos, pues, que cuando la norma autonómica desciende a la previsión de medidas más específicas, dirigidas a la garantía de la conexión laboral permanente del trabajador afectado por una adicción, vuelve a un esquema tradicional y parecería especificarlas sólo para las drogodependencias. Sin embargo, no ha de entenderse esa previsión de una forma literal, sino que exige una interpretación global, coherente, sistemática y teleológica, de modo que todas las medidas dirigidas a favorecer la estabilidad en el empleo de los trabajadores en riesgo o situación de conductas adictivas, sean químicas o psicosociales, deben tener el mismo régimen de garantías (prevención, promoción y asistencia). En otro caso no tendría sentido que se aludiese en el primer apartado a todas las adicciones, no sólo con sustancia, a la hora de establecer el ámbito de los programas preventivo-asistenciales.

En este sentido, tanto los marcos normativos autonómicos posteriores como los Planes sobre Adicciones derivados, inciden en ese tratamiento equiparado, también en el entorno laboral. Si bien tienden a centrarse en las relativas al juego problemático y/o adictivo (ej. II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010-2016, Aragón)

6.2.1. Un paradigma del favor por un marco normativo específico, integral e integrador de acción preventiva frente a las adicciones psíquicas: el evolutivo modelo vasco

Sin duda, el marco de acción normativa -promocional- más evolucionada y coherente al respecto es el que ofrece la citada **Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias del País Vasco**

Si bien en esta Ley se asumen los aspectos más consolidados en la materia desde hace años (abordaje multidisciplinar e integral de las adicciones; prevalencia de la educación para la mejora de la salud en todos los ámbitos y áreas que tienen incidencia en las adicciones; relieve del papel asistencial; centralidad del enfoque de salud pública) introduce varias novedades de gran trascendencia. Y ello tanto en el **plano de la comprensión del fenómeno complejo** de las adicciones en nuestro tiempo, poniendo en pie de igualdad las psicosociales con las químicas (concepción evolutiva y social de las adicciones en un nuevo entorno social), cuanto, en coherencia, **en el plano del tratamiento** (políticas de gestión integral e integrada). De ahí que reclame para su abordaje más eficaz “**la concurrencia del compromiso de corresponsabilidad social**” [artículo 3 a)], que lo eleva a la categoría de principio informador y configurador del marco de acción -la ENA también lo enfatiza-, en todas las grandes áreas de intervención:

- a. Promoción de la salud de la persona, aumentando su control de actos y entornos
- b. Prevención de los factores de riesgo
- c. Enfoque de reducción de riesgos y daños (usos razonables)**
- d. Asistencia socio-sanitaria: integración normalizada de todas las personas afectadas por conductas adictivas en la red de asistencia social y sanitaria (Título III)
- e. Inclusión social y laboral: integración normalizada en el Sistema Vasco de Servicios Sociales, de atención primaria o de atención secundaria, y en el Sistema Vasco para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social (Título IV).
- f. Investigación sobre las adicciones: Observatorio sobre Adicciones (Título V)
- g. Organización institucional articulada: convenios de colaboración interadministrativos y Plan sobre Adicciones de Euskadi (vinculado al Plan de Salud)

En el plano de la comprensión de la complejidad actual del fenómeno social relativo a las adicciones llama la atención el enfoque evolutivo que adopta, integrando:

- a. toda “*conducta socialmente normalizada que evolucione de modo problemático*”, precursoras de “*una futura adicción -compras, alimentación compulsiva, ejercicio físico o laboral desorbitados-*”, así como
- b. toda “*nueva realidad -redes sociales, las tecnologías digitales, videojuegos -, cuyo uso indebido, excesivo o abusivo puede comportar preocupación y ciertos problemas que pueden constituir los albores de una futura adicción*”.

Por eso, según su art. 2.3, “a los efectos de prevención, asistencia, inclusión social y reducción de la oferta, se considerarán adicciones comportamentales”, no ya sólo, como se ha previsto en todas las normas autonómicas al respecto, “el juego patológico o ludopatía”, sino

también, y de forma expresa toda “conducta excesiva en el uso de las tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones y, en particular, las relacionadas con el uso de las redes sociales y los videojuegos”. Por tanto, el Derecho Vasco de Salud Pública reconoce como patología propia la adicción tecnológica. Ahora bien, consciente, como ya se advirtió en el primer capítulo de este Estudio-Guía, de que no hay suficiente certeza científica sobre la calificación de toda conducta problemática y/o de riesgo como adictiva asume una técnica singular para que la regulación legislativa permita la intervención: el principio de precaución.

A tal fin, permite que, mediante decisión motivada de los servicios de salud, pueda extenderse toda medida protectora frente a las adicciones químicas a toda “conducta excesiva no conceptualizadas como adicciones comportamentales en el momento actual”:(...). En virtud de dicho principio, en los casos en los que los servicios de salud consideren que la conducta excesiva presenta características susceptibles de generar un patrón adictivo y que la persona podría beneficiarse de un programa terapéutico, podrán aplicarse las medidas de asistencia previstas en la presente ley”.

Asimismo, ya en el plano del tratamiento, es también novedosa la llamada que realiza a la vertiente de **prohibición de discriminaciones por razón de las circunstancias adictivas**. Por lo que se insiste en esa dimensión social -y también laboral- y no ya sólo de salud pública. Es cierto que esta consideración parece concretarse para las personas adultas que formen parte de clubes de cannabis, que regula (hay que advertir de su inconstitucionalidad según la STC 14 de diciembre de 2017, respecto de una previsión análoga de la Comunidad Foral de Navarra).

Pero, como se puso de relieve respecto de cierto tipo de conductas adictivas en capítulos precedentes, como por ejemplo las ligadas a la obesidad, incluso al sobrepeso, este enfoque de tutela antidiscriminatoria ha de tenerse como más general y plantea nuevos retos en el ámbito laboral especialmente, donde tienen mayor incidencia estas inequidades respecto de personas afectadas por ciertos trastornos con especial impacto social. Así lo expresa el art. 6.1 de la Ley, conforme al cual las personas que presenten conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales “no serán objeto de discriminación por razón de su circunstancia y podrán ejercer sus derechos en los mismos términos que el resto de la ciudadanía”. **La ENA, en forma de principio de Equidad, también enfatizará este enfoque.**

No olvida tampoco la ley vasca la dimensión económica de esta cuestión, porque en más de un caso afecta a sectores estratégicos (juego, sector alimentario, transformación digital del entorno, etc.). Por eso llama al equilibrio entre libertades -personales, de empresa- y la protección del interés de las personas más vulnerables. En este contexto, **abogará por dar un mayor relieve al enfoque de reducción de riesgos (oferta)/daños (políticas de uso responsable -juego, tecnologías, comida, etc.-), frente a pautas de tolerancia 0**. En efecto, se trata, más que de criminalizar, de concienciar, “*mentalizar socialmente sobre las consecuencias de este fenómeno para provocar un cambio de actitudes*”, pero siempre desde la prevalencia del comportamiento individual libre pero socialmente responsable (enfoque de educación para la salud).

Por lo tanto, el doble eje de intervención prevalente deberá ser el de **prevención de las adicciones** y el de **promoción de la salud**. Su pretensión de ser pedagógica hace que delimite expresamente, si bien de forma muy amplia, estos conceptos. Así:

Prevención: es el conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios destinados (1) a potenciar los factores de protección y a (2) reducir la incidencia y la prevalencia de los factores y conductas de riesgo precursoras (o predictores) de las adicciones (art. 7).

Promoción de la salud: proceso que permite a las personas (1) incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Incluye todas las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, así como aquellas dirigidas (2) a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de fomentar su impacto favorable o mitigar su impacto negativo en la salud pública e individual

Al igual que la ENA (2017-2024), la norma vasca pondrá el acento en la necesidad de no agotar la intervención en el plano individual o personal para incidir en el ambiental (art. 4¹¹⁰), a fin de facilitar (1) la permanencia y/o la inclusión normalizada de las personas afectadas en su entorno (familiar, comunitario, educativo, laboral) y mediante (2) una acción coordinada que implique “a todos los agentes sociales” que deben intervenir, como son la escuela, la familia, las asociaciones y, sin duda, “la empresa”. Esta visión de corresponsabilidad social y relevancia particular del entorno o sistema-empresa se confirmaría tanto en el art. 5.1 b) de la Ley, que incluye entre sus objetivos generales “b) **Potenciar la implantación y desarrollo de programas efectivos de prevención** comunitaria, educativa, familiar y **laboral**” cuanto en su art. 13. 6, al volver a identificar, entre “los **ámbitos prioritarios de actuación preventiva**”, el “**laboral**”, que deberá “coordinarse con los comunitarios”, para garantizar su eficacia.

Por lo tanto, desde este **paradigma de salud integral de la persona**, presente transversalmente en todas las políticas, el marco normativo vasco de gestión de las adicciones conductuales prima una acción intersectorial y socialmente cooperativa, “*con el fin de lograr resultados en salud más eficaces, equitativos y sostenibles, que los alcanzables por la acción en solitario del sector sanitario*”. Esta inquietud por garantizar una política de acción mucho más eficaz que hasta el momento, lo que implica no sólo innovar en las medidas sino mejorar de forma sustancial en coordinación, entre sectores reguladores, políticas sectoriales y agentes implicados, es lo que en la ENA (2017-2024) se define como principio calidad de la acción o de la intervención, conforme al cual se persigue:

“Garantizar una acción preventiva, asistencial, y de reducción de riesgos y daños adaptada a las necesidades de la sociedad y de todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por las adicciones”

110 “Enfoque de salud pública, en cuyo marco resulta esencial diseñar una política de prevención y atención a las adicciones que tenga en cuenta los determinantes de la salud y actúe sobre el estilo de vida, no solo basándose en medidas de nivel individual, sino también sustentada en actuaciones orientadas a modelar el entorno para que favorezca una vida saludable” (*intervención sobre el entorno*)

Esa prevalente dimensión ambiental de la política preventiva de las adicciones y su concreción en la relevancia del entorno o sistema-empresa, pergeñada de forma general a lo largo y ancho de toda la norma promocional específica, integral e integradora, se concretará en dos preceptos específicos. A saber

Artículo 19. Prevención en el medio laboral.

1.- El departamento del Gobierno Vasco competente en materia de trabajo, por medio del órgano del Gobierno Vasco encargado de gestionar las políticas en materia de seguridad, higiene, medio ambiente y salud laborales, **potenciará (1) acuerdos entre organizaciones empresariales y sindicales, (2) la incorporación de medidas de prevención en la empresa..., la (3) modulación de potestades disciplinarias, (4) la conservación del empleo y la reserva de los puestos de trabajo de los trabajadores y trabajadoras con problemas de adicciones durante su proceso de tratamiento.**

2.- Las acciones preventivas de las adicciones que, fruto del acuerdo entre organizaciones empresariales y sindicales, se decidan promover en el ámbito laboral, sin perjuicio de las específicas y obligadas acciones preventivas reguladas en la normativa sobre prevención de riesgos laborales, se orientarán:

- a) A favorecer entornos laborales saludables y libres de...las circunstancias que pueden generar adicciones.
- b) A detectar e intervenir precozmente conductas de riesgo o excesivas en el ámbito laboral.
- c) A utilizar el medio laboral como mecanismo útil de deshabitación de conductas con riesgo de generar adicciones comportamentales en el medio laboral, favoreciendo el acceso de las personas afectadas al tratamiento que precisan preservando su privacidad.
- d) **A vigilar y promover que las adicciones** y...factores de riesgo precursores de las anteriores... y las conductas excesivas susceptibles de generar adicciones comportamentales no se **conviertan en un instrumento de discriminación en el medio laboral** y sean tratadas con la debida confidencialidad.”

Comprobamos de este modo cómo, el marco normativo vasco contiene un plan de regulación y gestión completo de las adicciones en el trabajo, así como “al trabajo” (se formula expresamente en el art. 20), que abarcaría:

1. el sistema normativo competente principal para promover la acción (seguridad, salud y bienestar en el trabajo)
2. la fuente de regulación preferida (el acuerdo colectivo entre empresarios y representantes de los trabajadores)
3. La integración de una política de acción preventiva de los factores de riesgo de las adicciones en las empresas que mejore y complemente la acción preventiva obligada de conformidad con la LPRL. Por lo tanto, asume en gran medida un paradigma o un modelo de gestión integrada, en línea con la OIT (programa SOLVE)

4. Un contenido básico o mínimo de tales acuerdos:

- i. Medidas de mejora preventiva en la empresa (promoción de entornos laborales saludables a efectos de prevención de adicciones, químicas y conductuales)
- ii. Medidas de protección frente a la potestad disciplinaria (cláusulas de modulación o suspensión)
- iii. Garantías de conservación del empleo (derecho de conexión con el puesto de trabajo)
- iv. Garantías de protección antidiscriminatoria de las personas afectadas por circunstancias o factores de riesgo relativos a adicciones

Pero no se quedará en este, de por sí ya completo y complejo marco de regulación y gestión, que remite en gran medida a la acción colectiva, para la mejora preventiva, si bien hay compromisos de promoción de medidas de protección al margen de que existan o no ese tipo de acuerdos. La extremada ambición, quizás el exceso de idealismo, de la normativa vasca lleva a la Ley a incluir un artículo adicional (art. 20) en el que se pretende desgarnar un poco más las medidas de acción preventiva en el ámbito laboral, a través de la complementación del marco propio de la gestión de riesgos laborales. A tal fin se distinguen entre medidas de acción general (para toda la plantilla) y otras específicas (para los trabajadores más vulnerables a las adicciones “en” el trabajo y “al trabajo”).

Artículo 20. Medidas de prevención en el ámbito laboral.

La Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi, a través del órgano encargado de gestionar las políticas en materia de seguridad, higiene, medio ambiente y salud laborales, **en colaboración con...** las distintas administraciones públicas, ... las asociaciones empresariales **y sindicales...** promoverá, **en el marco de... la legislación sectorial vigente en materia de prevención de riesgos laborales**, la puesta en marcha:

a) De medidas de carácter general:

a.1.- Información y sensibilización acerca de las adicciones a las empresas y a las trabajadoras y a los trabajadores.

En el caso de las conductas .excesivas susceptibles de generar adicciones comportamentales, las medidas estarán orientadas a mejorar el conocimiento sobre estas últimas y sus consecuencias perjudiciales, **otorgando una especial consideración a las conductas excesivas relacionadas con la actividad laboral, susceptibles de generar una adicción al trabajo.**

a.2.- Elaboración de protocolos y guías de salud, y puesta en marcha de programas de vigilancia, detección precoz y prevención de las adicciones, así como asistencia a las personas trabajadoras que resulten afectadas por esas circunstancias, que será facilitada por la persona empresaria, **según los términos de la negociación colectiva...**

a.3.-... medidas orientadas a...limitar el recurso a las conductas con riesgo de generar adicciones comportamentales en el ámbito laboral.

a.4.- Integración en la evaluación de riesgos psicosociales de los factores y condiciones de trabajo que favorecen la aparición de las adicciones.

a.5.- Formación....

b) Medidas dirigidas a grupos o a personas en situación de riesgo:

b.1.- Acciones de prevención sobre consumo de bebidas alcohólicas y tabaco y las referidas a aquellos sectores, actividades o condiciones laborales en los que el consumo de sustancias tenga mayor riesgo sobre la persona trabajadora u otras personas, que tendrán además carácter prioritario.

b.2.- Desarrollo de un protocolo de actuación en caso de riesgo grave o inminente para el trabajador o trabajadora o para terceras personas.

b.3.- En el supuesto de conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales... informar a la persona afectada de los programas y estructuras de apoyo existentes.

b.4.- Acciones conjuntas y coordinadas entre el personal de la sanidad de los servicios de prevención de la empresa y del sistema sanitario para la detección de situaciones de riesgo.

b.5.- Inclusión de la exposición al humo ambiental del tabaco como factor de riesgo en la evaluación de riesgos de los puestos de trabajo de lugares en los que se respire humo...

Como veremos más detenidamente en su momento, del extenso catálogo de medidas que se prevén, no sólo de carácter informativo-formativo (acción de concienciación cultural), sino también de procedimiento (protocolos), tres son las que merecen especial reseña:

1. La “especial consideración” que otorga, en el plano preventivo, “a las conductas excesivas relacionadas con la actividad laboral, susceptibles de generar una **adicción al trabajo**”
2. La consideración expresa de quienes sufren “riesgo de adicción comportamental” como “**personas o grupos con especial vulnerabilidad**”
3. La llamada que hace a la “**integración en la evaluación de riesgos psicosociales de los factores y condiciones de trabajo que favorecen la aparición de las adicciones**”

6.2.2. De la evolución científica al nuevo marco legal: la obesidad, riesgo prevalente para la salud nutricional y su gestión preventiva y antidiscriminatoria

6.2.2.1. La obesidad y otros trastornos alimentarios como problema de salud pública y como factores de riesgo (sociales, laborales)

Una paralela receptividad normativa, en este caso sectorial estatal, hacia la evolución científica desde un concepto meramente médico a otro social, lo hallamos en la Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria y Nutrición. En ella el sobrepeso y la obesidad aparecen sea (1) como una **cuestión de salud** asociada a trastornos alimentarios, incluidos los de tipo adictivo y que urge políticas de prevención de tales riesgos para la salud (en línea con lo que apuntaba el art. 18 de la Ley General de Sanidad en relación al art. 43 de la CE), sea como (2) una **cuestión de discriminación** social -y laboral-, reconociendo que son causas de tratos perjudiciales y estigmatizadores en diversas facetas de vida de relación social de las personas (art. 37 de la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición), incluido el enfoque de género. En suma, a partir de los avances en el plano científico-médico y nutricionista sobre la relación entre alimentación y salud (para mejorar su conocimiento crea el Observatorio de la Nutrición y de Estudio de Obesidad -art.38-), adopta un “*enfoque de gestión integral de los riesgos*”, sea de los nutricionales sea de los sociales asociados al sobrepeso y la obesidad (discriminación), y desde “todas las perspectivas posibles”.

Consecuentemente, y de forma análoga al referido modelo vasco de regulación de las políticas de gestión de las adicciones psicosociales, la Ley 17/2011, no sólo asume la clásica lógica de la seguridad alimentaria (detección y eliminación de riesgos físicos, químicos, y biológicos), también la lógica de salud nutricional y su “enfoque anticipatorio”: el principio de precaución. Principio que será de especial relieve para mejorar la gestión de los desequilibrios nutricionales ligados a la “*preocupante prevalencia...de la obesidad...*”.

El principio de precaución (deber de adoptar medidas preventivas aunque no haya total certidumbre científica sobre el daño sospechado: art. 7), junto al de “análisis de riesgo” (centralidad de la técnica de la evaluación de riesgos: art. 5), y el de trazabilidad (art. 6), está presente, pues, en el marco de planificación institucional previsto -art. 36- para abordar, como una suerte de “riesgo emergente” para la salud -art. 3.2 b-, los trastornos alimentarios, incluso de tipo adictivo, asociados a la obesidad: la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (Estrategia NAOS). El triple presupuesto es la consideración legal, a partir del conocimiento científico y de la realidad social¹¹¹, de la obesidad como

- a. **una enfermedad en sí misma**
- b. **un factor de riesgo para otras enfermedades de mayor gravedad**
- c. **un factor de discriminación social, mayor a más vulnerabilidad de clase social.**

111 Desde 2006 la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición prioriza *aspectos relacionados con la nutrición*, por su relevancia para *luchar contra la creciente prevalencia de obesidad*, clave en la Estrategia NAOS

Es cierto que, esta Ley -y la Estrategia NAOS derivada- prioriza, como entornos de acción correctora de los factores de riesgo (nutricionales y sociales) y promocionales de mejores hábitos de salud (en relación a la nutrición y la actividad deportiva), el familiar y el educativo (la prevalencia es más preocupante en edad infantil y juvenil). Es verdad igualmente que la acción pública queda enmarcada en pautas que no formalizan rígidos compromisos, a fin de no perjudicar, de nuevo (se vio con el juego), los intereses del mercado (enfoque de análisis de beneficios económicos¹¹²). De ahí que se centre en la potestad de premiar -fomenta premios para prácticas saludables respecto de la nutrición y la actividad deportiva-.

Ahora bien, no debe olvidarse de la referida relevancia que otorga a los aspectos de índole social que se vinculan a los estados de sobrepeso y obesidad, en especial la dimensión relativa a la protección antidiscriminatoria y ahí las relaciones laborales son determinantes. En este sentido, a fin de garantizar de forma efectiva el derecho de todas las personas a una vida de relación social -y laboral- en igualdad de condiciones que el resto, sin que los estados de sobrepeso y/u obesidad sean un factor estigmatizador social ni impeditivo u obstaculizador de sus capacidades para trabajar, la ley (art. 37) contempla no sólo:

a. las llamadas **garantías negativas** o **“liberales”** (prohibiciones, directas e indirectas, de discriminación: *“se considera discriminatoria toda orden de discriminar directa o indirectamente, por razón de sobrepeso u obesidad”*), sino también

b. las denominadas **“garantías positivas”** o **“sociales”** (obligaciones de hacer o acciones positivas). Así, el art. 37. 6 ordena a los poderes públicos adoptar *“medidas específicas, a favor de las personas con sobrepeso u obesidad, para corregir situaciones patentes de desigualdad, así como medidas de intervención y fomento para la prevención y tratamiento de la obesidad...y de otros trastornos alimentarios”*

6.2.2.2. El entorno-empresa como ámbito privilegiado para la gestión preventiva de los riesgos sociales y de salud de las personas con sobrepeso y/u obesidad

La previsión legal atribuye a los poderes públicos esas obligaciones positivas, tanto para la corrección de “situaciones patentes de desigualdad” (marco de obligaciones -empresa libre de discriminación-), cuanto para la promoción de mejores hábitos de vida a fin de reducir la obesidad y los trastornos alimentarios asociados (marco de compromisos voluntarios -organización saludable-). Y es evidente que uno de los entornos donde esas desigualdades se expresan con mayor problematicidad, y también donde más relevancia alcanzan los riesgos de seguridad y salud asociados a estados de sobrepeso y sobre todo de obesidad, es el de las empresas. Por ello, en el marco de esas acciones positivas de *promoción de la salud laboral*, la “Estrategia Naos” viene considerando el lugar de trabajo como prioritario para el fomento de pautas de buena alimentación y de actividad física, claves para la lucha contra la obesidad. En última instancia, en el entorno laboral pasamos

¹¹² Entre los principios de actuación (art. 4) está el “Principio de mínima afección a la competencia: se deberán utilizar las medidas que menos perjudiquen, sin menoscabo de la protección de la salud, el normal ejercicio de la libertad de empresa”.

mucho tiempo y es más propenso para crear situaciones de estrés, caldo de cultivo para estados de ansiedad y, por tanto, de compulsión hacia ciertas conductas problemáticas o nocivas, como las de tipo alimentario.

Ahora bien, conviene poner de relieve, enlazando con algunas observaciones hechas al estudiar las características y magnitudes de la obesidad, en sus relaciones con los trastornos adictivos alimentarios, que este tipo de obligaciones positivas no vinculan sólo a los poderes públicos, sino que también pueden recaer en las empresas, convirtiéndose en obligaciones y no ya sólo en compromisos voluntarios incentivados por los poderes públicos. Así sucedería cuando un estado de obesidad -incluso de sobrepeso- provoque alteraciones de su salud que, a su vez, cree limitaciones psicofísicas para trabajar, alcanzando tal relieve que, ***sin llegar a ser calificado de discapacidad***, se comporte como “*una enfermedad asimilable a la discapacidad*”, por las alteraciones continuadas que genera en su vida de relación, también en el trabajo. Sea o no propiamente una enfermedad (se califica como tal a partir de cierto grado, que se llama, precisamente, obesidad mórbida), sí constituye un estado de salud carencial o desequilibrado (conflicto de descompensación entre el consumo energético o calórico que precisa y el que se realiza de forma real), que actúa como fuente de múltiples factores de riesgo, mayores cuanto más grave sea el problema de exceso de grasa. Así:

a. Puede ser una fuente de riesgo profesional en sentido estricto, porque conllevaría limitaciones de la capacidad de movimiento (acción-reacción) susceptibles de afectar tanto a su seguridad como a la de sus compañeros, incluso a terceros, atendiendo al tipo de actividad laboral que realice. De ahí su **relevancia para la gestión preventiva de riesgos profesionales ex art. 14 LPRL**, debiéndose incluir entre los factores personales y relacionales a evaluar ex art. 15 y 16 LPRL

b. En la normativa española, a diferencia del Derecho de la UE, sobrepeso y obesidad se reconocen como **factor de discriminación** (art. 37). No solo exige abstenerse, sino también el deber de establecer planes para prevenirlo o corregirlo.

c. La obesidad puede ser causa no sólo de discapacidad, sino también de **enfermedades asimilables**, por su larga duración y efectos nocivos en la normalización de la vida. Y, en tales casos, es obligado que el empleador garantice su **deber de acomodación razonable del puesto de trabajo** a esa circunstancia (art. 5 de la Directiva 2000/78, art. 40 Real Decreto Legislativo 1/2013, 29 de noviembre, Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social; SSTJUE 18 de diciembre de 2014, caso FOA; 9 de marzo de 2017, Milkova; 18 de febrero de 2018, Ruiz Conejero).

De ahí, por lo tanto, el marcado interés -además de la obligación- de las empresas, no sólo de los poderes públicos, de establecer **una política proactiva frente al riesgo de excesiva morbilidad intermitente asociado a determinadas situaciones de sobrepeso y obesidad** (que conoce varios grados, no se olvide, por lo que no debemos estigmatizar con generalizaciones incondicionadas o absolutas). Y ello tanto por las mejoras de salud de las personas que implica como por la reducción de factores de riesgo para la seguridad y

salud laborales, así como para la mejora de la productividad que conlleva la reducción de los altos costes que conlleva. Esa política ha de forma parte del citado “deber de acomodación razonable” del puesto de trabajo a la situación de enfermedad de larga duración limitativa de las capacidades laborales de las personas, siempre que no suponga una “carga excesiva” para la empresa (vid. STS 194/2018, de 22 de febrero¹¹³)

Finalmente, conviene poner de manifiesto cómo esta **garantía social de conservación del empleo de personas que sufran estados de enfermedad asimilables a la discapacidad, entre los que pueden encontrarse las personas con obesidad, no debe de confundirse con el deber de adaptación razonable previsto**, como garantía de seguridad y salud laboral, por la LPRL, cuando se trata de un riesgo laboral (podría ser el caso de riesgos psicosociales vinculados al trabajo en general, pero también incluso de **una adicción al trabajo**), ya sea con carácter general ex art. 15 ET, ya particular, para personas con una especial sensibilidad ex art. 25 LPRL. O, también, aun no calificándose de riesgo laboral, si tal deber de adaptación por razones tanto sociales como de salud laboral se prevé en algún convenio colectivo o protocolos de gestión integral de cuestiones de salud de los trabajadores, como es el caso de los afectados por consumos problemáticos de sustancias (drogas). La clave de esa diferencia estaría no sólo en el distinto ámbito subjetivo de protección sino en el límite a la obligación empresarial, pues si el deber de acomodación razonable ex art. 40 LGDPD está condicionado porque no cause un coste elevado al empresario, el deber de adaptación ex art. 25 LPRL (personas con especial sensibilidad o *vulnerabilidad* biológica, física o psicosocial) no se vincula al coste económico, sino a la factibilidad o practicidad de la adaptación, esto es, a que sea posible o no técnica y organizativamente, sin requerir una gran alteración empresarial¹¹⁴.

6.2.3. Lecturas judiciales de las adicciones psicosociales reconocidas como tales: la -deficiente- experiencia abanderada de la ludopatía

Pese a la centralidad institucional del analizado momento preventivo-promocional en la gestión de las adicciones (químicas y psicosociales), ya tuvimos oportunidad de evidenciar los desajustes que se producen a la hora de aplicarles la normativa laboral, en especial las que conllevan un ejercicio de la potestad disciplinaria del empleador, cuando se traducen aquellos trastornos en incumplimientos laborales. En este sentido, de un lado, **la experiencia judicial mayoritaria asume la legitimidad de ese enfoque punitivo-disciplinario**, de forma análoga a lo que sucede respecto de las adicciones químicas, si bien aplicando un tipo genérico, como se indicó más arriba. De ahí que, si bien se asume que, la ludopatía es un trastorno neurológico, siguiendo la calificación del DSM-V, “manual de referencia en las patologías adictivas, tanto a sustancias como conductuales, así como en su caso, la llamada patología dual (trastorno por adicciones más patología psiquiátrica)”, cuyo diagnóstico y caracteres “no se discuten en el presente supuesto” (informes del Centro

113 En el caso, el problema de salud limitativo del trabajo deriva de una situación de enfermedad psíquica de origen profesional de larga duración, a causa de un estado de estrés postraumático a raíz de un episodio de atraco en la entidad financiera para la que trabajaba.

114 Vid. J.L. GOÑI-B. RODRIGUEZ SANZ DE GALDEANO. Adaptación y reubicación laboral de trabajadores con limitaciones psicofísicas. Aranzadi. 2015.

de Salud Mental y del Centro de deshabitación LARPA), se legitima el despido realizado -de un empleado de banca-, porque

“...en ningún momento puso en conocimiento de la empresa la enfermedad que padecía ni solicitó el cambio de puesto de trabajo, a pesar de los intervalos de abstinencia que se indican, y esto implica conciencia y voluntad de la actuación antijurídica, lo que en el ámbito laboral se traduce en un quebrantamiento de las exigencias de la buena fe contractual con abuso de confianza...” (STSJ Asturias 2456/2017, 7 de noviembre, FJ 4)

La incomprensión judicial del problema aquí es manifiesto, tanto en el plano jurídico como en el plano médico, incluso social. Al respecto, debe recordarse que ni es obligatorio que el trabajador comunique al empleador una enfermedad concreta, pues es un dato personal especialmente protegido (en el asunto Ruiz Conejero la falta de comunicación no impidió que se exigiese la tutela, declarándose nulo el despido, por no ofrecerla), ni una decisión de ese tipo está exenta de riesgos sociales para el trabajador. Ciertamente, bajo la protección debida a la confidencialidad de tales datos, los servicios de vigilancia de la salud de las empresas si deberían conocer dichas situaciones, a fin de facilitar medidas de protección ex arts. 15 y 25 LPRL. La experiencia mayoritaria manifiesta el predominio de una orientación de política judicial del Derecho claramente favorable a proteger los intereses de la empresa, calificando la conducta del trabajador como ajena al patrón de comportamiento ético-social y diligente exigido por la buena fe contractual exigida (STSJ Navarra 55/2018, 22 de febrero). No falta algún caso en que la decisión judicial es más comprensiva con el trastorno neurológico

Así, son contadas las son las decisiones judiciales que valoran las limitaciones de una acción racional por parte de estos trabajadores con trastornos adictivos, desechando el cauce disciplinario y proponiendo el despido objetivo por ineptitud, como se refirió (ej. STSJ C-LM 282/2016, 3 de marzo -ludopatía en el seno de la empresa Correos y Telégrafos-). Otras veces se contempla sólo de forma hipotética la posibilidad de suspensión de la sanción, si la inobservancia del deber laboral se debe a la adicción y existe un compromiso del trabajador de tratamiento de desintoxicación (STSJ Andalucía/Granada, 1742/2017, 13 de julio)¹¹⁵. Como hipotética suele ser la referencia a la facultad de moderación que le da el art. 108.1 LRJS, condicionada por el juez la diferente previsión convencional en cada caso sobre adicciones:

“la Sala no puede aplicar la previsión establecida en el...art. 108.1 segundo párrafo LRJS, que admite la posibilidad de que judicialmente un despido sea sustituido por una sanción

115 Como atenuante en el plano penal, pero sin relevancia para justificar la suspensión del contrato de trabajo, en el caso conocido por SAP A Coruña de 29/2009, de 7 de julio: la trabajadora fue condenada como autora penalmente responsable de un delito continuado de malversación de caudales públicos. Será cesada por el Ayuntamiento en el que trabajaba, y si bien pidió la reincorporación al finalizar su inhabilitación, se le denegó, sin que su cese fuese considerado ni despido objetivo ni disciplinario improcedente, como pedía la trabajadora (STSJ Galicia 842/2017, 13 de febrero). Ampliamente Vid. AAVV. (Coord. M. MIÑARRO YANINI et al. Prevención de las Adicciones desde el ámbito judicial. UGT-CEC. Madrid. 2017 (Financiación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el PNSD). pp. 81 y ss.

menor, al estar ello condicionado a que la infracción no está catalogada correctamente como muy grave y la sanción aplicada supere las establecidas convencionalmente, lo que no sucede en las presentes actuaciones” (STSJ Cataluña, 545/2017, 27 de enero)¹¹⁶

De otro lado, y por lo que **respecta al tratamiento de protección económica por parte de la Seguridad Social**, tampoco hay proclividad de los tribunales españoles a reconocer que, en casos de daños determinantes de importantes restricciones de la capacidad de trabajar para las personas afectadas por trastornos adictivos conductuales, se genere una incapacidad permanente, total o absoluta. Desde esta perspectiva, como ya se puso igualmente de relieve, queda clara la influencia de estos trastornos de conducta -al igual que las adicciones químicas- en el funcionamiento del sistema de Seguridad Social y sus costes, máxime teniendo en cuenta que suelen asociarse a patologías múltiples. Esta comorbilidad y la complejidad de los tratamientos hacen que sea frecuente que se superen los periodos de incapacidad temporal máximos, por lo que el trabajador con trastorno adictivo no tendría más opción que solicitar el reconocimiento de una incapacidad permanente -IP-, total o absoluta. A veces se consigue¹¹⁷, pero serían más las ocasiones en que no.

Desde esta perspectiva obstaculizadora del acceso a la protección social permanente, aunque este tipo de trastornos y afecciones tiene un carácter crónico, admite evoluciones de cariz positivo que, paradójicamente, repercutirá negativamente en la protección, pues pasará de una IP absoluta a otra total, esto es, sólo para su profesión habitual, si tiene especiales riesgos por ser una actividad que exija concentración, evitando así asumir “riesgos para sí o terceros” (ej. STSJ Andalucía/Sevilla 3623/2017, 30 de noviembre -trastornos alcohólicos y ludópatas-). También podría darse el caso contrario, de evolución hacia un agravamiento de la patología que resulte concurrente con la adicción (ludopatía), llevando hacia la IP absoluta (ej. STSJ C-LM 1258/2017, 16 de octubre a no ser, que advierte la necesidad de no exigir “sacrificio desproporcionado” ni “crear un riesgo para su salud”, ajeno y no predicable del trabajo, pues en otro caso el trabajo deviene más peligroso, indebidamente)

No es infrecuente hallar en los Tribunales la práctica de las Mutuas o del INSS de promover la denegación de la IP absoluta, a veces incluso la total, en la medida en que si se ha constatado capacidad laboral suficiente, las eventuales limitaciones de capacidad derivadas de los episodios depresivos intermitentes asociados a la adicción pueden reconducirse a través de la IT. Y lo más llamativo es que, con alta frecuencia, los tribunales lo aceptan:

“Hay que convenir en que tal cuadro clínico no presenta la entidad suficiente para constituir una incapacidad permanente para cualquier trabajo, pues existen...ocupaciones

116 También la refiere, pero igualmente no la aplica, la STSJ Madrid 729/2016, 14 de noviembre -caso de embriaguez habitual, que considera una infracción muy grave-.

117 “...se trata de un cuadro de infección VIH severo... *el trastorno adaptativo de Ludopatía cursa con astenia, apatía, ideación de suicidio y poca motivación*. El análisis conjunto de dicho cuadro físico, nos lleva a considerar que su situación actual (con afectación fundamental de un cuadro de VIH, incapacita al actor para cualquier trabajo retribuido con un mínimo de rendimiento y actividad física.” (STSJ Cantabria, 170/2017, 6 de marzo)

en el mercado laboral, de naturaleza sencilla y que no exijan un elevado rendimiento intelectual, de forma que resulten compatibles con las alteraciones que experimenta la actora respecto de la memoria reciente, memoria de trabajo, atención, concentración y funciones ejecutivas (planificación) y velocidad de procesamiento de la información. La capacidad de trabajo subsiste¹¹⁸, con tales limitaciones, *sin perjuicio de la IT que pueda surgir durante los [eventuales nuevos] episodios depresivos mayores....* Pero el estado de la actora sí resulta incompatible con las exigencias de su profesión habitual de secretaria de dirección...” (STSJ Madrid 996/2017, 20 de noviembre)

En la misma línea, en el caso de un trabajador operario de fundición, afectado por trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo, con consumo de drogas y ludopatía, si bien en el momento actual abstinentes, que reclamaba la calificación de su situación como de incapacidad permanente absoluta, el TSJ País Vasco considera que

“nos parece muy significativo , que haya podido reincorporarse a su trabajo... Bien es cierto que existen obstáculos laborales *para que dicha reincorporación pueda ser lo más efectiva posible* y no tenga que realizar “grandes esfuerzos” psicológicos . Tales obstáculos los concreta el informe del CSM en “la inadecuación de los turnos” y “horarios” . Pues bien, ***no son dos cuestiones insalvables desde un punto de vista profesional en este caso, ya que...el art. 14.2, y, sobre todo, 1.d) y 2 del art. 15 LPRL...determinan que es factible que el empleador le asigne tareas...compatibles*** desde la perspectiva de un horario más adecuado y conforme a la problemática psicológica que le aqueja. Todo ello con independencia de que en determinados momentos y de existir “descompensaciones”, pueda reconocérsele en situación de IT” (STSJ PV 1731/2017, 12 de septiembre¹¹⁹).

Puede pensarse que esta doctrina judicial es claramente garantista de la estabilidad en la ocupación para las personas con adicciones -químicas y/o psicosociales o conductuales-. En vez de propiciar la salida no ya sólo de la empresa para la que viene trabajando, sino del mercado de trabajo mismo, aun con una prestación de seguridad social “sustitutiva” del salario habitual, favorecería la conservación del puesto de trabajo, incluso mediando el deber a cargo del empleador de adaptación o acomodación de aquél ex arts. 14 y 15 LPRL. Ahora bien, lo que en un plano teórico merece valoración positiva, en un plano práctico suscita más dudas. Y es que, como se ha puesto de relieve, a falta de una suficiente implantación de esta cultura de gestión adaptativa de los trabajos a las personas con limitaciones psicosociales, aquí derivadas de trastornos adictivos, tal posición puede devenir un exceso de idealismo jurídico-judicial que derive en mayor riesgo de despido bien por ineptitud sobrevenida bien por absentismo. Así derivaría del carácter intermitente pero crónico que pueden asumir estas situaciones -al igual que vimos para la obesidad mórbida (a menudo causada por consumir compulsivamente alimentos altamente adictivos)-.

118 Trabajadora, secretaria de dirección como profesión habitual, diagnosticada con un trastorno por dependencia alcohólica en situación de abstinencia desde 2012, Ludopatía, en tratamiento en el Hospital 12 de Octubre, y depresión crónica sobre los que se intercalan episodios depresivos mayores.

119 En la misma línea, para un trabajador de la ONCE vid. STSJPV 1490/2017, 27 de junio

En tales casos cabe recabar, se dirá, la protección antidiscriminatoria analizada ut supra, por tratarse igualmente de enfermedades asimilables a la discapacidad¹²⁰. Sin embargo, tampoco este ámbito de protección resulta suficientemente extendido hoy como para ser una pauta suficientemente cierta, a falta de políticas, públicas y empresariales, dirigidas a dotar de mayor eficacia, coherencia y certeza la gestión de las adicciones “en” el trabajo y “al trabajo”.

Estudio de casos (relatos de historia socio-laboral reciente)

Discapacidad, incapacidad y lucha contra la discriminación laboral de las personas con una obesidad mórbida. Absentismo laboral. Caso Ruiz Conejero.

Hechos

En 1993 el Sr. Ruiz Conejero fue contratado para trabajar como limpiador en un hospital de Cuenca. La última empresa para la que prestó servicios en dicho puesto fue la empresa de limpieza Ferroserv Servicios Auxiliares. El Sr. Trabajó siempre sin incidentes. En 2014 se le reconoció una discapacidad del 37% (32% debido a limitaciones físicas derivadas de una enfermedad del sistema endocrino-metabólico -obesidad- y de una limitación funcional de la columna vertebral y en un 5% debido a factores sociales complementarios). Durante los años 2014 y 2015, el Sr. Ruiz Conejero se encontró en situación de incapacidad temporal durante varios periodos, de corta duración pero intermitentes, por problemas de salud causados por una artropatía degenerativa y por una poli-artrosis agravadas por la obesidad, por lo tanto con origen en patologías que habían dado lugar al reconocimiento de la discapacidad. El trabajador nunca comunicó esta situación a la empresa, renunciando voluntariamente a los exámenes médicos periódicos que organizaba la mutua empresarial.

En julio de 2015, Ferroserv Servicios Auxiliares comunicó el despido en virtud del artículo 52.d ET (despido por absentismo). Impugnado el despido, se solicita la nulidad del mismo. Acepta la exactitud de la información relativa a sus ausencias laborales, pero las vincula directamente a su condición de discapacitado, por lo que constituiría una discriminación por esta causa (art. 2.2 letra b), inciso i), de la Directiva 2000/78 a la luz de la STJUE 11 de abril de 2013, HK Danmark). Pues bien, la Sentencia del Juzgado de lo Social n. 1 de Cuenca, 171/2018, de 7 de marzo, Autos 861/15, ha estimado la demanda y ha declarado la nulidad del despido adoptado por excesiva morbilidad intermitente del trabajador con obesidad, al considerar que constituye una discriminación indirecta en relación al cómputo de las ausencias provocadas por procesos de incapacidad temporal que deriven o estén vinculados a patologías propias de la obesidad (y por las que tiene reconocida la condición de discapacidad -que no de incapacidad laboral-).

120 La Incapacidad refiere a la aptitud laboral y la Discapacidad a las limitaciones en la vida diaria” (SSTSJ Aragón 13 de abril de 2016 Rec. 192/2016 y 20 de julio de 2017, rec. 385/2017 -en este segundo caso, el trabajador padecía de ludopatía, junto a problemas de artrosis-

Valoración

Dejando ahora de lado la cuestión jurídica relativa a concretar si el art. 52.d ET persigue un fin legítimo (combatir el absentismo) yendo más allá de lo necesario (despido objetivo), lo que no es nada fácil de concretar, al menos con carácter general, aquí interesa subrayar las lecciones para la cuestión preventiva de ciertas adicciones, como la comida compulsiva, que desemboca en situaciones mórbidas, como la obesidad. Al respecto, parece, una vez más, clara la bondad de una política de gestión preventiva de riesgos (incluida la discriminación) y de promoción de la salud global (laboral y pública) de los trabajadores, tanto por la reducción de costes de todo tipo económicos que tiene asociados tales situaciones, sea para la empresa, sea para el Estado, y para la sociedad, como la mejora del bienestar social de las personas que reporta. Claro está, para ello ha de conocerse esos estados por los servicios de vigilancia de la salud de la empresa y favorecerse incentivos para el compromiso del propio interesado, dando un sentido claro de gestión promocional de la salud y no disciplinario a preceptos como el art. 20.4 ET (STS 62/ 2018, 25 de enero). La vigilancia de la salud debe ponerse al servicio no sólo de la detección lo antes posible de eventuales patologías, sino también de la adopción de un enfoque de gestión empresarial basado en la adaptación razonable del trabajo a estados adictivos limitativos de las capacidades de trabajar, que no incapacitantes para ello

6.2.4. Un marco regulador y una experiencia singulares: ¿Tiene la ONCE un problema de singular prevalencia de ludopatías?

Precisamente, una situación singular parecería identificarse, al menos a la luz de una muy dilatada e intensa experiencia judicial, en una empresa particularmente vinculada, en su objeto social y su razón de ser, al juego de azar. Nos referimos a la ONCE. Los Tribunales Superiores de Justicia se vienen pronunciando en numerosas ocasiones, desde hace tiempo¹²¹, en relación a diversas demandas de trabajadores de la misma como agentes vendedores. En unos casos se trata de demandas por despido improcedente y, en otros, de pretensiones del reconocimiento de la IP por dolencias asociadas a ludopatías, en conjunción con otras. En este caso hallamos posiciones judiciales análogas a las asumidas mayoritariamente, pese a que se cuenta en este caso con un “marco regulador específico y social”, al menos en la letra. Pero lo que llama la atención es la alta conflictividad judicial de este tipo de casos, que deberían ser motivo de una reflexión más profunda, que entendemos no se ha hecho todavía, de la forma general debida, en la empresa.

En efecto, por lo que refiere a ocasionales problemas de no liquidación a tiempo de las ventas de algún día, la ONCE ha venido siendo proclive a aplicar las sanciones disciplinarias, incluidas el despido y los Tribunales, como se decía, parecen optar mayoritariamente por darle aval. Así, por ejemplo, cabría citar:

121 Un exhaustivo estudio en Margarita MIÑARRO YANINI et al. *Prevención de las adicciones desde el ámbito judicial. ¿Están acelerando o retrasando el cambio social?* UGT. Madrid. 2017 (Financiación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el PNSD). pp.101-102.

- La STSJ Castilla y León/Valladolid, 809/2006, 8 de mayo
- La STSJ Asturias, 3172/2003, de 17 de octubre de 2004 (aunque llama a una mayor diligencia del trabajador en su actuar, a fin de alcanzar acuerdos con la empresa para conciliar la situación del trabajador y el interés empresarial)
- La STSJ Andalucía/Málaga, 923/2003, 14 de mayo (y 22 de mayo 2003, rec. 712/2003). En ella se concluye que

“ la empresa ha guardado el principio de proporcionalidad dada la gravedad de la conducta del actor y la quiebra de la relación de confianza que ello supone ***sin que pueda quedar justificada ni aliviada por...la enfermedad padecida... o la finalidad de la ONCE que no permite disculpar los incumplimientos de sus empleados***, pues la aplicación de la teoría de la proporcionalidad exige tener en cuenta y valorar todas las circunstancias concurrentes por ello no deben dejar de valorarse las anteriores sanciones por la misma conducta de retrasos injustificados en las liquidaciones de pagos “ (FJ Quinto).

- *STSJ Andalucía/Sevilla, 2194/2017, 12 de julio* (conducta contumaz de una vendedora de cupones de la ONCE en incumplir su deber de liquidar puntualmente el importe de las ventas que realiza, que no ha sido capaz de reconducir pese a las varias sanciones que se le han impuesto en los años anteriores a su despido, lo que hace más que razonable que la empresa haya perdido la esperanza de un cambio de actitud por el trabajador). No estamos, ante infracción carente de culpabilidad porque la “supuesta ludopatía no justifica ni disculpa su modo de actuación, ya que no eliminan la voluntariedad de su acción ni convierten su despido en desproporcionado. Tampoco estamos ante una conducta consentida y sorpresivamente sancionada “.

En cambio, para ciertos casos, la solución judicial ha sido de signo opuesto. Pero se debe a que la conducta venía motivada por *sufrir ludopatía*, sin que la ONCE hubiera adoptado la medida de apartarle del contacto con el dinero que exigía la rehabilitación profesional y personal enmarcada en sus fines estatutarios (*SSTSJ Madrid, 915/2004, 13 de octubre*, 23 de mayo de 2002, rec. 861/2002 y 28 de octubre de 1999, rec. 3418/1999). Confluirían en este grupo de supuestos (desde el año 2.000 el actor sufre un importante problema de ludopatía, que era conocida por la entidad empleadora, generándole un gran deterioro personal, familiar, laboral y social) ***dos notas que los particularizarían***:

1. **La incapacidad para desempeñar el puesto de trabajo** de agente-vendedor del cupón, sin control directo de una tercera persona, por su trastorno mental de ludopatía
2. **La actitud pasiva de la empresa**, que está obligada a llevar a cabo con el trabajador-afiliado, las necesarias actividades de rehabilitación profesional y personal, así como a asignarle un puesto de trabajo acorde con sus capacidades o a iniciar un expediente IP.

La doctrina judicial resalta que es la incapacidad para administrar por sí mismo el dinero la que ocasiona el incumplimiento (la falta de liquidación de los cupones y consiguiente abandono del trabajo para no efectuarla), por lo que concurriría causa inicial contractual. Ahora bien, **la ONCE tiene un deber adicional (principio de causalidad socialmente adecuada)**, una garantía social de estabilidad en el empleo, **que le impediría despedir al trabajador**. Esta decisión disciplinaria sería la última ratio, esto es, sólo puede legitimarse cuando pruebe haber

“ agotado las posibilidades para controlar el dinero que percibe por la venta del cupón o encomendarle otro puesto de trabajo, reinsertándole, lo que no ha sucedido, faltando a sus obligaciones estatutarias , porque su enfermedad mental le impide responder del dinero que recauda, y esta incapacidad, *que cualquiera que fuera la empresa habría de tenerse en cuenta al limitar la voluntad del que la padece*, dado el conocimiento preciso que la patronal ha tenido de ella desde hace años, conociendo su etiología concreta, **es más relevante en este caso, dado el plus de responsabilidad que tiene la ONCE** respecto de sus trabajadores, cobrando una importancia extraordinaria, porque **la ONCE tiene medios para ayudar a sus trabajadores-afiliados a superarla y obligación de hacerlo por ser ésta y no otra su finalidad y su razón de ser**, y su incumplimiento ha de primar “ (FJ Único, in fine)

Por lo tanto:

“...no puede considerarse la involuntaria conducta del actor afectado por un grave trastorno mental, como transgresora de la buena fe contractual ni por tanto merecedora del despido disciplinario, **por no concurrir la culpabilidad en su realización, habiendo sido la repetición de los hechos propiciada por la indolencia de la empresa ante su enfermedad**, al **no proporcionarle los medios adecuados para evitar la gestión de dinero o tramitarle una invalidez**, manteniéndole en un puesto de trabajo con pleno conocimiento de que no estaba en condiciones de desempeñarlo correctamente..., en contra de lo establecido en el artículo 78.tres de los Estatutos...”

No aplica, pero parece asumir -al igual que la STSJ Andalucía/Sevilla 2194/2017, 12 de julio- la doctrina de la causalidad social, cierto que mucho más estrictamente entendida que la sala madrileña de suplicación, la citada STSJ C-L/Valladolid 809/2016, 8 de mayo (ludopatía y trastorno adaptativo mixto con alteración del control de impulsos ligado a abuso de alcohol). En definitiva, vemos cómo, en el marco de una regulación socio-laboral especial, el de la ONCE, los Tribunales sí parecen asumir las bondades y beneficios, para el trabajador y también para la empresa, de una política de gestión del riesgo de conductas adictivas -ludopatías- basada en los compromisos de “modulación de las potestades disciplinarias”, cuando no de corrección de las mismas, a favor de los deberes de adaptación razonable. Precisamente, como se analizó con cierto detalle más arriba, esta experiencia singular convergería con el modelo de gestión integral y proactiva que propone, para todo ámbito laboral, los marcos normativos e institucionales más recientes y evolucionados en el tratamiento de las adicciones “en el trabajo” y “al trabajo” de la población trabajadora.

6.3. ¿Qué modelo de regulación estatal para una gestión proactiva de las adicciones psicosociales?: El equilibrio entre legislación y autorregulación

Al final del recorrido por las piezas más relevantes del vigente tratamiento normativo, estatal y autonómico, respecto de la gestión de las adicciones conductuales o psicosociales, en una línea análoga a las químicas, hemos comprobado la importancia que tiene el disponer de previsiones normativas que favorezcan un tratamiento específico y proactivo, aunque sea para precisar su inclusión en otros sectores ya regulados -salud pública, servicios sociales, seguridad y salud en el trabajo, etc.-. Como la Ley de Seguridad Alimentaria y de Salud Nutricional pusiera de relieve, para justificar normas legales promocionales, más que fijadoras de deberes vinculantes, y de favor por la autorregulación¹²², la posición que hoy se asume en el ámbito de la UE es favorecer (Comunicación al Consejo y al Parlamento Europeo «Legislar mejor para potenciar el crecimiento y el empleo en la Unión Europea»), una **adecuada combinación entre las técnicas de regulación legislativa y las de autorregulación**. Precisamente, la llamada al principio de corresponsabilidad social que se hace tanto en la ENA como en los marcos normativos autonómicos más recientes (el paradigma óptimo es, sin duda alguna, el vasco), debe concretarse en un marco de regulación coordinado y articulado entre la Ley y las técnicas de autorregulación (como la colectiva), de modo que el Poder Legislativo cree «vínculos jurídicos» entre las previsiones legales y la autorregulación, favoreciendo que ésta se desarrolle realmente y no se quede simplemente en vagas e idealistas referencias.

En nuestros días, el predominio de los modelos de autorregulación es inequívoco, con la constante llamada a los “Códigos de Conducta”, así como a los Protocolos de acción a cargo de las grandes empresas. La ENA lo evidenciaría, respecto del juego, en relación a la Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual, donde se pone de relieve la relevancia del “*Código de Conducta*” sobre comunicaciones comerciales de las actividades de juego, que establece los **principios de autorregulación de las comunicaciones** comerciales en los servicios de comunicación audiovisual. Y en la misma línea podría afirmarse tanto para las “políticas de juego socialmente responsable”, ya referidas, como para los **Códigos de Conducta sobre usos razonables de la tecnología digital en las empresas**. Por supuesto, sería el **modelo regulador de la promoción de la salud en el trabajo** (paradigma de empresa saludable).

Ahora bien, sin desconocer las virtudes de estos instrumentos para avanzar más allá de las previsiones normativas actuales en materia de prevención-protección (asistencial) respecto de las adicciones, también parece claro, a partir de la experiencia tenida hasta ahora respecto de las políticas de gestión proactiva de las adicciones químicas, que **se precisa también un marco normativo que clarifique los diferentes ámbitos y técnicas de intervención** y, al tiempo, **incentive de manera eficaz el desarrollo de estos modelos basados en los compromisos de los destinatarios**. No es suficiente sólo con un

¹²² Las medidas para alcanzar los objetivos de protección de la infancia y la juventud en relación con la publicidad de alimentos a ella dirigidos resultarían más eficaces si se adoptan con el apoyo activo de los propios anunciantes y de los prestadores del servicio de comunicación comercial audiovisual. Por otra parte, la globalización del comercio y sus implicaciones para la seguridad alimentaria aconsejan tener como referencia los trabajos pertinentes del Codex Alimentarius, y de la Organización Mundial del Comercio y las directrices que de ellos emanan

marco institucional de planificación estratégica, con ser una condición necesaria para el progreso de las políticas en materia, sino que se requiere de un marco normativo, aunque sea eminentemente promocional, que dé certeza en torno al tipo de intervenciones, obligatorias unas (prevención de factores de riesgo y fomento de los factores de protección), recomendables o compromisorias, voluntarias, otras, a realizar. Del mismo modo, se precisa ese marco normativo para fomentar la intervención de los modelos de autorregulación colectiva, especialmente significativos en el entorno trabajo, ámbito hoy prioritario para confiar en una razonable mejora de las situaciones actuales, deficientes.

Lo hemos visto señeramente con el ejemplo vasco. Pero lo ejemplos son legión. Así, por ejemplo, se tramita en estos momentos un **Proyecto de Ley en el Parlamento andaluz para el fomento de hábitos de vida saludable**, donde la promoción de la salud en el trabajo queda priorizado para la mejora de la obesidad y reducción de trastornos alimentarios. Se trata de un problema que, en Andalucía, afecta a un 16,6% de la población adulta, un 23 % de la infantil y un 15,2 % de las pacientes gestantes. La Ley, pues, se convierte en pieza esencial de las Estrategias recomendadas a nivel internacional, como la promovida por la OMS en 2004 sobre la cuestión y que terminara reflejándose en el marco normativo y estratégico español. Si bien no todas las CCAA optan por este modelo conciliador de marcos normativos y voluntarios, algunas prefieren meras “recomendaciones”, sus limitaciones son evidentes¹²³.

Asimismo, y tomando como referencia este marco normativo estatal, se ha señalado como no todo puede-deber ser normas de promoción-incentivo, para ir más allá de lo previsto legalmente (en nuestro caso en el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo). También se requiere precisar la existencia de deberes legales de las empresas para introducir medidas preventivas y correctoras de carácter positivo, activo, como todo lo que tiene que ver con la protección de la estabilidad en el empleo de las personas que se vean aquejadas por cualquier tipo de enfermedades o restricciones de su capacidad física o psíquica que, por ser de incierta y larga duración, se asimilan a la discapacidad. Será el caso de ciertas adicciones psicosociales.

123 SECO. “¿Debe ser legislada la lucha contra la obesidad?” http://www.seco.org/Debe-ser-legislada-la-lucha-contra-la-obesidad_es_1_36.html

7. DISEÑO Y PUESTA EN PRÁCTICA DE POLÍTICAS DE EMPRESA RELATIVAS A LA GESTIÓN PREVENTIVA DE LAS ADICCIONES PSICOSOCIALES (CONDUCTUALES)

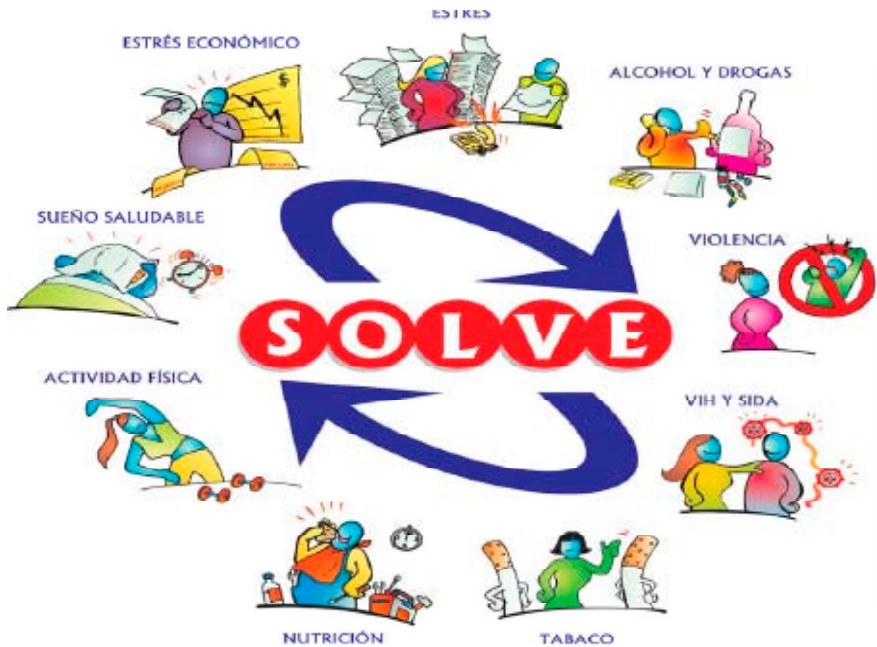
7.1. El modelo óptimo de gestión de las adicciones psicosociales: integrar la promoción de la salud en la política de seguridad y salud en el trabajo (programa SOLVE)

Desde esta perspectiva, que **pretende conciliar regulación normativa con técnicas de autorregulación** (especialmente colectiva, cuando estamos en el entorno laboral, preferible a la recurrente y creciente técnica de los Códigos de Conducta unilaterales), queda claro que, al desplazarnos al momento de la gestión en la empresa, como entorno prioritario, de la cuestión de las adicciones psicosociales, ha de reclamarse, una vez más, las bondades del paradigma de la OIT en esta materia, al menos en relación a las adicciones químicas. La OIT no tiene nada que reprochar a las empresas que evolucionan en una dirección de cumplimiento más allá de la normativa de prevención de riesgos, en aras de la debida mejora de la seguridad y salud en el trabajo, incorporando servicios de salud para sus trabajadores, en busca de un estado mayor de bienestar que concilie lo más posible, que no podrá ser todo, naturalmente, por las muchas especificidades del tiempo contractual, “la vida en el trabajo” con “el resto de su mundos de vida”. Por supuesto, el objetivo es mantener una mayor correlación entre los buenos hábitos de vida social y las diligentes pautas de vida laboral, de modo que los comportamientos seguros y saludables que se exigen en la empresa, para prevenir riesgos y mejorar la salud laboral (vigilancia de la salud), se mantengan fuera de ella, aportando beneficios tanto a las personas como a las empresas y al conjunto social. En palabras del TCO, las empresas nunca pueden ser “compartimentos estancos” respecto del resto de vida social (STC 88/1985).

Ahora bien, lo que sí evidencia la OIT, a través de su consolidado programa SOLVE (imagen 2) es que la **promoción de la salud en el lugar de trabajo -PST-** es más eficaz, a veces incluso sólo lo es, cuando estas medidas complementan y se articulan con las medidas propias de las políticas de seguridad y salud en el trabajo. De ahí, que proponga

un modelo integrado de los programas o planes de salud en el trabajo, clave para la prevención-corrección de los eventuales trastornos adictivos -químicos o psicosociales-, con las acciones propias o típicas de la **política de seguridad y salud en el trabajo -SST-**. Consecuentemente, las políticas de SST no sólo se deben dirigir a la prevención de los accidentes y enfermedades que se asocian directa o indirectamente al trabajo, sino que han de contribuir a la mejora de la salud y el bienestar generales de la población, para la que el entorno laboral es una clave hoy indispensable si se quiere asegurar, como dice el marco vasco sobre adicciones analizado, la eficacia -eficiencia, y equidad- de las políticas de salud.

Imagen 2



Precisamente por ello, ya se vio como el art. 20 de la Ley 1/2016 sobre adicciones vasca expresamente recomienda y promueve la integración de las medidas de prevención frente a las adicciones conductuales en las evaluaciones de riesgos psicosociales y, en consecuencia, en el entero sistema de gestión de riesgos laborales. El enfoque de gestión preventiva de estas adicciones reducirá los factores de riesgo, elevará los factores de protección y, en todo caso, moderará los daños biopsicosociales asociados a estas conductas adictivas. La evolución normativa, estándar internacional y estado actual de certeza científica convergen en este sistema integral. El abordaje de las adicciones -psicosociales- en la empresa no solo ayuda a la normalización productiva, sino también a la familia y al conjunto de la sociedad, de las personas con riesgo o en situación de trastornos adictivos.

La eficacia de este modelo de integración de la PST en la SST en un sistema integral y unitario está verificada por la segunda Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER-2)¹²⁴. En esta Encuesta, que tiene una muestra de casi 50.000 empresas sobre la gestión de la SST y los riesgos en el lugar de trabajo, centrándose especialmente en los riesgos psicosociales y en los factores que propician y obstaculizan la adopción de medidas, queda acreditado que **las empresas que integran las medidas de promoción de la salud en la evaluación de riesgos psicosociales mejoran aquélla** (tabla 15).

Tabla 15. Relación positiva entre la SST y la PST

Medidas de PST	Con Evaluación de Riesgos	Sin Evaluación de Riesgos
Concienciar sobre la prevención de adicciones	42,6%	26,7%
Concienciar sobre una nutrición saludable	36,6%	29,3%
Promover las actividades deportivas fuera del trabajo	26,2%	19%
Fomentar los ejercicios de espalda (riesgos ergonómicos)	46,5%	27%

Justamente, siguiendo con este paradigma de gestión integrada propuesto por los más avanzados Estudios, promocionado por un número creciente de marcos autonómicos, como el vasco, y verificado por la propia Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (OSHA), si hay algunas adicciones donde adquiere más sentido, es en relación a todas aquellas que tienen que ver con la transformación digital de las empresas, convertida hoy tanto en oportunidad de desarrollo de empleos y mejora de las condiciones de vida y de trabajo (factor de protección) cuanto en factor de riesgo psicosocial de primer orden (factor de riesgo). Naturalmente, el que prime una dimensión u otra dependerá de sus “condiciones de uso”. Por eso, las medidas de prevención y protección ante las nuevas tecnologías deben coincidir, con carácter general, con los principios de la acción preventiva que se han de aplicar en toda política de prevención, regulados en el art. 15 LPRL, especialmente en lo que concierne a los riesgos psicosociales. De este modo, al tiempo que se actúa en la prevención de riesgos ocasionados por las TIC, se puede y se debe actuar sobre el control de los potenciales estresores de la situación, o en la apreciación subjetiva de las personas, a fin de afrontar también los condicionantes adictivos, en su caso¹²⁵.

Una correlación positiva, incluso indispensable, entre prevención de riesgos de tipo psicosocial asociado al trabajo y de tipo biopsicosocial asociado a otros factores externos, típicos de los trastornos adictivos (vulnerabilidad personal), para el abordaje del riesgo

124 Vid. AAVV. (Coord. Cristóbal Molina). Condiciones de trabajo y riesgos psicosociales relacionados con las adicciones. Ob. cit. pp.107-108

125 Vid. AAVV. (Coord. Cristóbal Molina). Condiciones de trabajo y riesgos psicosociales... Op. cit. pp. 103 y ss.

de adicción al trabajo se trata. Si esta complementariedad es visible en el ámbito de las adicciones de carácter químico, resultará determinante en las adicciones psicosociales o conductuales.

Por supuesto, una clave de gestión deberá ser, también aquí, y muy particularmente, la individualización de las acciones, pues las respuestas de los trabajadores a estas situaciones, como en general a cualquier factor de riesgo psicosocial, pueden ser muy variadas:

- Unas personas, viéndose obligadas a utilizar la tecnología digital, optan por minimizar su uso, limitándolo a lo imprescindible y durante el menor tiempo posible
- Otras, para no tener problemas, aceptan las TIC en su puesto, pero las adaptan a sus necesidades, por ejemplo, utilizan el ordenador e internet para uso personal
- Los que se sienten atrapados por las facilidades que les proporcionan las TIC, incluso disfrutan empleándolas, pero son capaces de desconectar sin ningún problema
- Y el grupo que llega a una absoluta identificación con la tecnología, hasta convertirse en una adicción que interfiere negativamente en el desarrollo de una vida personal equilibrada (los adictos al trabajo pueden encontrar en las TIC el canal de refuerzo ideal para su identificación del éxito laboral con la absoluta dedicación al mismo)

Ciertamente, ante la relativa novedad de estos marcos normativos y estratégicos serán pocas las empresas que cuenten con sistemas integrados de gestión, por lo que los poderes públicos y los interlocutores sociales deberán desplegar una intensa actividad a fin de que se difundan, lo que será más fácil allí donde haya experiencia de una gestión análoga para las adicciones químicas. A tal fin, será recomendable que los acuerdos, protocolos o programas que se acuerden contemplen de forma integrada drogodependencias y adicciones, como ya hace la ENA, el marco autonómico vasco y cierto número de marcos convencionales colectivos, sin perjuicio de la necesidad, en su implementación práctica, de establecer medidas específicas y diferenciadas. El tronco común entre las adicciones químicas y las psicosociales no puede significar un velo, o un expediente cómodo, para ignorar o infravalorar las notables diferencias entre ellas, sobre todo a la hora de la intervención proactiva. Sin duda, la extensión del plan de acción, o del programa, o de la medida, frente a las nuevas adicciones conductuales será más fácil allí donde ya haya experiencia de gestión de la más consolidada científicamente, como es la ludopatía. No obstante, deberá prestarse especial atención en el presente ya, y desde luego en el futuro inmediato, a las adicciones tecnológicas, en sí, y a su papel de reforzador de otras, aprovechando la oportunidad que blindo la proliferación de los Códigos de Conducta de uso razonable de las tecnologías de información-comunicación digital en las empresas. Para ello, a la actual vertiente de gestión de equilibrio entre usos productivos y usos privados, con respeto del derecho a la protección de datos (nuevo RGPD), habría que añadirle la vertiente de “uso socialmente responsable”, también a efectos de salud y bienestar.

7.2. Algunas experiencias consolidadas de programas de ayuda contra las ludopatías en el seno de las empresas

No faltan en España significativos ejemplos de (grandes) empresas que, en el marco de acción comprometido, unilateral o, sobre todo, colectivamente, contra las adicciones químicas incorporaron también la única adicción conductual hasta hoy reconocida oficialmente como tal desde el punto de vista neurológico (enfoque psiquiátrico), aunque esta perspectiva no agote ya, como se ha visto, la problemática, ni de salud ni social, que crean las adicciones. A título de ejemplo, cabe destacar el **art. 30 del Convenio Colectivo de la Empresa OPEL ESPAÑA, SLU** (Boletín Oficial de Zaragoza núm. 61 de 16/03/2018), que incluye en su plan de lucha contra las drogodependencias también la “ludopatía”. Aunque se centra en las adicciones químicas, por el “incremento en el riesgo de accidentes” que presentaría, “teniendo presente que dicho riesgo no sólo afecta al individuo sino también a sus compañeros de trabajo”, también reclama la atención sobre la ludopatía, pues se habría

“incorporado en nuestra sociedad como una nueva forma de dependencia de las personas, afectando a su salud y a su entorno personal y profesional”.

A partir de aquí, desarrollará el enfoque previsto por la OIT para la implicación de las empresas en la ayuda a las personas con problemas de adicción, integrando la acción, para su mayor eficacia, dentro del sistema de acción preventiva y con la colaboración sindical: “En esta línea, la participación del Comité de Empresa y Sindicatos, y su cooperación con el Departamento de Prevención y Comités de Seguridad y Salud en el trabajo, es necesaria en el desarrollo de una prevención eficaz de este tema”.

Desde ese prisma integrador, atribuye al Comité Central de Seguridad y Salud de Opel España, S.L.U. “desarrollar y promover procedimientos necesarios en orden a conocer y cooperar en el Programa de ayuda a empleados (PAE)” con problemas de adicciones, se trate de drogas se trate de ludopatía. A tal fin, los objetivos básicos serían

- a. “Difundir entre todos los empleados información suficiente sobre los riesgos de la ludopatía para la salud”
- b. “Atender a las personas afectadas que muestren un “sincero interés de rehabilitación, guardando la necesaria confidencialidad que el tema requiere, y dirigiendo a estos hacia las asociaciones y personas adecuadas para dar solución a sus problemas”

Consecuentemente, presupone el compromiso voluntario de la persona afectada.

Conviene poner de relieve cómo este programa se centra en una de las líneas básicas de los planes de prevención de estas adicciones, la más elemental, concienciación-información sobre todos sus riesgos y daños, pero deja de lado la otra, la propiamente preventiva, pues se trataría con un típico enfoque de responsabilidad individual, sin atender a la dimensión social, así como a eventuales factores del entorno laboral. Esta enfatización del enfoque individual y de difusión informativa y concienciación sobre el problema, así

como de la intervención sólo asistencial (plan personal de rehabilitación) es la línea más constante y extendida, como nos confirma la experiencia propia de las **campañas de medicina preventiva de RENFE-Operadora**. Si bien, una vez más, el eje del programa reside en combatir la prevalencia de adicciones químicas en la población trabajadora, en concreto en la plantilla de la empresa, a través del PACDA (Programa de ayuda contra la drogadicción y la alcoholemia), el programa busca incidir también en la mejora de la salud de las personas que integran su plantilla “mediante la prevención y el abordaje de problemas de drogas, alcohol y ludopatía” (como recuerda el Plan de Igualdad de RENFE-Operadora -BOE 10 febrero 2014-)

Una y otra vez hallaremos experiencias, que cuentan con el compromiso también de los representantes de los trabajadores, que enfatizan esa dimensión informativa y asistencial, dejando en un segundo plano, sino relegando sin más, la dimensión realmente preventiva -corrección de los factores de riesgo del entorno y promoción de factores de protección-. Así, el **art. 38 del XIII Convenio Interprovincial de empresas para el Comercio de flores y plantas**, hace atribución a la **Comisión Sectorial de Seguridad y Salud del sector**, como órgano principal de participación y consulta regular y periódica sobre seguridad y salud y dentro de los asuntos “relacionados con la política de prevención en las empresas afectadas por este Acuerdo”, entre otras competencias, la de: “Proponer y promover, junto con la representación empresarial y la Administración, **campañas sobre la reinserción y recuperación en los casos de SIDA, Alcoholismo, Drogodependencias, Tabaquismo y Ludopatía**, dándoles la consideración de **Enfermedad Social...**¹²⁶” (*Concepción social del problema de las adicciones de todo tipo*)

En suma, parece claro que, al margen de las limitaciones de contenido concreto, no será difícil que las experiencias empresariales y convencionales que asumen una visión integral de la gestión de adicciones incorporen también las conductuales. Es el caso del Convenio colectivo sector empresas acción e intervención social

7.3 Lucha contra la obesidad y promoción de la salud en el trabajo: nuevas acciones para la mejora del bienestar psicosocial de los trabajadores

La citada Encuesta ESENER-2 nos muestra cómo, entre las medidas más incidentes en las políticas de promoción de la salud en el trabajo (paradigma de empresa saludable), están tanto el fomento de pautas saludables de alimentación como de hábitos deportivos, a fin de hacer frente no ya sólo al sedentarismo y su influencia en enfermedades cardiovasculares, sino también a la obesidad. Comer bien y hacer deporte se convierten en necesidad, pues, no sólo algo recomendable, por ser una técnica preventiva de la obesidad y todos los riesgos y daños asociados a ella. La cuestión es cómo introducir estas pautas en la esfera de la vida productiva cuando, precisamente, suelen asociarse aquéllos, al menos en parte, a las dificultades nacidas de la comprensión del tiempo de vida social por el laboral. Al actual

126 Remite “a lo señalado en el Acuerdo Nacional para la Prevención y el Tratamiento de la Drogodependencias en el Medio Laboral, de 30-7-1997.” Al menos en el plano competencial, estos programas siguen de cerca las previsiones de los protocolos de gestión de adicciones en las empresas, aunque no asuman el enfoque integral que se reclama. https://www.diba.cat/documents/467843/86925654/protocolointervencion_salud_laboral.pdf/f2104ec6-2ed9-4f7a-93d3-97247d8af32c

“caballo de batalla” por la reducción de la jornada laboral se complementaría con el objetivo de favorecer un tiempo de trabajo más cualitativo, integrando una componente de aumento del rendimiento económico debida a la mejora del estado físico y mental de los empleados.

Diferentes países han realizado Estudios que demostrarían los efectos positivos entre el bienestar psicosocial de los trabajadores de actividades deportivas durante su jornada y la mayor productividad de las empresas (**la práctica del ejercicio físico como variable de mejora del rendimiento de los trabajadores**), así como en la reducción de los costes sanitarios (las personas activas padecen menos enfermedades). En nuestro país, y para los empleados públicos, junto al Acuerdo firmado en Andalucía entre los sindicatos más representativos y la Junta de Andalucía para favorecer un uso más flexible del tiempo de trabajo, incorporando cuestiones no estrictamente laborales, se destacaría el Estudio de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, cuyo objeto sería evaluar las condiciones físicas que tienen sus empleados, para proponerles *programas voluntarios de preparación física a realizar dentro de la jornada*. En suma, una vez más, la ciencia demuestra que el deporte mejora la salud, reduce el absentismo laboral y aumenta la productividad. Pero, de nuevo, la realidad parece más tozuda: sólo el 4% de los españoles lo practicaría durante su horario laboral. Pero un creciente número de empresas parecen dispuestas a un cambio de modelo cultural de gestión de personas. Un número creciente de empresas parecen querer cambiar este estado de cosas y han puesto en práctica diversas medidas para promover un cambio cultural de gestión de personas (más integral y conciliadora entre la vida dentro y la vida fuera de la empresa, de ida y vuelta¹²⁷).

Las experiencias y modelos de gestión son de lo más variopinto en la práctica. Si en unos casos parecen programas más “cosméticos” o de moda que estratégicos, en otros queda claro que se va desplegando aquel cambio cultural, sin llegar al modelo extremo de las empresas suecas que incluyen en sus contratos laborales una “cláusula deportiva” para obligar a los trabajadores a realizar ejercicio físico regularmente. Así, de un lado, muchas de las grandes empresas incorporan en sus instalaciones *gimnasios para uso de sus trabajadores*¹²⁸:

- Ciudad financiera del Grupo Santander;
- el *Grupo Mahou-San Miguel* desarrolla un plan completo de fomento del deporte entre sus trabajadores. Forma parte de la llamada “*área de felicidad organizacional*”, una división estratégica encargada de poner en marcha iniciativas que promuevan las emociones positivas entre los profesionales que forman parte del Grupo empresarial. La felicidad organizacional se sitúa como eje principal “para el desarrollo personal y profesional de cualquier persona”. Para ello se desarrollan programas de bienestar y salud, “*Cuidarme*”, una “iniciativa integral que engloba actividades para el fomento de la alimentación saludable, el bienestar físico y emocional y la actividad deportiva”¹²⁹.

127 Según la Encuesta de Hábitos Deportivos en España 2015 solo el 54% practicó deporte en el último año. La mayor parte de ellos, el 86%, con gran intensidad, al menos una vez a la semana.

128 Un catálogo muy interesante de experiencias varias en “*Deporte y trabajo, ¿conciliación en las empresas?*” <https://www.compromisoempresarial.com/rsc/2018/03/deporte-y-trabajo-conciliacion-en-las-empresas/>

129 <http://empresas.infoempleo.com/hrtrends/reclutamiento/directores-rrhh/area-felicidad-mahou/>

- *LG Electronics* ha ampliado su “*Plan de Fomento del Empleo Saludable*”, y ahora incluye el *Programa Healthy*, que incorpora un gimnasio equipado con la última tecnología en máquinas de entrenamiento, junto a más de 5.000 horas gratuitas de actividades deportivas, divulgación y formación en nutrición y deporte, asistencia a talleres de *mindfulness*, desayunos saludables, sesiones de fisioterapia, etc.¹³⁰;
- *Endesa* financia el 50 % del coste de la actividad deportiva de sus empleados¹³¹.

No están solas. Empresas como *El Corte Inglés*, *VW-Audi* o *Petronor* cuentan con los más diversos acuerdos para fomentar la práctica deportiva. En la misma dirección, pero sobre otro tipo de políticas, la aseguradora *Liberty Seguros* **incentiva retributivamente a los trabajadores que vayan en bicicleta al trabajo** (37 céntimos por kilómetro recorrido durante los desplazamientos en horario laboral). Por lo tanto, vemos cómo el sistema de retribución variable, así como el célebre “plus de transporte”, presente en todos los convenios colectivos, o en la mayoría, se instrumentalizan al servicio de una pauta de vida saludable.

Se valora por unos positivamente¹³², otros evidencian sus reservas, pues implicaría una nueva obligación ética cívico-social para el trabajador, pretendidamente compensatoria de la que se asumiría por el empleador en el marco de la “responsabilidad social de la empresa”. Pero no es así estrictamente, pues el empleador no renuncia a, o cede gratuitamente, una parte del tiempo productivo a favor de un tiempo de mayor bienestar social para los trabajadores, sino que respondería a una razón económica científicamente respaldada (un nuevo paradigma de racionalización científica del trabajo, eso sí, más atenta a elementos de bienestar psicosocial del trabajador que la tradicional “taylorista” o de estandarización de trabajos y reductora de los tiempos muertos)



130 Además, cada martes de la semana, los trabajadores pueden solicitar un servicio de fisioterapia para combatir los dolores de espalda, las contracturas o las piernas cansadas.

131 En una Encuesta realizada por el Instituto Andaluz del Deporte, entre 120 empresas de más de 150 trabajadores, solamente el 7% tenía convenios con centros de deporte para que sus trabajadores obtuviesen descuentos a la hora de practicar deporte en sus instalaciones.

132 “*Estamos ante una nueva etapa de progresión en el mundo laboral que debe destacarse y auspiciarse pues, con toda seguridad, favorece un mejor clima laboral y una mejor convivencia*” L. CORDERO SAAVEDRA. “Conciliar la vida laboral, la familiar y la deportiva” <https://elblogdechano.com/2018/04/04/conciliar-la-vida-laboral-la-familiar-y-la-deportiva/>

ESTUDIO DE CASOS

Promoción de estilos de vida saludables en el trabajo, sí, pero no a consta del salario.

Grupo Tabacalera. SAN 55/2017, de 21 de abril

Relato de hechos (historia del caso)

A petición de algunos trabajadores del Grupo Tabacalera, se implantó un plan denominado “*Sabemos cuidarnos*”, dividido en bloques y completado por un catálogo de actividades, que está dirigido a mejorar la salud de los trabajadores mediante el fomento de hábitos saludables -entre ellos, realización de ejercicio físico, talleres de bienestar emocional, reconocimientos médicos; así como otras actividades de fomento de una conciencia ecológica-. La empresa, a fin de incentivar su realización efectiva, vinculó al cumplimiento del programa una parte de la retribución variable (10 por cien)

Valoración (aprendizajes del caso)

Los trabajadores solicitaron este programa, pero no la vinculación al complemento retributivo. La gestión unilateral y novatoria del mismo llevó a la impugnación sindical de las decisiones del empleador, dándole la razón la SAN 55/2017, de 21 de abril. A su entender las actividades del programa “sabemos cuidarnos” no incidirían en el concepto retributivo del complemento (por calidad y cantidad de trabajo), pues “se refieren a prevención de riesgos laborales, a la salud profesional y personal”. Por lo tanto, “si bien resulta elogiable su promoción, *las mismas son de todo punto ajenas a las actitudes y habilidades empleadas en la consecución de objetivos de ventas, por lo que la vinculación al cobro de parte del complemento resulta contraria al precepto convencional*”. Consecuentemente, la consecuencia a extraer no debe ser dejar de incentivarlas, pues resultan loables, como indica la Audiencia Nacional, ni siquiera denegar toda vinculación entre la promoción de la salud laboral con los modernos sistemas de retribución variable, sino la de establecer esa conexión de forma adecuada, creando incentivos específicos de índole económica a la mejora de la salud laboral. Del mismo modo que tuvieron su tiempo los “pluses de toxicidad” y de “peligrosidad”, hoy podrían abrirse espacio los “pluses de estilo de vida saludable” de los trabajadores, en la medida en que, al final termina también mejorando la productividad de las empresas, así como reducirá los costes sanitarios. Desde este punto de vista, significaría un cambio notable, pero plausible, del modelo de incentivos, en la línea del sistema vigente de reducciones de cuotas sociales (técnica del *bonus social*) para las empresas que avancen en gestión preventiva y de salud -RD 231/2017, de 10 de marzo-¹³³.

133 Un interesante análisis en tal sentido de la misma en M. MIÑARRO YANINI. “Promoción de la salud, sí, pero no vinculada al salario por decisión unilateral de la empresa”, RTSS-CEF. n. 413-414, 2017. pp. 200-201.

La actividad deportiva como componente obligatoria de la cultura empresarial. Empresas suecas incluyen el ejercicio como una obligación laboral

Fuente de Información

Empresas suecas obligan a sus empleados a hacer deporte

<https://www.elespectador.com/noticias/el-mundo/empresas-suecas-obligan-sus-empleados-hacer-deporte-articulo-741647>

Relato de hechos

Desde finales de los años 1980, la mayoría de las empresas suecas subvencionan actividades deportivas de sus empleados (hasta 500 euros anuales). Algunas organizan también clases de deporte durante las horas de trabajo. Pero ha sido recientemente cuando algunas empresas, como la pública de distribución de *agua Kalmar Vatten* y la privada, de ropa deportiva, *Björn Borg*, avanzan en la dirección de la mejora de la salud de sus trabajadores mediante la exigencia de compromisos de ejercicio físico mínimo como condición de trabajo obligatoria. Hay un tiempo de entrenamiento semanal mínimo obligatorio, que forma parte de la jornada laboral. Un estudio de la Universidad de Estocolmo de 2014 evidenció que la práctica regular de una actividad física durante la jornada laboral tenía ventajas tanto para el empleado, que al mejorar su forma física afronta con mayores capacidades su desempeño profesional, cuanto para el empleador, que no sólo vería reducido el absentismo laboral (en torno al 22% del absentismo laboral, dato relevante en un país en el que las bajas por enfermedad son el doble de la media europea), sino también la mejora del rendimiento de sus trabajadores (incentivo directo a la productividad). La incidencia del factor socio-cultural (histórica cultural sueca de la “higiene social” y el “culto a la juventud eterna”) es manifiesta: los suecos son el país más deportista de Europa (Euro barómetro 2014), pues el 70% de ellos hace deporte una vez por semana y el 51%, entre dos y tres veces semanales

Valoración

La búsqueda del bienestar a través del ejercicio físico no es exclusiva de Suecia, pero sí el modelo de imposición contractual obligatoria. Traduce la convicción de ser un *deber ético* para sí, para la sociedad y, ahora, *para con su empleador*, formalizada en un deber jurídico (cláusula contractual de obligación deportiva). Una práctica cuestionable, porque traduciría un modelo autoritario de relaciones de trabajo, que premia a quien coincide con el patrón cultural del jefe y estigmatiza a quien no se identifica con él, aunque puede cumplir con su trabajo: *“Cuando se empieza a pensar que se es una mejor madre o un mejor padre, un mejor amigo, si se hace deporte, se puede llegar a una situación en la que se deduce que las personas que no viven de forma muy sana, que tienen sobrepeso o fuman, son peores personas”* (P. Cederström. “Síndrome del bienestar” *“The Wellness Syndrome”*, una crítica a la ideología dominante del bienestar como deber moral y social). El bienestar por el deporte sí, pero a cualquier precio, no, máxime si se tiene en cuenta también que el exceso de deporte tiene riesgos¹³⁴. En la encuesta informal hecha por algunos periódicos

134 Vid. “Ejercicio en el trabajo, para una empresa al alza” <http://www.laregion.es/articulo/la-revista/ejercicio-trabajo-empresa-alza/20180310225358777066.html>

(¿deben las empresas incluir esta obligación de forma generalizada?), el resultado es de 59% a favor y 41 en contra¹³⁵. **No debe ser ni una carga añadida ni una nueva causa de despido, sino una posibilidad favorecida e incentivada** por la empresa a modo de contraprestación por las mejoras de rentabilidad que recibe el empleador (un incentivo)

7.4 Políticas de uso razonable de la tecnología digital en el trabajo: ¿una asignatura pendiente para la gestión preventiva del tecno-estrés y las adicciones al trabajo?

Siendo todas las cuestiones arriba referidas de gran interés para una vida saludable de los trabajadores, sin duda factores de protección frente a conductas adictivas ligadas a ese tipo de trastornos (del juego, alimentarios, etc.), es manifiesto que la centralidad del entorno laboral en la gestión proactiva de las nuevas adicciones conductuales se juega en relación a las vinculadas a las nuevas tecnologías, y, en conexión con ellas, aunque también al margen de ellas, las “adicciones al trabajo”. Vivimos en sociedades cada vez más dinámicas y cambiantes donde el abordaje de las nuevas tecnologías es fundamental para múltiples aspectos. Tuvimos la oportunidad de evidenciar, en cifras, la creciente preocupación por el aumento del uso “patológico” de las tecnologías digitales (incluidas las redes sociales), así como su papel de las para facilitar el acceso y potenciar otras conductas adictivas, como el juego online, incluidos *nuevos patrones para el consumo de drogas ligados a prácticas sexuales (chemsex, slamming)*.

Según la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (marzo de 2017), el empleo de las TIC es una realidad que irá en imparable aumento. Si 1 de cada 3 ocupados utilizan siempre o casi siempre ordenadores u otro equipo informático para desarrollar su trabajo, en los años venideros ese número se incrementará exponencialmente. Pero hay que huir tanto del alarmismo, porque **la inmensa mayor parte de la población irá haciendo un uso creciente de las nuevas tecnologías, sin que haya riesgo** de adicción, ni siquiera de conducta problemática, cuanto del negativismo, porque **el uso de los medios digitales ofrece también nuevas oportunidades para mejorar la prevención** y el tratamiento de las adicciones (factor de protección). Todo depende, pues, de las condiciones de uso de las nuevas tecnologías, dentro y fuera de la empresa, comprendiendo que cada vez las fronteras entre ambas coordenadas espacio-tiempo (interno y externo a la empresa) se diluyen más, de manera que se hace más perentorio construir pautas adecuadas de uso que sirvan como referente en todo el continuum relacional de las personas.

Esta dilución aparece reconocida expresamente en **uno de los Convenios Colectivos que más impacto mediático** ha tenido en esta materia en nuestro país -siguiendo la estela de la experiencia francesa del derecho a la desconexión digital-: **el Convenio Colectivo del Grupo AXA SEGUROS**. Su artículo 14 asume que los cambios tecnológicos provocan modificaciones estructurales en el ámbito de las relaciones laborales. El fenómeno de la «interconectividad digital» está incidiendo en las formas de ejecución del trabajo “mudando los escenarios de desenvolvimiento de las ocupaciones” hacia entornos externos a las unidades productivas (empresas, centros y puestos de trabajo).

135 Vid. <http://servicios2.lasprovincias.es/encuestas/encuestac-votar.php?id=3857>

En este contexto, “el lugar de la prestación laboral y el tiempo de trabajo... están diluyéndose en favor de una realidad más compleja en la que impera la conectividad permanente afectando, sin duda, al ámbito personal y familiar de los trabajadores y trabajadoras”. Por eso reconocen el “derecho a la desconexión digital una vez finalizada la jornada laboral”. ¿En qué consiste? A su juicio -que no deja de ser muy cuestionable-, en que “*salvo causa de fuerza mayor o circunstancias excepcionales*”, AXA

“...reconoce el derecho de los trabajadores **a no responder a los mails o mensajes profesionales fuera de su horario de trabajo**”.

Bastaría con traer a colación otras experiencias colectivas, al mismo fin para evidenciar que las soluciones son muy diversas y no todas resultan de igual eficacia. Por ejemplo, el **Acuerdo estatal sobre tiempo de trabajo francés, 1 de abril de 2014**, en artículo 4.8.1 se ordenaba

“**El empleador debe asegurar las disposiciones necesarias a fin de que el trabajador tenga la posibilidad de desconectarse** de las herramientas de comunicación a distancia puestas a su disposición”

No es momento ni lugar para entrar en profundidad en esta cuestión, clave desde luego para una política de prevención de riesgos psicosociales asociados a las condiciones de uso de las nuevas tecnologías (estrés tecnológico), tampoco sobre si ese derecho ya existe o no en España al margen del reconocimiento convencional. Lo que aquí importa reseñar es que, el presente y desde luego en el futuro más inmediato, las empresas, junto con los trabajadores y sus representantes, han de afrontar necesariamente la regulación y gestión del uso de las tecnologías digitales en el seno de las relaciones de trabajo, y no ya sólo a fines productivos, los más determinantes, sino también personales o sociales. Por lo tanto, entendemos que **esta necesidad abre una magnífica oportunidad**, de momento poco explorada, para fijar un **sistema de gestión de los usos de las tecnologías de información y comunicación digital por parte de la población trabajadora**, en un entorno de transformación digital social y económica global, **que no sólo sirva para dar transparencia a la política de control empresarial**, sino también **para facilitar una política integral de uso responsable de los mismos**.

En suma, **debería incorporar la vertiente de la salud psicosocial, dentro y fuera del entorno laboral**, cada vez más diluido con el exterior, y viceversa.

El propio Convenio AXA, en su art. 15, establece esa política de “uso correcto de las herramientas tecnológicas”. Pero, como la inmensa mayoría, tiene un sentido unilateral. En relación con la utilización de las herramientas de trabajo facilitadas por la empresa, entre las que destacan los sistemas y equipos informáticos y medios tecnológicos puestos a disposición del personal, se fija unas reglas o condiciones para “*garantizar un uso adecuado de las mismas*”. A saber:

- a. Los trabajadores deben hacer “*un uso adecuado y responsable de las herramientas puestas a su disposición*” y se concreta en un “**uso exclusivamente profesional**” y en un “acceso a Internet limitado a quienes”, por sus responsabilidades, lo precisen y “sólo por el tiempo necesario”. En otro caso, se producirá incumplimiento laboral
- b. No obstante, de forma excepcional, se autorizaría un uso de los dispositivos “**para fines personales**”, concretándose el deber de utilización responsable en el “carácter necesario y perentorio” de la misma. En estos casos, no supondrá incumplimiento
- c. Se prohíbe acceder a las comunicaciones de los compañeros in su autorización, así como el uso del correo para fines distintos a los asignados
- d. AXA podrá realizar “excepcionalmente, cuando existan indicios de uso ilícito o abusivo por...un trabajador, las comprobaciones oportunas y necesarias..., en la medida de lo posible en presencia del usuario...y contando con un representante legal...”
- e. Los sistemas de control utilizados por AXA, “en la medida de lo posible, deberán ser acordados con la parte social y en todo caso ser conocidos previamente por ésta”

Tampoco es este el momento de analizar en detalle este tipo de Códigos de Conducta, que resultan en todo caso valorables positivamente por tener una dimensión colectiva y dar más transparencia a la política de uso razonable de las tecnologías digitales en las empresas. Sí es oportuno, una vez más, reseñar tanto algunas virtudes, a profundizar en las experiencias venideras, como alguna limitación, a corregirla, desde esta vertiente de gestión integral de la salud psicosocial de los trabajadores.

La virtud está en que no establece una prohibición total o absoluta de usos personales o sociales de las tecnologías de comunicación titularidad de la empresa, por lo que tendría las virtudes que ya señalamos en su momento a este tipo de opciones, frente a las políticas, más usuales de prohibición total. Desde el punto de vista de la salud psicosocial emerge como factor de protección, pues. Otra virtud es la búsqueda de un consenso con los representantes laborales, lo que facilita una regulación de equilibrio. La principal limitación se concreta en que, sin embargo, sí se crea una cierta presión hacia el uso, pues se establece que ese uso personal será el estrictamente necesario, lo que puede crear una cierta inquietud. En todo caso

...la principal conclusión es la necesidad de promover pública y socialmente el desarrollo de este tipo de acuerdos colectivos de uso razonable de las nuevas tecnologías digitales desde el enfoque de conciliar bienestar psicosocial y productividad

Estudio de casos

El problema de la cultura de adicción al trabajo y la promoción del derecho a la desconexión digital en Corea del Sur como estrategia de gestión preventiva

Relato de situación: la cultura del trabajo excesivo y el modelo de conectividad permanente como factores de riesgo para la salud psicosocial de una parte de población laboral amplia

Corea del Sur es el país con mayor exceso de trabajo de toda Asia y el segundo de la OCDE -tras México-. Los surcoreanos trabajan 2.069 horas al año, en comparación con el promedio de 1.764 horas (jornadas de más de 14 horas y semanas de 6 o 7 días de trabajo). Al tiempo, Corea del Sur es uno de los países del mundo con mayor conexión digital. En ese contexto socio-cultural de trabajo excesivo, e intensa conectividad digital, los trabajadores surcoreanos presentarían un altísimo índice de prevalencia de la “adicción al trabajo”, plasmada, desde el plano de la pérdida de salud, en un elevado porcentaje de personas que presenta la sintomatología del trabajador quemado (burnout).

La propuesta de solución preventiva: el derecho a la desconexión digital

Pues bien, además de facilitar los poderes públicos y las empresas programas de mejora de la capacidad de afrontamiento psicológico y de relajación (como el programa Zen “*The Gateless Gate*”-<http://www.cbc.ca/news/world/south-korea-overwork-culture-jail-retreat-prison-inside-me-1.4527832>), se ha planteado, como una forma de luchar contra esa “epidemia de workaholics”, **la regulación del derecho a la desconexión digital**. En 2017 se ha lanzado toda una campaña institucional, apadrinada por el presidente del país, para hacer efectivo el derecho al descanso y tiene como objetivo reducir la semana laboral de un máximo legal de 68 horas a unas 52 horas más manejables. De este modo, mientras que en Francia e Italia el debate por este derecho surge asociado a la prevención de riesgos psicosociales en sentido estricto, en Corea de Sur se **vincula expresamente a la lucha contra la adicción al trabajo**, que emergería igualmente **como un nuevo riesgo psicosocial asociado a la contemporánea cultura del trabajo del país**.

8. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA

CONCLUSIONES PRINCIPALES

1.- Las evidencias científicas muestra que un número cada vez mayor de personas presentan prevalencia de “adicciones psicosociales” o adicciones conductuales, se actualicen o no en trastornos mentales en sentido estricto.

2.- Por eso, institucionalmente, junto a las “adicciones químicas” (con sustancia: drogas), hoy tiende a reconocerse la trascendencia, a efectos de intervenciones de prevención del riesgo y de mejora de la salud psicosocial, de tales “adicciones psicosociales” o conductuales. Así lo hace la reciente **Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2021)**

3.- Aunque el actual nivel de conocimiento científico permite sospechar razonablemente de que las adicciones psicosociales **tienen una incidencia en la salud de las personas tan negativa como las adicciones químicas (drogodependencias), no todas las potencialmente calificables como adicciones psicosociales se reconocen oficialmente como enfermedades psiquiátricas hoy. De momento, sólo sucede así con el juego patológico (ludopatía).** Sin embargo, no por ello dejan de tener una gran relevancia como problema de salud psicosocial

4.- ¿Qué son las adicciones conductuales o psicosociales? Hemos visto en el Estudio que se definen las adicciones conductuales como toda conducta excesiva que, sin consumo de sustancias, tiene como principal característica una tendencia irreprimible y continuada a su repetición, pese a ser perjudicial para la persona que la presenta y para su entorno directo (familiar, social y laboral), por la incapacidad de controlarla a pesar de intentarlo y por su mantenimiento pese a su nocividad. Así entendida, cualquier conducta socialmente normalizada y productora de placer a las personas es susceptible de convertirse en “conducta adictiva” cuya persistencia puede devenir en “adicción conductual”

5.- Consecuentemente, **no puede tratarse del mismo modo las adicciones psíquicas o de conducta que las químicas**. Si respecto de éstas tiende a predominar el “modelo de tolerancia 0”, sin perjuicio de la presencia del modelo de “reducción de usos nocivos”, respecto de las adicciones psicosociales o de conducta, la mejor gestión es la que promueve usos razonables de las mismas. No se puede prohibir ni perseguir ninguna de sus conductas bases -jugar, comer, practicar sexo, usar la tecnología digital, trabajar intensamente -, sólo racionalizarla.

6.- No existe un listado cerrado de adicciones psicosociales o de conducta. Así se refleja en algunos marcos institucionales autonómicos recientes, como en el vasco, que apela al principio de precaución. De forma concreta, de acuerdo con la definición planteada, los marcos institucionales más avanzados, conforme a la evolución científica, tienden a **incluir dentro del nuevo catálogo de conductas adictivas las siguientes:**

- a. El juego patológico
- b. los usos abusivos de las nuevas tecnologías digitales (adicciones digitales)
- c. Adicción a la comida calórica
- d. la adicción al sexo, incluido el consumo excesivo de pornografía y
- e. la adicción al trabajo.

7.- Como sucede con las adicciones químicas, también las adicciones psicosociales constituyen **una realidad multifactorial**, de modo que los factores de riesgo que las causan son variados y heterogéneos. El riesgo de adicción responde a la siguiente conjunción de factores de riesgo:

RIEGO DE ADICCIÓN =

Grado de **VULNERABILIDAD BIOLÓGICA** (patrón genético)
+ **AMBIENTE** (acontecimientos vitales de estrés o vivencias de desarrollo en la familia, trabajo)
+ **CONDICIONANTES SOCIALES**

8.- En términos análogos a lo que se prevé para las adicciones químicas, también para las adicciones psicosociales o comportamentales **conviene distinguir distintos niveles de conducta conflictiva desde el plano de la mejora de la salud psicosocial de las personas**

- a. **conductas de riesgo**
- b. **conductas problemáticas** o nocivas (para el bienestar o salud psicosocial)
- c. **conductas adictivas** (trastornos psicosociales y/o psiquiátricos)

9.- **El problema de las adicciones conductuales no es un problema personal o individual, sino social.** Como evidencia la recién aprobada Estrategia Nacional sobre Adicciones, es necesario, para mejorar la eficacia de la política de salud, no limitarse a la acción con las personas afectadas, sino favorecer la intervención en los factores

ambientales. El problema de las adicciones es más relacional que psiquiátrico, en la medida en que la dimensión de trastorno adictivo tiende a centrarse en el momento en que la conducta excesiva empieza a provocar alternaciones relevantes de la vida relacional de las personas -en la familia, en el trabajo, etc.-

10.- Como en el caso de las adicciones químicas, **el entorno-trabajo o empresa se configura tanto como “factor de riesgo” cuanto como “factor de protección”**, dependiendo en cada caso de las condiciones sociales y laborales de prestación del trabajo de las personas con dos o más factores de riesgo adictivo. Así

- a. la empresa como “factor de riesgo” actúa como sistema-agente promotor de las conductas adictivas
- b. la empresa como “factor de protección” actúa como dispositivo corrector o reductor frente a las mismas.

El manifiesto crecimiento de los factores de riesgo, sin la debida protección, está generando incrementos de prevalencias, que empiezan a estimarse como factores necesarios a tener en cuenta en los entornos. El indicador de la existencia de un problema de adicción será mayor si la limitación del entorno es respondida en el terreno emocional, con cierto malestar reflejo de una pérdida de control.

11.- Naturalmente, **no todas las adicciones psicosociales guardan la misma conexión con el entorno laboral, siendo las más relevantes las adicciones tecnológicas y la adicción al trabajo**. Esta última puede llegar a configurarse como un nuevo riesgo psicosocial asociado al trabajo, mientras que aquéllas son una importante fuente no sólo de riesgos psicosociales, sino también de potenciación de otras adicciones. El cuadro resultante en el Estudio ha sido:

Relación mediata o indirecta con entorno laboral	Relación directa o inmediata con el trabajo (causas y consecuencias)	Relación directa con entorno laboral (consecuencias)
Adicción a las compras	Usos irrazonables de nuevas tecnologías digitales	Adicción a la comida calórica (Edorexia y obesidad)
Adicción al sexo	Adicción al trabajo	Juego patológico
Adicción al deporte		

12.- Las nuevas tecnologías digitales facilitan la productividad económica y la comunicación social, pero también **han convertido el ámbito socio-laboral en un entorno de riesgo cuando se utilizan de forma inadecuada o abusiva**. Atendiendo una vez más a la relevancia del factor ambiental, del que tanto predicamento se hace, con razón, en la ENA, hay que destacar el **potente papel de reforzador de este tipo de conductas que provoca la total transformación digital de los ambientes de vida de la persona**.

13.- Entre las diversas metodologías desarrolladas en este tiempo para medir la Escala de dependencia o de estrés cibernético, de especial relevancia es el denominado “Test de ORMAN

Escala de dependencia (o de estrés cibernético) de ORMAN

a. Uso adictivo (de 7 a 9 respuestas)
b. Uso de riesgo (de 4 a 6 respuestas)
c. Uso intenso, pero no problemático (de 1 a 3 respuestas)

Pues bien, conforme al mismo, se ha hecho referencia a ciertos estudios en los que se pone de relieve un índice de prevalencia de las adicciones tecnológicas de entorno al 3 por cien



14.- **En lo que concierne a la prevalencia de las personas con juego de riesgo y/o patológico**, no existe una plena certidumbre en torno al índice existente en nuestro país. Se ha apreciado una notable diferencia entre los diferentes métodos psicométricos, a causa tanto de la diversidad de cada uno de ellos como de la falta de identificación de las conductas que se miden en cada caso. Los estudios de los años 80 ofrecían mayores prevalencias que las de este tiempo, si bien hay que tener en cuenta, para el presente y futuro inmediato, el rápido crecimiento del juego de riesgo entre la población joven en virtud del impacto de las nuevas modalidades de juego online. El cuadro resultante ha sido (Tabla 8)

Tabla 8. Comparación entre índices de prevalencia de los diversos niveles de riesgo

Estudio	Estudio DGOJ (2016)	Estudio vasco (2012)	Estudio años 90
Prevalencia juego de riesgo	4,4 (2,6)%	10,6%	5%
Prevalencia juego con problemas	1(0,6)%	0,6%	
Prevalencia juego adictivo	0,9 (0,3)	1,1%	2-3%

15.- En lo que a la adicción al sexo “en los lugares de trabajo” se refiere, es obligado poner el acento en la perspectiva preventivo-promocional. **Sin confundirse ambos planos de gestión de empresas saludables**, pues una cosa es la adicción al sexo y otra la violencia sexual en el seno de las empresas, **la necesaria prevención frente al riesgo psicosocial de acoso y/o violencia sexual en el trabajo, podría y debería ayudar a prevenir eventuales conductas sexualmente adictivas**, además de promover el

tratamiento frente a ellas, se asocien o no a aquél. Por tanto, no hay ni que trivializar ni frivolizar, sino ser rigurosos científicamente.

16.- Las evidencias científicas tienden a relacionar la obesidad con trastornos compulsivos en la alimentación, así como con hábitos de vida sedentaria. El tratamiento de los trastornos que se asocian a la obesidad, que actúa también, en determinadas circunstancias, como un factor de riesgo para la seguridad y salud de las personas que se ven afectadas por ella y para los compañeros, presentan una doble perspectiva de interés en el ámbito socio-laboral. A saber:

- a. La obesidad como enfermedad asociada a comportamientos adictivos, por lo que tiene una dimensión de salud individual y ambiental
- b. La obesidad como factor de discriminación socio-laboral

17.- La adicción al trabajo o “workaholism” tiende a romper con las estructuras convencionales de la adaptación al medio laboral y la conciliación familiar, si bien el adicto a esta conducta lo suele vivir como una mejora en la satisfacción laboral y vital. **No hay estudios de prevalencia en España, todavía, pero sí en otros países europeos, estableciéndose una horquilla que va desde el 8 por cien al 14 por cien de la población ocupada.** Esta adicción al trabajo se asocia a factores de índole netamente laboral y, por lo tanto, podrían convertirse, si bien atendidos, en predictores de tales conductas. Estos factores de riesgo son:

- a. **con las horas de trabajo** (intensidad del trabajo). Aunque el tiempo dedicado al trabajo no es un criterio definitorio para la adicción al trabajo en sí mismo, los adictos al trabajo tienden a pasar más tiempo trabajando que los no adictos al trabajo.
- b. **las posiciones gerenciales** (grado de responsabilidad de gestión), de modo que en los puestos de trabajo en los que hay mayor responsabilidad de gestión, las personas tienden a una mayor prevalencia de la adicción.
- c. **las culturas y condiciones de cada mercado nacional de trabajo** (factores institucionales, culturales y organizativos)

18.- Asimismo, los Estudios sobre Adicciones Al Trabajo aquí referidos y realizados con el método “BWAS” hallan que **las personas “trabajólicas” tienen peores datos de salud mental:**

- a. tres veces más probabilidades de informar niveles clínicos de TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) que los que no trabajan
- b. dos veces más de probabilidad de haber sido diagnosticados con depresión que los no adictos al trabajo.

19.- De ahí, la originalidad de este Estudio, que pretende una primera pero ilustrativa aproximación, a la relevancia de las emergidas adicciones psicosociales o conductuales, nuevas y viejas, en el ámbito del trabajo, y de éste en la gestión de aquéllas. Para ello, se parte del consenso existente en torno al papel de los ambientes de trabajo como lugares

especialmente abonados para el análisis integral e interdisciplinar de los factores de riesgo y de los factores de protección que están en la base tanto de su prevalencia como de su tratamiento preventivo-promocional, con mayor intensidad si cabe que para las adicciones con sustancias y sobre las que venimos reflexionando desde hace años.

PROPUESTA DE MEJORA PREVENTIVA

1.- La ENSA (Estrategia Nacional Sobre Adicciones) o la ENA (Estrategia Nacional de Adicciones) se plantea un doble objetivo respecto de las adicciones conductuales, no sólo respecto de las químicas. A saber:

- a) “Alcanzar” una “sociedad más saludable (e informada) mediante la reducción de la prevalencia de las adicciones en general” (y conductuales o psicosociales en particular).
- b) “Tener” una “sociedad más segura a través del control de aquellas actividades que puedan llevar a situaciones de adicción” (conductual o psicosocial)

2.- Los marcos, europeo, estatal y autonómicos, estratégicos y normativos, reflejan una clara evolución desde el concepto médico psiquiátrico de adicción a otro más integral: la concepción biopsicosocial de la adicción como riesgo para la salud. Por eso pone el acento en la acción preventiva. Las intervenciones preventivas de las adicciones psicosociales tienen como doble objetivo, pues:

- a. reducir los factores de riesgo
- b. aumentar los factores de protección frente a toda conducta susceptible de generar adicción.

3.- Consideramos necesario crear un sistema de gestión integral que conecte los avances en el marco institucional de planificación estratégica y de salud sobre las adicciones psicosociales con **la empresa como un entorno privilegiado de la persona para favorecer una intervención más coherente y eficaz. De ahí que deban integrarse en los diferentes sectores de regulación jurídico-laborales, especialmente de salud laboral**, apelando a los diferentes instrumentos o técnicas de compromiso de mejora voluntaria de los actuales, conforme al enfoque integrado de promoción de la salud en el trabajo -PST- en la política de seguridad y salud en el trabajo. A este respecto, si la ENA da importantes pasos adelante, el marco normativo referencial, por ser el más evolucionado es, sin duda, **el dado por la legislación promocional vasca.**

4.- Para mejorar la intervención preventivo-promocional y asistencial **es necesario conocer mejor la realidad de las adicciones psicosociales en nuestro país, en general y en la población trabajadora.** Por eso, **proponemos que se realicen investigaciones psicométricas para su análisis, como en otros países europeos.** Así, se propone que **en la próxima Encuesta española sobre las Adicciones en los ámbitos de trabajo se incorporen metodologías de tipo psicométrico respecto de las adicciones tecnológicas y al trabajo**

5.- Es fundamental una buena regulación para la gestión integral de las adicciones. **La posición que hoy se asume en el ámbito de la UE es favorecer una adecuada**

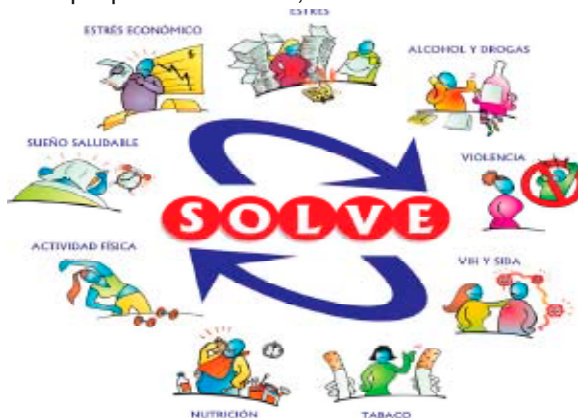
combinación entre las técnicas de regulación legislativa y las de autorregulación. Precisamente, la llamada al principio de corresponsabilidad social debe concretarse en un marco de regulación coordinado y articulado entre la Ley y las técnicas de autorregulación, de modo que se establezcan “vínculos jurídicos” entre las previsiones legales y la autorregulación, favoreciendo que ésta se desarrolle realmente y no se quede simplemente en vagas e idealistas referencias.

6.- El objetivo principal es mantener una mayor correlación entre los buenos hábitos de vida social y las diligentes pautas de vida, dentro y fuera del trabajo. **Con ello, será más factible que los comportamientos seguros y saludables que se exigen en la empresa, para prevenir riesgos y mejorar la salud laboral se mantengan también fuera de ella,** aportando beneficios tanto a las personas como a las empresas y al conjunto social

7.- Para ello, el conocimiento científico y la evidencia empírica demuestran que la mejor política **es la que integra el enfoque de promoción de la salud -PST-** en todas y cada una de las políticas sociales, pero sobre todo **en la política de seguridad y salud en el trabajo -SST-. En este sentido, especialmente conveniente, por ser más eficaz, es integrarlo en políticas propias de gestión preventiva de los riesgos psicosociales en general.** Así lo ha evidenciado la Encuesta ESENER (vid. Tabla 15)

Medidas de PST	Con Evaluación de Riesgos	Sin Evaluación de Riesgos
Concienciar sobre prevención adicciones	42,6%	26,7%
Concienciar sobre una nutrición saludable	36,6%	29,3%
Promover las actividades deportivas	26,2%	19%
Fomentar los ejercicios de espalda	46,5%	27%

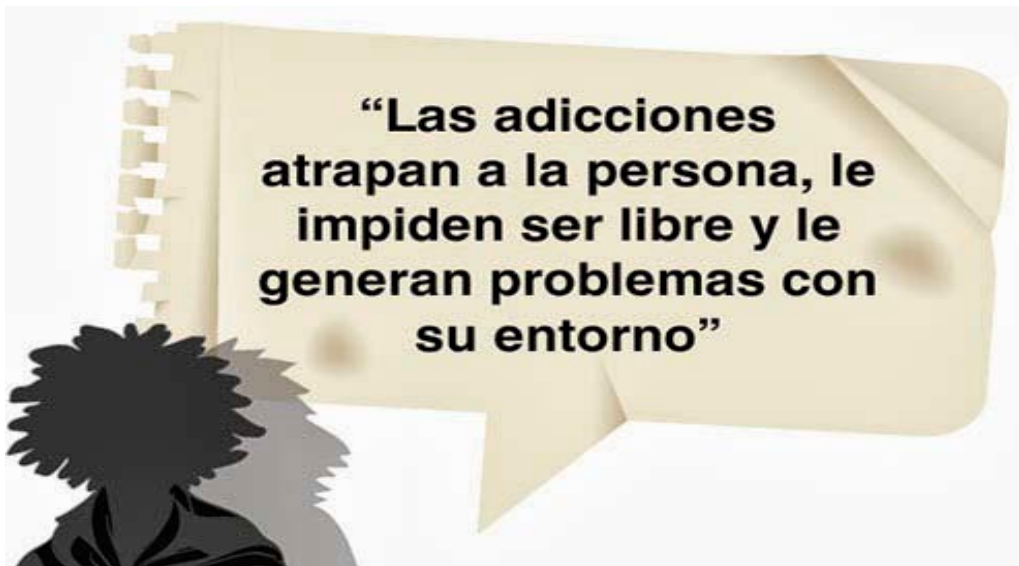
Y este es el camino que promueve la OIT, a través del PROGRAMA SOLVE



8.- En relación a las conductas alimentarias, sería recomendable integrar la promoción de la salud y los hábitos de vida saludables en las políticas de seguridad y salud en el trabajo, desde el punto de vista preventivo. El tratamiento para sustituir la conducta de comer en exceso por otra saludable en la que se introduzcan el ejercicio físico y las actividades sociales, requiere de procesos y recursos que lo acompañen, incluso asistencialmente, así como de entornos favorables, incluido el laboral. Se podría combatir, desde este enfoque integral, no sólo problemas de salud de los trabajadores sino también problemas de discriminación de las personas con sobrepeso u obesidad.

9.- Deberá prestarse especial atención en el presente ya, y desde luego en el futuro inmediato, a las adicciones tecnológicas, en sí, y a su papel de reforzador de otras, a aprovechando la oportunidad que brinda la proliferación de los Códigos de Conducta de uso razonable de las tecnologías de información-comunicación digital en las empresas. Para ello, a la actual vertiente de gestión de equilibrio entre usos productivos y usos privados, con respeto del derecho a la protección de datos, habría que añadirle la vertiente de “uso socialmente responsable”, también a efectos de salud y bienestar. ... En suma, *la principal observación es la necesidad de promover el desarrollo de este tipo de acuerdos colectivos de uso razonable de las nuevas tecnologías digitales desde el enfoque de conciliar bienestar psicosocial y productividad*

10-. En definitiva, conviene ser bien conscientes de que







Financiado por:



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

