

LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE ADICCIONES EN EL MEDIO LABORAL: OBLIGACIONES, RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS

CLAVES PARA UNA NOTA TÉCNICA PREVENTIVA -NTP- DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD, SALUD Y BIENESTAR EN EL TRABAJO -INSSBT-



MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Financiado por:

SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Autoría

Cristóbal Molina Navarrete

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

Margarita Miñarro Yanini

*Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad Jaume I*

Manuel García Jiménez

*Profesor Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de Jaén*

Ramón Gil Domínguez

Experto en Drogodependencias y Adicciones en el Ámbito Laboral

Edita

Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC

Depósito Legal

M-22398-2018

LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE ADICCIONES EN EL MEDIO LABORAL: OBLIGACIONES, RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS

CLAVES PARA UNA NOTA TÉCNICA
PREVENTIVA -NTP- DEL INSTITUTO
NACIONAL DE SEGURIDAD, SALUD Y
BIENESTAR EN EL TRABAJO -INSSBT-



ÍNDICE

<u>1. INTRODUCCIÓN: LA RELEVANCIA DE LA “PREVENCIÓN AMBIENTAL” (LABORAL).....</u>	<u>7</u>
<u>2. CONCEPTOS Y CONCEPCIONES: LAS ADICCIONES COMO PROBLEMA SOCIAL DE SALUD (PREVENTIVA, NO SÓLO ASISTENCIAL) Y DE PROTECCIÓN, NO DE DISCIPLINA</u>	<u>9</u>
<u>3. EL CATÁLOGO (NO CERRADO) DE ADICCIONES: DEL PRINCIPIO DE PREVENCIÓN AL DE PRECAUCIÓN</u>	<u>13</u>
<u>4. ADICCIONES Y MEDIO LABORAL: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN.....</u>	<u>15</u>
<u>5. PREVALENCIAS DE ADICCIONES Y MÉTODOS PSICOMÉTRICOS: LAS ADICCIONES DE LA POBLACIÓN LABORAL EN CIFRAS</u>	<u>23</u>
<u>6. MARCOS ESTRATÉGICOS Y NORMATIVOS LABORALES: PROGRESOS Y RESISTENCIAS PARA EL CAMBIO HACIA UN PARADIGMA PROACTIVO.....</u>	<u>29</u>
<u>7. LA ACCIÓN PROACTIVA FRENTE AL RIESGO DE ADICCIONES: LA INTEGRACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL SISTEMA PREVENTIVO COMO CLAVE DE ÉXITO</u>	<u>31</u>
<u>8. REPERTORIO DE “BUENAS PRÁCTICAS” (EMPRESARIALES Y CONVENCIONALES): UNA SELECCIÓN.....</u>	<u>37</u>
<u>9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>41</u>



Cláusula de compromiso con el uso no sexista del lenguaje

Los autores de esta obra, en su firme compromiso con la igualdad entre mujeres y hombres, también en el lenguaje, rechazan su uso sexista. Por ello, han procurado buscar, con carácter general, las fórmulas más neutras posibles respecto al género en los textos. En todo caso, cuando se ha usado la fórmula masculina como genérica, tan sólo obedece al ánimo de facilitar la lectura del documento, evitando duplicaciones de género excesivas, sin posibilidad de ver en ello ánimo alguno de perpetuar la invisibilidad tradicional de las mujeres en el lenguaje, común y jurídico.

1. INTRODUCCIÓN: LA RELEVANCIA DE LA “PREVENCIÓN AMBIENTAL” (LABORAL)

La vigente Estrategia Nacional de Adicciones 2017-2024 (E.N.A., en adelante) asume, entre sus novedades más relevantes, la de corregir una deficiencia detectada en la evaluación de la precedente Estrategia Nacional de Drogas (2009-2016). Esta insuficiencia residiría en la constatación de que la prevención de las adicciones (con sustancia y sin sustancia) en España “tiene una orientación 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**” (E.N.A., p. 35). Entre esos entornos o sistemas-ambientes doblemente deficitarios (en prevención de factores de riesgo y promoción de factores protectores de la salud) destacarían los laborales, cuando a ellos se les había atribuido, justamente, un especial protagonismo en el abordaje integral de la cuestión social de las adicciones (no ya sólo de las drogodependencias).

Por ello, una prioridad de los nuevos marcos estratégicos en materia de “adicciones”, no ya sólo el estatal, sino los más recientes autonómicos (ej. vasco, aragonés, etc.), se sitúa en la promoción, desde los dispositivos y técnicas del sistema de seguridad y salud en el trabajo, de programas de gestión integral del riesgo de adicciones (de todo tipo) en los ambientes laborales. Un enfoque que está presente en las recomendaciones al respecto de la OIT desde hace más de dos décadas (1996). Los propios interlocutores sociales, al menos en los acuerdos firmados en la cumbre (III Acuerdo de Empleo y Negociación Colectiva), asumen plenamente esa recomendación, aunque, en la práctica, surgen notables dificultades aplicativas. De ahí que se requiera una mayor concienciación socio-laboral sobre el problema, así como sobre el papel de la empresa, no ya sólo como factor precursor o prevalente de conductas problemáticas o nocivas para la salud (visión negativa de riesgo), sino también como factor reductor de tales probabilidades de conducta (visión positiva de protección), y el desarrollo de buenas prácticas en el seno de los entornos laborales, en especial en el marco de la negociación colectiva.

Esta Nota Técnica pretende facilitar a todos los operadores del sistema de gestión de los riesgos de seguridad y salud en el trabajo, trabajadores y sus representantes, empresarios y sus servicios de gestión preventiva, así como profesionales de la prevención, los conocimientos técnicos, y aportar experiencias prácticas, para mejorar el abordaje integral de las adicciones en los entornos laborales, conforme a la nueva E.N.A. Una propuesta de mejora tanto cognitiva como práctica especialmente útil respecto de una cuestión de salud integral, pública y laboral, que a nadie escapa resulta muy compleja, debido a la interacción de una multiplicidad de elementos, heterogéneos y cambiantes, en sus causas y en su proceso de desarrollo. Además, son muy variados los ámbitos y áreas que pueden verse afectados, entre ellos, el laboral.

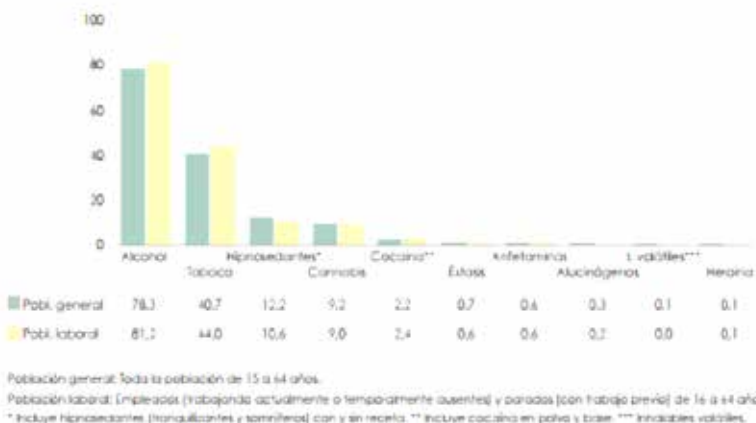
La propia E.N.A. refleja esta complejidad y dinamismo, pues expresa las nuevas vertientes del problema en nuestro tiempo, entre las que destaca la aparición tanto de nuevas sustancias adictivas como de conductas calificables de tales, así como los cambios de sensibilidad social, de nuevos patrones y nuevos contextos de consumo, para el conjunto de la población afectada y de sus consecuencias sociales. Pero también para determinados grupos y colectivos, en especial los menores. Por eso estas variables grupales y colectivas

(condiciones sociodemográficas), así como las relacionales y relativas al entorno (condiciones ambientales) presentan una particular relevancia para la E.N.A.

Precisamente, en esta nueva prevalencia del factor prevención ambiental para una acción integral y más eficaz frente a las adicciones, la E.N.A. convergería con la Encuesta de Consumos en el Medio Laboral (ECML-2013), conforme a la cual, la exposición de la población trabajadora a unas “actividades laborales” u otras, así como a unas “condiciones de trabajo” u otras, sería relevante para explicar las diferencias de incidencia de las adicciones en la población trabajadora respecto de la población en general. Los factores de riesgo, cuando son nocivos, y los factores de protección, cuando son más favorables, estarían relacionados, aun no de forma lineal, con las condiciones socio-económicas, (vid. Gráfico 1).

Gráfico 1. Prevalencia de consumo de diferentes sustancias atendiendo a la condición laboral o no de la población

Prevalencia de consumo de diferentes sustancias psicoactivas (últimos 12 meses) en la población general y en la población laboral. España 2013.



En suma, tanto la E.N.A. como la ECML convergen en reseñar la especificidad de esta cuestión, las adicciones (químicas o con sustancial y comportamentales) en los ambientes de trabajo. La empresa, pues, aparecería como un entorno particularmente apropiado, necesario incluso, para su abordaje integral, tanto desde la lógica de prevención de factores laborales que inciden en la prevalencia de riesgos adictivos, cuanto desde la de promoción de conductas de salud que protejan frente a ellos. En esta Nota Técnica se intentará explicar, brevemente, pero de forma útil, práctica, cómo llevarlo a cabo por las empresas, de forma concertada con los trabajadores y sus representaciones, siguiendo los estándares de conocimiento científico más consolidado en esta materia, incluyendo, por supuesto, los nuevos “procedimientos (o protocolos) de gestión integral del riesgo de adicciones en el medio laboral”. Un hilo conductor unitario en todos estos planteamientos es la necesidad de cambiar de paradigma, pasando de una gestión individual a otra colectiva, de un lado, y de una intervención reactiva, incluso en el ámbito disciplinario, a otra preventiva y de protección de la salud psicosocial de las personas en general, y de la población ocupada en particular.

2. CONCEPTOS Y CONCEPCIONES: LAS ADICCIONES COMO PROBLEMA SOCIAL DE SALUD (PREVENTIVA, NO SÓLO ASISTENCIAL) Y DE PROTECCIÓN, NO DE DISCIPLINA

Si ninguna duda hay en torno a que la prevención de las adicciones y la promoción de la salud deben ser el área de actuación preferente frente a ellas, algunas hay sobre cuáles son esas adicciones, y en qué niveles de consumo de drogas (adicciones químicas) y de exceso de conductas (adicciones comportamentales), creadoras de problemas de salud (mental). De un lado, no existe a día de hoy ~~existiría~~ pleno consenso científico en torno a la calificación de las adicciones de nuestro tiempo como de trastornos de salud mental (sí respecto de las químicas; no respecto de las conductuales). De otro, tampoco sobre cuál es el patrón de conducta que, respetando la libertad de consumo -o de conducta- personal, como derecho a elegir, incluso una vida no saludable conforme al patrón “socialmente normalizado”, muta en problemático para una convivencia equilibrada entre libertad, responsabilidad social -y laboral- y bienestar psicofísico de la persona. Tanto el DSM-V (Manual de Diagnóstico y Estadístico) como el CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades) son convergentes a la hora de clasificar dentro de los trastornos mentales las drogodependencias (adicciones químicas), así como la ludopatía o juego patológico (especie del género adicción conductual). Ahora bien, mientras que el DSM-V descarta que la “adicción a los videojuegos” (adicciones tecnológicas) sea una adicción en sentido estricto (trastorno mental), salvo que implique apuestas, el CIE-11 sí considera que se trata de una verdadera adicción, implique o no apuestas.

Ninguno de los dos, en cambio, pese a los estudios científicos y las presiones a tal fin, incluye en sendos listados ninguna otra “adicción conductual”. En este sentido, sorprende que se acepte que ciertas aplicaciones de internet, los videojuegos en línea, puedan tener esa consideración de trastorno adictivo, pero no la “adicción a Internet” en sí misma. La literatura científica (X. Carbonell, 2014; Echeburua, E. y De Corral, P. 2010) sí tiende a reconducir los usos (consumos) excesivos de las nuevas tecnologías digitales en el ámbito de las adicciones conductuales. De ahí que, la E.N.A. promueva el desarrollo de programas preventivos (usos razonables) en relación a aquéllas. Fuera del juego patológico y de las adicciones tecnológicas, la E.N.A. no reconocerá expresamente ninguna otra adicción conductual.

Conviene precisar, pues, qué es una adicción. Para ello y dada la diversidad existente, nos centraremos en las nociones que más consenso suscitan en los marcos normativos que las tienen por objeto regulador. Así, cabe entender por “Adicción Química” (con sustancia):

“Todo patrón desadaptado de comportamiento que provoca una dependencia, física, psíquica o ambas, por abuso de sustancia¹, repercutiendo negativamente en las esferas psicológica, física y social de la persona y su entorno (Ley 5/2001 sobre Drogodependencias y Otras Adicciones de la Rioja).

1 Junto a las clásicas -alcohol, tabaco, estupefacientes, fármacos-, hoy se plantea la naturaleza adictiva de sustancias tan “normalizadas” -y necesarias en ciertas dosis- como el azúcar. Para el debate sobre el azúcar como droga vid. <https://diabetes-madrid.org/el-azucar-es-una-droga-o-actua-como-si-lo-fuera/>

Por adicción psicosocial o comportamental habría que entender:

“Toda conducta excesiva, que sin consumo de sustancias, se caracterizan 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).

En síntesis, las adicciones (químicas y conductuales) tienen como elementos caracterizadores:

Un fuerte sentimiento de compulsión para realizar la conducta (consumo de sustancia, usos excesivos de ciertos comportamientos)
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

Las dudas y diferencias que persisten en torno a la calificación de una sustancia (ej.: azúcar) o conducta (ej.: compras, sexo, trabajo) como “adicción”, esto es, como un problema de “salud mental”, tiene que ver con la concreta “concepción” sobre “salud mental” asumida. La concepción tradicional, la “biomédica” y “asistencial”, se centraba en la *identificación de daños a la salud* de las personas. Las más modernas, de naturaleza social, ponen su énfasis en los *efectos de mejora de la calidad de vida* y de sostenimiento de su capacidad de integración social. Incluiría todas las situaciones que, en virtud de una conducta (consumo de sustancia o comportamiento) de la persona pueda conllevar exclusión social e inseguridad ambiental. Si en la primera priman los aspectos psiquiátricos (trastornos), en la segunda tendrán prevalencia los ambientales (Tabla 1). Tanto la E.N.A. como la ECML acogen una concepción evolucionada, más socio-económica de salud (bienestar psicosocial integral).

Tabla 1. Concepciones de la salud mental y su influencia en el abordaje de las adicciones como problema de salud psicosocial

Tipo de concepción/ Aspecto diferencial	Concepción biomédica	Concepción comportamental (conductual y cognitiva)	Concepción socioeconómica
Salud mental (o psicosocial)	Ausencia de patología (proceso degradación biológica), conforme a un modelo médico	Capacidad Ajuste/ adaptación de conducta a contexto social normal y al sistema productivo	Derecho social a la protección de un equilibrio integral
Enfermedad (adicciones)	Emersión desordenes en el cerebro nocivos para forma voluntades	Desajustes de hábitos y forma distorsionada de pensar, sentir y actuar	Interacción de las condiciones socio-económicas con la conducta/creencia de cada persona
Modos Intervención	<p>Predomina tratamiento asistencial médico</p> <p>Promueve rehabilitación (prevención secundaria y terciaria)</p>	<p>Enfatiza aprendizajes de conductas adaptadas y corrección de formas de pensar falsas (creencias y mitos)</p> <p>Prevención mediante la reeducación (información/ formación)</p> <p>Promoción individual de estilos de vida saludable</p>	<p>Prima corregir los “modos” y las “condiciones de vida”</p> <p>Busca crear entorno saludable, no sólo estilos de vida saludables a fin de favorecer la elección individual</p> <p>Integra prevención con promoción de la salud en el trabajo</p>

Un claro efecto práctico de esta evolución del modo de comprender los problemas de salud mental (psicosocial, en sentido más amplio) es que, si ciertamente se acepta que no todo consumo (de drogas) ni toda y ejercicio o uso excesivo (de conducta) son adictivos, ni siquiera perniciosos o nocivos para la salud, sí que pueden generar riesgos, así como conflictividad en las relaciones (familiares, sociales, laborales, etc.), que precisan atención preventiva o, cuando menos, promocional, sino propiamente asistencial. Desde esta perspectiva, sea en el ámbito de las adicciones químicas (en especial respecto del consumo del alcohol), sean en el propio de las conductuales (en especial respecto del juego, las tecnologías, o la comida calórica), se llama la atención sobre la necesidad de conciliar la máxima protección de la salud con consumos u usos responsables (de sustancias, de conductas). Si en ambos casos los excesos resultarán muy a menudo nocivos para la salud, su consumo o uso, en sí mismo, tienen efectos terapéuticos o saludables (consumo moderado de alcohol, deporte, comida; o uso responsable del juego o de las tecnologías digitales, etc.).

La necesidad de distinción es máxima. 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 no sólo de su bienestar psicofísico (factor de pérdida de salud) sino también para su integración social (factor de vulnerabilidad social). No se trata, pues, sólo de “malos hábitos”, sino también, y sobre todo, *del grado de conflicto de relación* que deriva de ellos derivados de los desequilibrios personales y sociales que generan (E. ECHEBURÚA, E. 1999). Por lo tanto, conviene distinguir:

- a. **Consumos/usos responsables** -compatibles con la salud-.
- b. **Consumos/usos de riesgo** -se constatan factores precursores de riesgo, aunque no se actualiza todavía en daños graves-.
- c. **Consumos/usos problemáticos** o nocivos - a corregir por inconciliable claramente con la salud psicosocial o bienestar y la estabilidad relacional-.
- d. **Patrones de consumos/usos adictivos** en sentido estricto (enfermedad psiquiátrica o trastorno de salud mental; limitaciones psicofísicas para una vida relacional en plenitud de condiciones que las personas sin prevalencia de estos trastornos).

En realidad, sólo la cuarta situación es propiamente una enfermedad mental (asociada o no a otras, de diferente tipo). Pero eso no significa que, desde el punto de vista preventivo, e incluso desde la perspectiva promocional, los consumos/usos de riesgo y los problemáticos, no resulten de gran relevancia para las políticas diseñadas y puestas en práctica en los entornos afectados de la vida de las personas con factores precursores de tales consumos y/o conductas de riesgo y/o problemáticos (nocivos). Naturalmente, en cada caso, los tratamientos deberán de ser diferentes, si bien es cierto que no disponemos en todos los casos -sobre todo para las adicciones conductuales- de suficientes criterios para medir y fijar con precisión los diferentes niveles de nocividad (por su intensidad, por su duración, por su conflictividad relacional, etc.). En definitiva, los patrones adictivos, aunque comparten rasgos con los “hábitos inadecuados”, los impulsos (tendencia irrefrenable a la acción) y compulsiones (conductas repetitivas sin sentido), requieren otros elementos concurrentes para calificarse de tales. Ahora bien, desde la perspectiva de prevención de riesgos psicosociales aquí interesada, tanto los consumos de riesgo y problemáticos, cuanto las conductas excesivas y repetitivas constituyen una relevante cuestión de salud y de equidad social (y laboral) sean una auténtica “adicción” o no, porque todo desequilibrio 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.

3. EL CATÁLOGO (NO CERRADO) DE ADICCIONES: DEL PRINCIPIO DE PREVENCIÓN AL DE PRECAUCIÓN

Esta “concepción socio-económica” (funcional) de la salud mental integradora de la mera biomédica (esto ya sucede también en otros ámbitos concurrentes, como en el concepto de discapacidad) y el primado de la vertiente relacional-conflictual frente al meramente psiquiátrico de la noción de adicción, permiten ampliar el catálogo de adicciones. Éste incluye no sólo el tipo de adicciones químicas (con sustancia), sino también las “psicosociales” o “conductuales” (sin sustancia). Dejando de un lado la cuestión relativa al azúcar, muy polémica, las adicciones químicas son bien conocidas y no suele plantear problema su clasificación (ej.: toxicomanía, alcoholismo, tabaquismo, uso abusivo de fármacos -hipnosedantes-). No obstante, las normas más recientes suelen establecer una cláusula general abierta, a fin de que puedan atenderse las evoluciones que puedan producirse en la ciencia y en la práctica. De ahí que se incluya en el catálogo “cualquier otro elemento o compuesto... que responda a la definición general de sustancia con capacidad adictiva...” (Art. 2.1 g) 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias).

Pero el mayor problema está en las “conductuales”. Como anticipamos, comienza ya a acumularse suficiente evidencia científica en torno a la inclusión tanto del juego patológico (consolidado como trastorno psiquiátrico) cuanto a las llamadas “conductas excesivas” en el uso de las tecnologías digitales, incluidas las relacionadas con el uso de las redes sociales y los videojuegos (en vía de consolidación médico-psiquiátrica). Sin embargo, no sucede lo mismo para el resto de las potenciales conductas que pueden actuar como adicciones psicosociales, lo sean o no propiamente desde un punto de vista psiquiátrico. Al igual que para las adicciones con sustancia (químicas), también para las adicciones sin sustancia (conductuales) el listado está abierto. Desde un doble punto de vista, científico e institucional, el catálogo de conductas adictivas incluiría las 7 siguientes (*Tabla 2*):

Tabla 2. Adicciones conductuales propuestas por una creciente evidencia científica

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 (“ <i>Workaholics</i> ” o “ <i>trabajolismo</i> ”)

Precisamente, para evitar que en la realidad presente puedan estar desarrollándose una serie de “conductas excesivas”, potencial o realmente adictivas, sin atención “a los efectos de prevención, asistencia, inclusión social y reducción de la oferta -y de la demanda-”, por no estar catalogadas como adicciones oficialmente, también en los modernos marcos normativos se ha recogido el principio de precaución (típico de la prevención frente a los riesgos sociales del desarrollo económico en las políticas medioambientales). De especial utilidad el art. 2.4 de la Ley 1/2016, de atención integral a las adicciones del País Vasco, según el cual:

“Con base en el principio de cautela, las medidas de promoción de la salud y de prevención se extenderán 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 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 todo caso, es manifiesto que la inclusión de las adicciones conductuales en la E.N.A. obliga a introducir cambios en las políticas de gestión de aquéllas ya desde su fase de riesgo:

“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).

4. ADICCIONES Y MEDIO LABORAL: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

El carácter multicausal de los patrones adictivos

Es un lugar común reseñar la complejidad de los factores causantes de las adicciones (Tabla 3). A los nucleares -a veces genéticos- factores de vulnerabilidad personal, se añaden los sociales, económicos y laborales, interactuando para producir las sinergias que multiplican la vulnerabilidad y las probabilidades de que los consumos problemáticos y las conductas irresponsables lleguen a generar una adicción. Las relaciones no son inmediatamente causales, menos lineales, entre factores de riesgo y decisión final de consumo/conducta adictiva. Ni los entornos con condiciones socio-económicas favorables están libres de factores de riesgo ni los desfavorables dan lugar necesariamente a conductas adictivas. De ahí, la importancia de los factores de protección (elementos que disminuyen las probabilidades de patrones adictivos).

Tabla 3. Multicausalidad de las adicciones

FACTORES DE RIESGO	
NO LABORALES	LABORALES
<p>SOCIALES</p> <p>Tolerancia; disponibilidad; bajas garantías</p>	<p>ORGANIZACIÓN DEL PROCESO</p>
<p>FAMILIARES</p> <p>Conflictividad, malas relaciones de pareja...</p>	<p>PUESTO DE TRABAJO Y/O TAREAS</p>
<p>PERSONALES</p> <p>Baja autoestima, dificultad para resolver problemas y decidir, falta de habilidades emocionales, insatisfacción, gustos...</p>	<p>AMBIENTE LABORAL</p>

Contraste entre la percepción subjetiva de la prevalencia del factor individual y la constatación de la gran trascendencia de los factores ambientales

Sin perjuicio de esa complejidad causal, la OIT viene reclamando, desde hace más de dos décadas, el protagonismo del medio laboral tanto como fuente de factores de riesgo como fuente de factores de protección, haciéndolo un ámbito privilegiado para la gestión integrada del problema de las adicciones de la población (con y sin sustancias). Desde tal punto de vista, las adicciones en el medio laboral, desde la vertiente de la causas, tendría una triple utilidad (Gráfico 2).

1. Como factor de riesgo en sí mismo.
2. Como factor potenciador de otros riesgos (y conductas adictivas).
3. Como síntoma.

Gráfico 2. Relevancia de las adicciones en el medio laboral en el plano preventivo.

TRABAJO INFLUENCIA/PRESENCIA DE ADICCIONES

- **Factor de riesgo para sí mismo**
- **Factor de riesgo para la seguridad de terceras personas (compañeros, clientes...)**
- **Factor de disfunción productiva para la empresa**

Si bien hay acuerdo significativo, científico e institucional, en este funcionamiento complejo e interactivo de todos estos factores para el riesgo de conductas adictivas (con o sin sustancia), la mayor prevalencia para la activación de la espiral adictiva de unos factores u otros es objeto de discrepancias, según el punto de vista que se adopte. Los empresarios suelen primar los de índole individual, las instituciones internacionales suelen llamar la atención sobre los sociales.

RIESGO DE PATRÓN ADICTIVO=

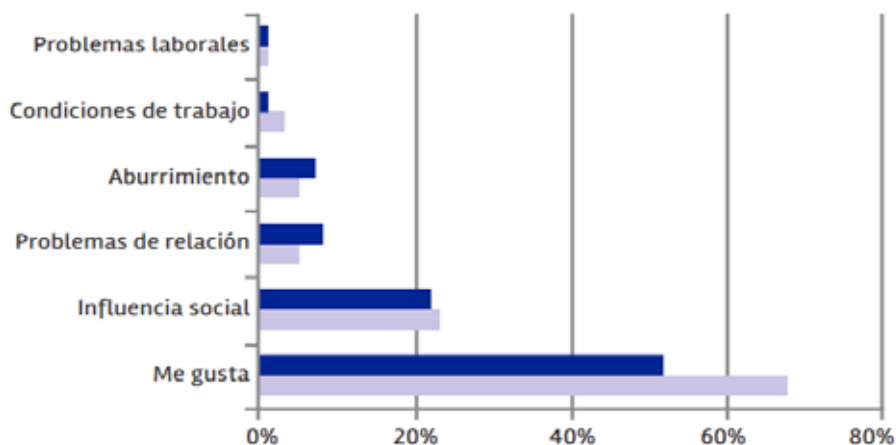
Grado de VULNERABILIDAD BIOLÓGICA
(patrón genético)

+ **ENTORNOS PRÓXIMOS**
(acontecimientos vitales de estrés o vivencias de desarrollo en la familia, trabajo)

+ **CONDICIONANTES SOCIALES** (ambiente socio-económico)

Paradójicamente, también los trabajadores, cuando son consultados, tienden a primar los factores subjetivos relativos a la “percepción” que las personas y empresas tienen de estos problemas, en especial del alcohol y del tabaco, que son las sustancias prevalentes entre la población laboral. Por lo tanto, ni trabajadores ni gestores perciben mayoritariamente la cuestión de las adicciones (consumos problemáticos de sustancias sobre todo) como problema asociado al trabajo, sino a decisiones individuales y a factores socio-culturales, “externos” a la empresa (Gráfico 3). Los Estudios basados en entrevistas concluyen que la convicción social es la de que “los factores que influyen en el proceso de la drogodependencia son, por este orden: la situación socio-familiar, la persona, la situación laboral y la sustancia”.

Gráfico 3.



Fuente: EDIS-FAD. *La incidencia de las drogas en el mundo laboral*, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. FAD. Madrid, 1996.

En el ámbito estrictamente preventivo de riesgos laborales, este contraste entre lo que se percibe (individual y socialmente), y lo que se constata científicamente, no es extraño, pues se da exactamente igual en relación a los accidentes de trabajo: mientras que la percepción es que los factores individuales (distracciones, exceso de confianza) estarían en la base de la gran mayoría de ellos, la constatación científica, tras el análisis técnico de las causas determinantes de accidentes reales, muestra que la prevalencia mayor está en los factores objetivos (modelo de organización del trabajo, condiciones laborales, falta de políticas preventivas, etc.)². Como es natural, la explicación de ese fuerte contraste entre la “realidad” y lo “percibido” estaría en la falta de una auténtica “cultura preventiva”, para los riesgos laborales, desde luego, y para los riesgos de patrones adictivos, influyendo aquéllos en estos, según la ECML 2013, también.

El tiempo parece aumentar la percepción individual y social de la influencia de los factores socio-económicos y laborales en derivas de patrones adictivos. Pero no se produce ningún cambio sustancial (Tabla 4).

² Vid. INSHT. *Análisis de mortalidad del accidente de trabajo en España*. INSHT. 2013. <http://www.oect.es/Observatorio/5%20Estudios%20tecnicos/Analisis%20de%20la%20mortalidad/Analisis%20de%20la%20Mortalidad%20por%20Accidente%20de%20Trabajo%20en%20Espa%C3%B1a%202013.pdf>

Tabla 4. Motivos para consumir drogas.

MOTIVOS PARA EL CONSUMO	AÑOS		
	2014	2004	1999
Para divertirse y pasarlo bien	51,5	59,2	55,1
Por curiosidad	40,4	48,2	47,3
deseo de sentir sensaciones nuevas	29,7	-	-
Por el gusto de hacer algo prohibido	19,3	37,9	32,0
Por moda	16,3	46,6	43,7
Por problemas laborales o sociales	14,1	6,5	15,3
Para ser como los demás	13,5	-	-
problemas con la familia o amigos	10,5	10,4	20,3
problemas médicos (calmar nervios o paliar sentimientos de inseguridad)	3,0	12,5	15,9

Fuente: FAD. La percepción social de los problemas de drogas en España.2014.

Los trabajadores son conscientes de los riesgos de inseguridad laboral y de los problemas de pérdida de productividad de las adicciones

Sin embargo, pese a esa percepción mayoritaria de las adicciones (a sustancias) como un problema de índole individual (preferencias personales, o vivencias traumáticas individuales y familiares), sí son absolutamente conscientes los trabajadores de los problemas que se crean en la empresa con tales consumos. La provocación de accidentes de trabajo y la pérdida de rentabilidad son las causas más asumidas como relevantes para intervenir en relación a tipos de conducta adictivas en el medio laboral (Gráfico 4).

Gráfico 4. Razones para intervenir en materia de drogas en el medio laboral.



La relevancia de las variables socio-laborales en la prevalencia de adicciones según la ECML

Pero la creciente evidencia empírica no sólo muestra las graves consecuencias en el medio laboral de los consumo problemáticos de sustancias (la novedad de la inclusión de otras adicciones, como las conductuales, dificultan la medición del impacto de éstas, aunque puedan establecerse paralelismos importantes), sino también su papel significativo en las causas. Desde este punto de vista, lo más interesante de la referida EMCL (2007 y 2013), como útil herramienta estadística que es, está en la desagregación que permite en los factores de índole laboral que inciden en la diversidad de prevalencias de consumos problemáticos y/o adictivos según las **variables socio-laborales**. La ECML 2013, trata de medir la magnitud de la asociación entre el consumo de sustancias y determinadas características laborales (situación laboral -ocupado o no-, sector de actividad, categoría ocupacional, jornada de trabajo y riesgos laborales, en particular, pero no sólo, los psicosociales). Asimismo, ofrece una visión global de las percepciones y opiniones de los trabajadores sobre el consumo de sustancias psicoactiva en el ámbito laboral y sobre algunas de las actuaciones llevadas a cabo en su empresa respecto de estos consumos.

Puesto que se han efectuado dos encuestas de esta naturaleza, la que se presentó en 2014, ofrece información comparada con la realizada en 2007, ofreciéndonos una imagen dinámica, evolutiva, no fija, por lo que suministra una información muy útil para poder valorar esa dimensión no sólo compleja sino dinámica y cambiante de las adicciones. El objetivo de dicha herramienta estadística no es sólo informativo (conocer para comprender), sino también práctico (saber más para actuar mejor). Se pretende que los os resultados sirvieran para el diseño y la evaluación, sobre la base del conocimiento, de políticas de empresa relacionadas con el consumo de drogas, que mejoren la seguridad y salud de la población trabajadora. De la ECML (2013-2014), se deriva que estos “factores de riesgo laboral” (Tabla 5) con mayor incidencia en la población con consumos problemáticos pueden agruparse de este modo:

1. Los que se derivan de la **actividad** propia de la seguridad privada.
2. Los derivados del **concreto puesto de trabajo (condiciones específicas de trabajo)**, en especial las relativas al tiempo de trabajo, pero también a la retribución, y expectativas de carrera profesional.
3. Los que nacen del tipo de **organización del trabajo**.
4. Los derivados del **ambiente o entorno** en que, en cada caso -muy cambiante- se presta el servicio de seguridad privada.

En efecto, si la Jornada de trabajo (partida -mañana y tarde-, continua de mañana, de tarde o de noche; turnos rotatorios) ocupa un lugar estelar, no menor es el papel reservado a los riesgos de seguridad (peligrosidad y penosidad), a los ergonómicos (estrés térmico, posturas y esfuerzos, etc.) y, sobre todo, a los psicosociales (trabajos de alta o baja tensión; trabajos intensivos; monótonos o rutinarios; falta de expectativas de promoción profesional; bajas retribuciones; inseguridad en el trabajo, etc.). Éstos son el mayor caldo de cultivo de las adicciones. Unos, los riesgos psicosociales, y las otras, las adicciones, terminan provocando un alto índice de daños a la salud (sensación de cansancio intenso o agotamiento, estrés, etc.).

Tabla 5. Factores de riesgo laboral que facilitan los consumos de sustancias

FACTORES DE RIESGO LABORALES QUE FAVORECE EL CONSUMO	
Organización del trabajo	Jornadas prolongadas/pocos descansos.
	Rotación horaria/trabajo nocturno.
	Ritmos de trabajo demasiado intensos.
	Escasa posibilidad de promoción profesional.
	Descansos durante la jornada laboral.
Puesto de trabajo	Trabajos repetitivos y monótonos.
	Condiciones climatológicas adversas.
	Contaminación y toxicidad ambiental.
	Trabajos aislados.
	Traslados frecuentes de puesto de trabajo.
	Disponibilidad de sustancias.
	Cultura del puesto y/o profesión.
Ambiente laboral	Competitividad/Conflictividad laboral.
	Inestabilidad laboral.
	Consumidores en el centro y tolerancia.
	Accesibilidad general a ciertas sustancias.

Pero, se decía, el entorno-trabajo o el ambiente-empresa no puede ni debe verse sólo como fuente de factores de riesgo, sino también como **factores de protección**. La adopción de condiciones de trabajo que enerven o corrijan los factores de riesgo identificados en la ECML actuará, por lo tanto, como medidas que neutralizará o reducirá la incidencia de los factores de riesgo de otra índole (personal, social, familiar). Por lo tanto, por “factor de protección laboral” podemos entender toda situación, condición o elemento relacionados con el trabajo susceptible de disminuir la probabilidad (riesgo) de que se produzca el consumo problemático, el abuso de sustancias o las conductas excesivas con riesgo de generar adicciones. Las normas colectivas reguladoras de condiciones de trabajo, así como las políticas de empresa, tendrán un papel destacado, pues, en un sentido -de riesgo- u otro -de protección (Tabla 6).

Tabla 6. La dialéctica factores de riesgo versus factores de protección del entorno laboral

FACTOR/VARIABLES	DE RIESGO	DE PROTECCIÓN
Condiciones de empleo	<ul style="list-style-type: none"> • Inseguridad en el empleo • Trabajo externalizado (redes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de seguridad o garantía de empleo
Condiciones contractuales: jornada y retribución	<ul style="list-style-type: none"> • Jornadas prolongadas e inseguridad de descansos • Devaluación de condiciones • Baja expectativa de carrera 	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de conciliación de la vida laboral y familiar • progresión profesional • Mejoras acción social
Condiciones materiales de trabajo: ambiente físico	<ul style="list-style-type: none"> • Continuidad trabajos tóxicos • Estrés térmico 	<ul style="list-style-type: none"> • Compromisos eliminación puestos tóxicos o peligrosos • Evaluaciones ergonómicas
Riesgos psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Elevada carga de trabajo • Ritmos intensivos • Nocturnidad/aislamiento • Insatisfacción relacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de factores de riesgo psicosocial • Calidad de clima relacional



5. PREVALENCIAS DE ADICCIONES Y MÉTODOS PSICOMÉTRICOS: LAS ADICCIONES DE LA POBLACIÓN LABORAL EN CIFRAS

Prevalencia de consumos problemáticos en población trabajadora

Al igual que sucede en el ámbito de los riesgos laborales en sentido estricto, también para la estimación de la prevalencia de consumos problemáticos, la ECML atiende al criterio del **sector de actividad**. Sectores como construcción y la hostelería ocupan una posición de mayor prevalencia, frente a otros, como los servicios públicos, donde es inferior (Tabla 6).

Tabla 7.

	Alcohol	Tabaco	Hipnosedantes	Cannabis	Cocaína
Construcción	19,4	43,4	4,8	11,7	3,9
Hostelería	11,3	42,6	8,2	10,9	4
Agricultura, pesca...	13,5	40,2	4,1	7,2	2
Actividades artísticas, recreativas, deportivas	7,3	34,1	6,5	10,4	5,6
Manufacturas y suministros	11,6	36	6,6	6,2	2,4
Transporte, almacenamiento...	11,1	32,3	5	6,9	2,3
Comercio y reparación vehículos a motor	8,7	33,5	6,2	6,6	2
Servicios a empresas	10,5	30	7,8	5	2,3
Servicios a personas	4	28,8	10,9	4,3	1,2
AAAPP (servicios)	8,4	25,8	8,6	3,6	1,3
MEDIA	10,5	33,8	7,3	6,7	2,4

Fuente: ECML-2013.

Asimismo, **las condiciones de trabajo** en que se prestan los servicios asalariados y los entornos en los que se desenvuelve, también son factores significativos a la hora de explicar las diferencias de consumos problemáticos. Aunque los factores sociodemográficos (el sexo, la edad), juegan un papel también modulador de estas prevalencias, los laborales presentan una gran incidencia, también dependiendo del tipo de sustancia (Tabla 8).

Tabla 8. Porcentaje de personas con consumos problemáticos según sus condiciones de trabajo. Porcentajes que superan la media de los factores analizados en la ECML-2013.

Condiciones de trabajo y riesgos laborales prevalentes	Consumo diario alcohol	Consumo de riesgo de alcohol	Tabaco	Cannabis	Hipnose-dantes	Cocaína
Jornada partida	12	4'9	35'2	6'8	6'6	2'4
Turno de noche	11'5	7'7	49'1	12'2	9'7	2'6
Turnos rotatorios	11	5	32	6'5	8'4	2'6
Trabajos rutinarios	9'7	5'4	35'5	7'4	8'8	2'7
Penosidad laboral	13'1	7'2	39'7	9'4	8'1	3'2
Trabajo con calor o frío (estrés ambiental)	15'1	7'7	39'6	9'6	7'8	3'8
Trabajo peligroso	13'7	6'7	36'9	8'6	7'5	3'3
Largos desplazamientos	11'4	7'4	36'9	8'6	5'4	3'8
Inseguridad laboral	10'6	5'5	37'2	8'2	8'3	3'1
Conflictividad laboral	11	5	32'7	7'2	7'3	2'9
Promoción profesional	11	5	34'7	6'8	8'3	2'3

Prevalencias de juego patológico (ludopatías)

La falta de inclusión de las adicciones conductuales en la ENSD ha determinado que no existan estudios de esta envergadura sobre las prevalencias de tales adicciones en la población trabajadora respecto del conjunto de la población. La puesta en práctica de la E.N.A deberá cambiar esta situación. En todo caso, sí se dispone de Estudios de cierta solvencia en torno a las prevalencias de las nuevas adicciones conductuales en la población, tanto nacionales como de otras experiencias europeas. Por lo que hace al “juego patológico” (ludopatías), la llamada Estrategia de Juego Responsable (recientemente renovada -Programa e-LUDO 2018/2021-) ha venido justificando **una reducción de tasas de prevalencia de la ludopatía sobre la base del perfeccionamiento de los métodos psicométricos.**

Los más antiguos utilizaban el IGB (*Inventory of Gambling Behavior*) y posteriormente el SOGS (*South Oaks Gambling Screen*). Los porcentajes de ludopatías más elevados derivarían de los “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 las prevalencias (Tabla 8). No obstante, estudios autonómicos con metodologías más recientes,

si bien ofrecen también índices notablemente inferiores a la década de los años 90, son algo superiores, en especial en el colectivo de jugadores de riesgo, a los que ofrece la estadística estatal. De este modo, se entiende que el problema de patrón nocivo y/o adictivo **afectaría en torno al 2 por cien** de la población.

Tabla 9. Comparación de índices de prevalencia de los diversos niveles de riesgo. Fuente Elaboración propia.

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

Una vez más, la percepción social es diferente. La convicción es que el juego patológico crece, sobre todo en los jóvenes, por su “enganche” a las nuevas tecnologías digitales. Sea como fuere, lo cierto es que están cambiando las modalidades de juego patológico, poniéndose de relieve la influencia de ese doble factor, demográfico -edad- y tecnológico. Las “viejas tragaperras” dejan su lugar a los modernos juegos de apuestas online (Gráfico 5).

Gráfico 5. Nuevas altas por tipo de juego en las Asociaciones de Ayuda al Ludópata. Fuente APAL. El País.



Fuente: Apal. EL PAÍS

Otro contraste de percepciones y realidad (estadística). Prevalencias de los usos excesivos de internet en la población

Un contraste análogo entre la percepción social, ampliamente difundida a través de los medios de comunicación, así como en un buen número de estudios científicos, sobre todo de índole cualitativo, y la realidad empírica actualmente contrastada, se da en relación a los usos excesivos de las nuevas tecnologías digitales. Entre las diversas metodologías desarrolladas en este tiempo para medir la llamada “Escala de dependencia” o “estrés cibernético”, de especial relevancia es el denominado “Test de ORMAN” (MATAS, A., 2015):

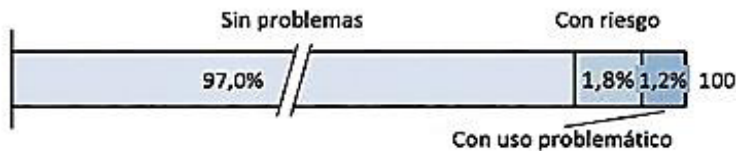
Escala de dependencia (o de estrés cibernético) de ORMAN

- 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, según esta metodología psicométrica, varios estudios empíricos ponen de relieve un índice de prevalencia de las adicciones tecnológicas de entorno al 3 por cien (Gráfico 6). Sería el caso del recogido en el VI Plan Vasco de Adicciones. Este porcentaje es análogo al que se alcanza en otros estudios de países de alta digitalización, como EEUU o Reino Unido.

Gráfico 6. Estudio vasco de prevalencias de uso de internet excesivo según test de Orman.

Distribución de la población usuaria de internet en función del nivel de riesgo (Test de Orman)



En todo caso, y en espera de que la nueva ECML registre prevalencias respecto de usos excesivos de la tecnología digital en la población trabajadora, parece claro que los procesos de transformación digital de las empresas serán factores de riesgo muy relevantes. Desde luego, ya lo están siendo para los “riesgos psicosociales” (por la continua conectividad, incluso fuera de la jornada de trabajo), y, siguiendo el enfoque de la ECML, seguramente también lo será respecto del riesgo de adicciones, como ya evidencia la literatura científica más reciente. Precisamente, 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.

Las diferencias de prevalencia en la "adicción al trabajo" en función de la diversidad cultural y de condiciones laborales los mercados nacionales de empleo

En conexión muy estrecha con esta transformación digital y sus efectos potenciales de tipo adictivo, otra forma de adicción conductual se asocia netamente al trabajo, pudiéndose calificar de auténtico "riesgo psicosocial" relacionado con el entorno laboral: la "adicción al trabajo" o "workaholism". Se trataría de una situación de desequilibrio relacional y emocional de quien trabaja de forma no sólo excesiva sino también compulsiva. Tres serían los elementos caracterizadores (M.A. CLARK, 2016):

- La persona no sólo trabaja muchas horas (más de 55 horas semanales), sino que se siente obligado internamente a ello (interioriza un compromiso permanente con el trabajo).
- Piensa constantemente en el trabajo, incluso en tiempo de descanso (confusión de esferas de vida por la conexión laboral, interna y externa, permanente).
- Trabaja más allá de lo que razonablemente se espera, a pesar de experimentar efectos negativos (vive conflictos relacionales por el sobre-trabajo; agotamiento; estrés).

La adicción no debe confundirse con el "*trabajo excesivo*". El número de horas de la jornada no es el factor determinante, existiendo una correlación sólo moderada entre ambos conceptos. Tampoco debe confundirse con el "*trabajador comprometido*" (versión positiva). En todo caso, se identifica con un *proceso progresivo de degradación biopsicosocial*.

Aunque existen relevantes aportaciones doctrinales sobre esta adicción (Del Libano et al., 2006; Salanova, M. et al. 2008, NTP 759), son escasos los estudios empíricos. Algunos, sobre modelos matemáticos (ej. Grupo WONT, Universidad Jaume I Castellón, 2012) estiman el porcentaje de personas adictas a su trabajo, en 2012, en torno al **4,6%**, con una previsión de incremento de prácticamente el triple (**12 %**) para el año 2015. De ese modo, España se situaría hoy en la media de la OCDE (**11 72%**). En otros países europeos, siguiendo un método psicométrico diferente (*Bergen Work Addiction Scale -BWAS-*), se ha identificado la existencia de diferentes porcentajes de prevalencia de la adicción al trabajo en atención a características del mercado de trabajo nacional. Así, mientras que en países con una cultura del trabajo más racional y estable, como Noruega, la incidencia sería de entorno al **8%**, para los países, como Polonia, con culturas de trabajo más precarizadas e inestables, se incrementa al **14%**.

En estos Estudios se confirmaría, respecto a los factores de riesgo, que si, ciertamente, el tiempo dedicado al trabajo no es un criterio definitorio para la adicción en sí, los adictos al trabajo tienden a pasar más tiempo trabajando. Pero el factor más relevante sería el vinculado a las características socio-económicas y culturales de los mercados de trabajo³. Asimismo, en el plano de los efectos nocivos para la salud mental, las relaciones causales serían estrechas:

- Los trabajo-adictos tendrían tres veces más probabilidades de informar niveles clínicos de TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad)
- Presentan mayores porcentajes de trastornos del sueño
- Dos veces más de probabilidad de depresión que los no adictos al trabajo.
- Tienen una mayor prevalencia de las enfermedades vasculares (coronarias, pero sobre todo accidentes cerebro-vasculares) (Salanova, 2106; Mika Kivimäki et al. 2015).

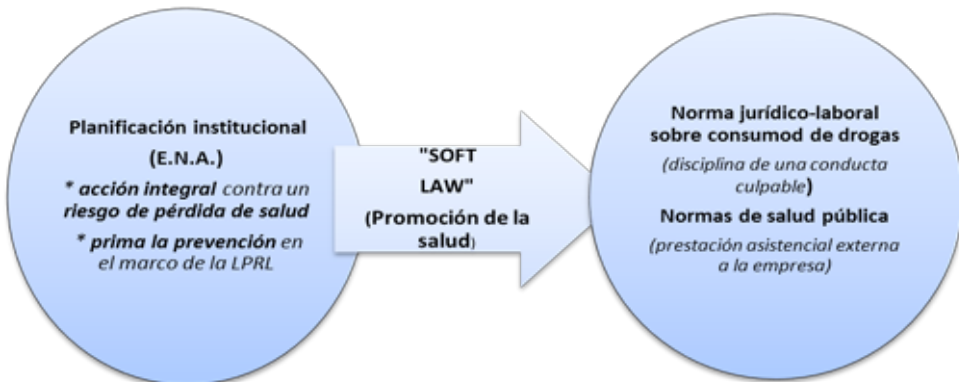
³ SCHOU ANDREASEN, C., GRIFFITHS, M., HETLAND, J., PALLESEN, S., "Work addiction in Poland: adaptation of the Bergen Work Addiction Scale and relationship with psychopathology". 2017. http://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/31454/1/8971_Griffiths.pdf

6. MARCOS ESTRATÉGICOS Y NORMATIVOS LABORALES: PROGRESOS Y RESISTENCIAS PARA EL CAMBIO HACIA UN PARADIGMA PROACTIVO

En suma, tanto en el plano cualitativo (trascendencia social de los bienes en juego: la salud de las personas; el bienestar de una sociedad), como en el plano cuantitativo (creciente incidencia de las adicciones, químicas y conductuales; graves problemas de accidentalidad y de enfermedades; altos costes para las empresas y el sistema sanitario, etc.), bien se justifica una mayor apuesta por la prevención de los riesgos y promoción de la salud frente a las adicciones. Esa es el sentido de la nueva E.N.A.

Ahora bien, el principal problema al que se enfrenta esa E.N.A es análogo al de la ENSD precedente: la disociación entre el marco estratégico e institucional, que apuesta por el enfoque de gestión integral y proactiva (da preferencia a la acción preventiva respecto de la acción médico-asistencial, sin renunciar a ésta fallida aquélla), y el marco regulador de las relaciones de trabajo, donde sigue predominando la dimensión reactiva y disciplinaria (Gráfico 7). En los marcos de planificación institucional y estratégica, estatal y autonómicos, el centro de atención para abordar las adicciones en su relación con los factores de entorno socio-laboral, como riesgo y como protección, está situado en el *sistema de gestión de seguridad y salud en los lugares de trabajo* (la conocida Ley de Prevención de Riesgos Laborales -LPRL-), al que se añadiría el *sistema de promoción de la salud laboral* (Leyes de Salud Pública, estatal y autonómicas). En cambio, las adicciones siguen siendo, en el ámbito laboral estatutario, una fuente de conductas infractoras que requerirían de la decisión disciplinaria, salvo que existiese compromisos (voluntarios) de gestión asistencial de las situaciones en que se acreditara que se está ante un trabajador enfermo (adicto en sentido médico) y se someta a tratamiento.

Gráfico 7. Disociación entre el marco estratégico (proactivo) y el laboral (disciplinario).



Consecuentemente, salvo que exista un marco convencional colectivo específico a tal fin (marco convencional de gestión de adicciones, protocolo acordado de gestión integral de las adicciones), que convierta la política de empresa frente a las adicciones en obligatoria, se entiende que el camino para transitar desde el marco estratégico (proactivo) al marco laboral

estatutario (reactivo), corrigiendo éste en virtud de aquél, serían las políticas de promoción de la salud en el trabajo (PST). Al respecto, el mejor ejemplo de “buena práctica reguladora” en la materia está en los arts. 19-20 Ley 1/2016 vasca, donde diseña un programa completo en plena sintonía con lo que ahora prevé la E.N.A., que se alimenta de experiencias autonómicas.

En síntesis, el marco normativo vasco contiene un programa de regulación y de gestión completo de las adicciones en el trabajo, así como “al trabajo”. Sus aspectos clave son:

1. El sistema normativo competente principal para promover la acción proactiva sería el de la seguridad, salud y bienestar en el trabajo (coincide con la ENSD precedente).
2. La fuente de regulación preferida para establecer los criterios y pautas es 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.
4. Un contenido básico o mínimo de tales acuerdos:
 - a. Medidas de mejora preventiva (promoción de entornos laborales saludables).
 - b. Medidas de protección frente a la potestad disciplinaria (cláusulas de modulación).
 - c. Garantías de conservación del empleo (derecho de conexión con el puesto de trabajo).
 - d. Garantías de protección antidiscriminatoria de las personas afectadas por adicciones.

La negociación colectiva, en definitiva, tendría un importantísimo papel que cumplir para actualizar en la práctica el nuevo marco estratégico frente a las adicciones. Su intervención es clave en todas las facetas de la acción integral (preventiva, asistencial, promocional, y disciplinaria, claro) (Tabla 10).

Tabla 10. Marco convencional gestión (integral) de las adicciones en el entorno laboral

Función disciplinaria	Función asistencial	Función promocional	Función preventiva
Régimen infractor	Mejoras sociales (eje de la incorporación social)	Programas fomento de hábitos de vida saludable	Planes de corrección de los factores de riesgo laboral Vigilancia de la salud Deber de adaptación de puestos de trabajo

7. LA ACCIÓN PROACTIVA FRENTE AL RIESGO DE ADICCIONES: LA INTEGRACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL SISTEMA PREVENTIVO COMO CLAVE DE ÉXITO

La recomendación institucional internacional de integrar las adicciones en las evaluaciones de riesgos psicosociales y confirmación empírica de su eficiencia-eficacia

Primar la vertiente preventiva de las adicciones como riesgo psicosocial que es, si bien no se asocia exclusiva, a veces ni siquiera prevalentemente, al entorno laboral, significa pone el acento en un “conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios destinados a potenciar los factores de protección y a reducir la incidencia y la prevalencia de los factores y conductas de riesgo precursoras de las adicciones”. Pues bien, los nuevos marcos estratégicos y normativos sobre adicciones llamarían a una gestión de los factores que favorecen la aparición de adicciones integrándolos en la evaluación de riesgos en general, y de riesgos psicosociales en particular (dada la relevancia que otorga la ECML a estos), y de los factores que protegen frente a ellos en la acción preventiva en general, e intervención psicosocial en particular. Pero no sólo ellos, pues este enfoque integrado es el reclamado por la OIT.

La OIT viene insistiendo, a través de su conocido programa SOLVE (Gráfica 8) en que la **promoción de la salud en el lugar de trabajo -PST-⁴** es eficaz cuando complementa y se articula con las **políticas de seguridad y salud en el trabajo -SST-, de conformidad con el sistema preventivo de la LPRL (Arts. 14-16)**. Consecuentemente, las políticas de SST no sólo se deben dirigirse a la prevención de los accidentes y enfermedades asociados directa al trabajo, sino que han de contribuir a la mejora de la salud y el bienestar generales de la población.

Gráfica 8. Paradigma SOL VE de integración de la PST en la SST. Fuente OIT.



4 Se entiende por Promoción de la salud todo proceso que permite a las personas 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 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

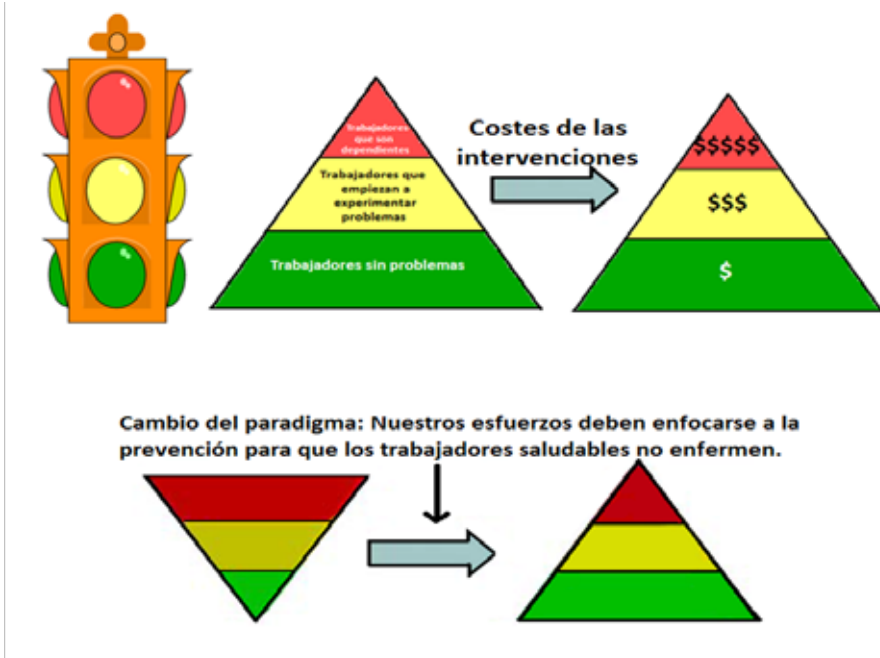
La eficacia de este modelo de integración de la PST en la SST en un sistema integral y unitario no es sólo una recomendación institucional (autonómica, estatal e internacional), sino que estaría verificada por la segunda Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER-2). En esta 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 11).

Tabla 15. Relación positiva entre la SST y la PST. Fuente ESENER-2.

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%

En suma, todas las evidencias científicas, acumuladas a través de estudios teóricos y de análisis empíricos, así como las principales recomendaciones de las instituciones más solventes en la materia, que sirven de trasfondo a la reciente E.N.A (2017-2024), convergen en la idea de que el principal objetivo de las políticas de gestión de las adicciones en el entorno laboral no ha de ser tanto las personas ya adictas, que requieren intervención asistencial, sino todas las que, en situación de riesgo, aún no han enfermado. Este “cambio de paradigma” (Gráfico 9), del mero asistencial y médico, al preventivo-promocional (concepción biopsicosocial de la adicción -y de la salud mental-), que en nuestro sistema refleja la ECML (para las adicciones químicas, pero que habría que proyectar, más si cabe, como se vio, para ciertas adicciones conductuales, como las adicciones tecnológicas, adicciones al trabajo), no tendría sólo una razón de ser social o de protección de la salud y el bienestar. Además de ella, existirían poderosas razones de índole económica (reducción de costes, incremento de productividad, etc.), que reclaman esta misma dirección, en línea con el modelo de prevención de riesgos laborales como inversión productiva, no ya como gasto social

Gráfico 9. Razones de eficiencia para el cambio de paradigma en la gestión adicciones.
Fuente OIT. Programa Solve



De la codificación (empresarial o convencional) de los factores de riesgo al diseño y puesta en práctica de un plan de gestión integral del riesgo de adicciones

Sobre esta base institucional, conceptual e instrumental, el proceso de gestión integral en los entornos laborales de las adicciones debe seguir el camino (ciclo o proceso) preventivo típico del sistema de seguridad y salud en el trabajo. En última instancia, estamos ante un riesgo psicosocial de las personas que en la empresa trabajan, así como factor de riesgo de seguridad para los compañeros que con ellas prestan servicios, y no ya necesariamente cuando debute la enfermedad adictiva (al margen de su origen, común -lo habitual- o profesional -en su caso, de prevalecer los factores laborales, lo que será de difícil acreditación-). Por eso, en una primera fase, habrá, como se ha recordado, que evaluar los factores de riesgo asociados al entorno laboral (conforme a la guía muy útil que representa la ECML 2013; Gráfico 10), para luego, en otra, identificar los factores de protección frente a los mismos. De la evaluación de los factores de riesgo, pues, habrá que pasar a integrar dentro del Plan de Riesgos Laborales el programa de gestión de las adicciones como riesgo (psicosocial complejo, tanto externo como interno a la empresa), de conformidad con el art. 16 LPRL (Gráfico 11).

Gráfico 10. Secuencia de codificación
(empresarial -plan de evaluación- o convencional -por convenio colectivo -ej. Art. 40 CC Hostelería Las Palmas-) de los factores de riesgo de adicciones diferenciados por sectores de actividad.

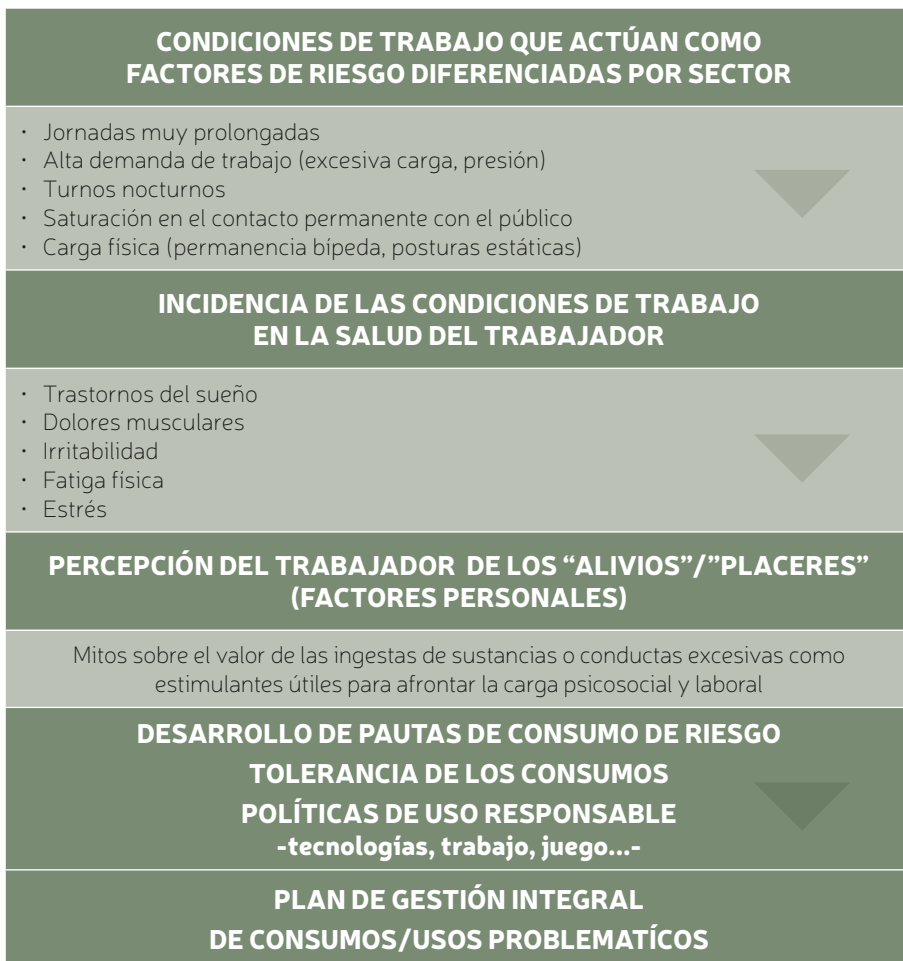


Gráfico 11. Integración en el Plan de PRL del Plan de Gestión Integral de las Adicciones como riesgo psicosocial.

PLAN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (ART. 16 LPRL)





8. REPERTORIO DE “BUENAS PRÁCTICAS” (EMPRESARIALES Y CONVENCIONALES): UNA SELECCIÓN

Ciertamente, como subyace a la evaluación que sirve de trasfondo a ciertas novedades de la E.N.A., estas previsiones institucionales, normativas y de evidencia científica, no hallan un desarrollo suficientemente significativo en las empresas de nuestro país, pese a que se asumen las recomendaciones en el máximo nivel de diálogo social y autonomía colectiva español (III AENC). Sin embargo, no cesan de crecer las experiencias convencionales y empresariales que toman como referencia la dimensión preventiva de las adicciones en el entorno laboral.

Al respecto, brevemente, los estudios específicos realizados a tal fin en los últimos años, ponen de relieve al menos tres tipos de prácticas. Unas, relativas a la inclusión en los convenios colectivos de **un plan integral de gestión de las adicciones** (fundamentalmente de las químicas, pero genéricamente se refieren también a otras, aunque no de especifican, salvo las ludopatías). El paradigma sería el **art. 55 II CC Estatal de empresas de acción e intervención social**. En él, tras razonar la dimensión de riesgo psicosocial complejo de los consumos nocivos, se aportan argumentos para promover un plan de gestión integral:

“El consumo de drogas... implica problemas de salud con repercusiones individuales y colectivas. El inicio o incremento del consumo de drogas en el medio laboral viene en muchos casos determinado por condiciones de paro, precariedad o malas condiciones de trabajo. De ahí que se estime conveniente incluir en este convenio.... el siguiente plan integral...

A partir de aquí, este tipo de cláusulas convencionales establecen diferentes mandatos y atribuciones de competencia, a fin de dotarlos de contenido. A saber:

1. **Preventiva.** Se priorizarán medidas educativas, informativas y formativas que motiven la reducción y el uso inadecuado de drogas y promuevan hábitos saludables. Asimismo se potenciará la modificación de factores de riesgo y la mejora de las condiciones de trabajo.
2. **Asistencial.** Se facilitará el acceso a los programas de tratamiento de las entidades del sector a aquel personal que lo solicite.
3. **Reinsertiva.** El objetivo fundamental de toda acción es devolver la salud al sujeto y facilitar la reincorporación del personal a su puesto de trabajo.
4. **Participativa.** Toda iniciativa o programa empresarial de carácter colectivo relacionados con las drogodependencias será consultada, con carácter previo, a la representación legal.
5. **No sancionadora.** El personal que se acoja a un programa de tratamiento no podrá ser objeto de sanción o despido por esta causa o por las acciones derivadas de la misma y se le asegurará su reincorporación inmediata a su puesto de trabajo si es necesario.

Estos principios serán desarrollados en el ámbito de cada entidad junto con la representación legal de los trabajadores si la hubiera”.

Otras prácticas, en cambio, algo más extendidas y en ascenso, concretan su acción más proactiva en la firma, con previsión convencional o no, de un “**protocolo de gestión de las drogas**” (y ludopatías), a fin de fomentar un enfoque de acción más asistencial, evitando el tradicional enfoque disciplinario y reconduciendo el tema de las pruebas de detección de consumos desde la lógica disciplinaria tradicional hacia la preventiva promovida por la E.N.A. Con inclusión expresa en el convenio colectivo, destaca el **art. 30 del Convenio Colectivo de la empresa OPEL ESPAÑA, S.L.U.** (BOP Zaragoza núm. 61 de 16/03/2018). Establece un programa de “lucha contra el alcohol, las drogas y la ludopatía”. Las razones son las dadas por la OIT:

“El consumo de alcohol y drogas en el ámbito laboral, además de una disminución de las facultades físicas y psíquicas en los individuos, conlleva un incremento en el riesgo de accidentes, teniendo presente que dicho riesgo no sólo afecta al individuo sino también a sus compañeros de trabajo. Por otra parte, la ludopatía se ha incorporado en nuestra sociedad como una nueva forma de dependencia de las personas, afectando a su salud y a su entorno personal y profesional. **La OIT recomienda a todas** las empresas y sindicatos la importancia de ayudar a las personas que tienen problemas con el alcohol y otras adicciones...”

Vemos, pues, que se concreta en la práctica las recomendaciones arriba recordadas, tanto en el ámbito estatal y autonómico, como internacional. En esta línea, se acuerda una regla o principio de “participación del Comité de Empresa y Sindicatos, y su cooperación con el Departamento de Prevención y Comités de Seguridad y Salud en el trabajo” como presupuesto necesario para “el desarrollo de una prevención eficaz de este tema”, dentro “*de las funciones del comité central de seguridad y salud de Opel España, S.L.U.*”. No obstante, pese al enclave de naturaleza preventiva, el procedimiento acordado se centra fundamentalmente en la faceta asistencial: “Programa de ayuda a empleados (PAE)”, con contenidos informativo-formativos sobre riesgos y medidas de apoyo para quienes se vean afectados por adicciones, siempre que se comprometan expresamente con la rehabilitación

En una línea análoga, incorporando este tipo de procedimientos de gestión de drogas y otras adicciones en el convenio colectivo, destaca **la experiencia de la empresa ACOSOL**. El art. 63 de este convenio (seguridad y salud en el trabajo) remite expresamente al protocolo que se firmó con los sindicatos más representativos: “En cuanto a la prevención e intervención de drogodependencia, alcoholismo y ludopatía, se estará a lo acordado en el Protocolo firmado”. Entre otras cosas, dado su carácter integral, por lo que contempla una vertiente preventiva, en él se cuida de excluir que las pruebas de detección supongan “un control disciplinario”, pues sólo tendría una finalidad de vigilancia de la salud ex art. 22 LPRL.

Otros muchos en esta línea no tienen anclaje en un convenio colectivo, pero sí asumen un procedimiento de gestión no disciplinaria, sino asistencial y ocupacional, de las adicciones, en especial de las químicas. Entre otros, el propio del Ayuntamiento de Bailén, el de ACERINOX y AUCORSA, o ADIF, FCC, HEINEKEN, CC EASYJET HANDLING, SPAIN, GENERAL MOTORS, etc.

En un tercer grupo, el mayoritario, se incluye **medidas laborales individualizadas que son susceptibles de actuar como “factores de protección socio-laboral”** frente a adicciones. En especial destaca la cuestión de desactivar el rigor disciplinario ya referido de nuestro marco de regulación estatutaria laboral (art. 52 f) ET). Ejemplos de estas **cláusulas convencionales de garantía de conservación del empleo** (derecho a la no desconexión ocupacional):

Art. 47. Faltas muy Graves.

f. La embriaguez habitual o toxicomanía si repercute negativamente en el trabajo.

*No obstante, **cuando el trabajador se someta a un programa de desintoxicación y reinserción, causará derecho a la conservación del puesto**, situándose en excedencia. El reingreso deberá ser solicitado dentro del mes siguiente al de su alta por curación.*

Convenio colectivo de manipulado y envasado de frutas, hortalizas y flores de Almería

Art. 66. Excepción al régimen sancionador (CC EASYJET HANDLING, SPAIN).

*“En los supuestos... de las faltas graves y muy graves y siempre que el/la trabajador/a **manifieste su condición de alcohólico o drogodependiente y demuestre documentalmente no sólo su predisposición a iniciar un tratamiento de su enfermedad, sino la realización del mismo, durante el tiempo que fuese necesario, se suspenderá la efectividad de las sanciones que determina este régimen disciplinario...**, en tanto en cuanto no vuelva a producirse”.*

Pero de especial importancia resultan las cláusulas convencionales que **tratan de evitar que la autorización para hacer pruebas de detección de drogas** -para el control de usos excesivos servirán las facultades empresariales de monitorización de ordenadores propiedad de la empresa, ciertamente problemáticos desde el punto de vista de la garantía de intimidad, en línea con lo que sucede para los controles de consumos de drogas- **tengan una finalidad de disciplina**, y sea un útil de vigilancia de la salud realmente. Se trata de una cuestión delicada, en la que se entrecruzan diferentes derechos e intereses legítimos, pero respecto de la que ha de primar la perspectiva tanto preventiva (vigilancia de la salud) y de confidencialidad.

Buena práctica de regulación convencional de reconocimientos médicos para detectar consumos, pero sólo con finalidad preventiva y terapéutica.

Artículo 26 del Convenio Colectivo Sectorial Estatal de Empresas de Seguridad.

“En razón de los servicios a prestar, cuando se aprecien comportamientos extraños de carácter psíquico y/o farmacológico, de especial intensidad y habitualidad, la Empresa, por propia iniciativa, a instancia del interesado, o a la de la Representación de los Trabajadores, pondrá los medios necesarios para que...sea sometido a reconocimiento médico especial y específico, que contribuya a poder diagnosticar las causas y efectos y facilitar el tratamiento adecuado...”.

En menores ocasiones, también aparece en la regulación convencional medidas de claro signo preventivo, de modo que se atribuye a las personas con patrones adictivos la condición de “personas vulnerables”, y, en consecuencia, se le hacen extensivas las garantías que el art. 25 LPRL prevé para las “personas especialmente sensibles” a riesgos laborales. Si bien, formalmente, no es correcto identificar a las personas con patrones de conducta de tipo adictivo como “especialmente sensibles a riesgos laborales”, dado que el origen del problema de adicción es múltiple, como se recordó, es evidente que la negociación colectiva puede -y a nuestro juicio- debe mejorar la protección en tales casos. De ahí la utilidad de esta cláusula:

Ejemplo de buena práctica convencional de gestión proactiva de situaciones de consumos de riesgo y/o adictivos de trabajadores: el derecho a la adaptación de puestos de trabajo

Artículo 45. Ampliación de los derechos de los trabajadores. A la protección de su salud.

Todo/a trabajador/a en su relación de trabajo tendrá los siguientes derechos específicos:

En el espíritu general de la necesidad de adaptar los puestos de trabajo a las características individuales de las personas y no al revés, esa adaptación se realizará con especial atención para los/las trabajadores/as minusválidos y discapacitados igual en toxicomanías y consumo de drogas, a fin de garantizar su plena integración laboral, evitando el desarrollo de tareas «marginales».

Convenio colectivo entre las empresas y los/as trabajadores/as dedicados/as al cultivo de tomate por el sistema de incentivos a la producción en la provincia de Las Palmas

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAVV. (Cristóbal Molina-Margarita Miñarro-Antonio Álvarez-Jesús García-Estefanía González) *Drogodependencias y adicciones en los ambientes de trabajo: Buenas prácticas de regulación y gestión negociadas*. UGT-CEC. Financiación Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015.
- AA.VV. (Cristóbal Molina- Margarita Miñarro- María Dolores Escarbajal-Miguel Ángel Gimeno-Estefanía González). *Condiciones de Trabajo y riesgos Psicosociales relacionados con las Adicciones: Prevalencias de Consumo y Acciones Preventivas en el Entorno Laboral*. UGT-CEC. Financiación Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016.
- AAVV. (Cristóbal Molina-Manuel García-Antonio Alvarez). *Drogas y negociación colectiva en sectores de consumo prevalente: balance y vías de progreso a la luz de la ENSD*. UGT-CEC. Financiación Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2017
- AAVV (Margarita Miñarro-C. Molina-E. González). *Prevención de las adicciones desde el ámbito judicial. Adicciones en el trabajo a juicio de los Tribunales*. UGT-CEC. Financiación Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2017.
- AAVV. (Cristóbal Molina-Maria Rosa Vallecillo). *Adicciones conductuales (o “sin sustancia”) en el trabajo, y al trabajo: magnitudes del problema social y políticas preventivas en la empresa*. . UGT-CEC. Financiación Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2018
- ANDREASSEN, C.S. et al. “*Development of a work addiction scale*”. *Scandinavian Journal of Psychology* 53, 2012. 265–272. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-9450.2012.00947.x>
- ANDREASEN, C. et al. “*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
- APS. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. 2014. <http://elcajondekrusty.com/wp-content/uploads/2016/06/Gu%C3%ADa-criterios-diagn%C3%B3sticos-DSM-V.pdf>
- CARBONELL, Xavier. “*La adicción a los videojuegos en el DSM-5*”. *Adicciones* vol. 26, nº 2, 2014, pp. 91-95
- DEL LÍBANO, M. et al. “*Adicción al trabajo: concepto y evaluación*”. *En Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 27, 2006, 24-31
- EDIS-FAD. *La incidencia de las drogas en el mundo laboral*, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid, 1996.
- CHEBURÚA E.- CORRAL, P. «*Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora*». *Clínica y Salud*, 5, 1994, 251-258-
- ECHEBURÚA, E. *¿Adicciones sin drogas?* Desclée de Brouwer. Bilbao. 1999

- ECHEBURÚA, E. -DE CORRAL, P. "Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22, 2010, 91-9.
- FAD. *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid. 2014.
- INSHT. *Análisis de mortalidad del accidente de trabajo en España*. 2013. <http://www.oect.es/Observatorio/5%20Estudios%20tecnicos/Analisis%20de%20la%20mortalidad/Analisis%20de%20la%20Mortalidad%20por%20Accidente%20de%20Trabajo%20en%20Espa%C3%BAa%202013.pdf>
- KIVIMÄKI, M. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603 838 individuals. *En The Lancet*. Volume 386, Issue 10005, 31 October–6 November 2015, Pages 1739-1746 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673615602951?via%3Dihub>
- 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.
- SALANOVA, M. et al. "La adicción al trabajo". *Nota Técnica de Prevención 759*. 2008. Instituto Nacional de Seguridad, Higiene y Trabajo.
- VALERIE, H. et al. "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/>



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