

JÓVENES, RIESGO DE ADICCIONES Y EL TRÁNSITO DEL ENTORNO EDUCATIVO AL TRABAJO: QUÉ SABER (RIESGO Y DAÑOS) Y CÓMO SABER PREVENIR (PROTECCIÓN Y SALUD)



Financiado por:



MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES

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*

Edita

Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC

Depósito Legal

M-22400-2018

**JÓVENES, RIESGO
DE ADICCIONES Y
EL TRÁNSITO DEL
ENTORNO EDUCATIVO
AL TRABAJO:
QUÉ SABER (RIESGO Y
DAÑOS) Y CÓMO
SABER PREVENIR
(PROTECCIÓN
Y SALUD)**

ÍNDICE

HABLANDO CLARO: ¿CONSUMO, CONDUCTA PROBLEMÁTICA Y ADICCIÓN SON LO MISMO?	7
¿“DROGODEPENDENCIA” Y “ADICCIÓN” SON NOCIONES EQUIVALENTES?	8
¿QUÉ CONSECUENCIAS NOCIVAS TIENEN LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS?	9
LA REALIDAD EN CIFRAS: PREVALENCIAS DE LAS ADICCIONES EN LAS PERSONAS (MÁS) JÓVENES	10
¿QUÉ MOTIVOS LLEVAN A LAS PERSONAS A CONSUMIR PROBLEMÁTICAMENTE Y QUÉ FACTORES INCIDEN?	14
¿QUÉ PASA EN NUESTRO CEREBRO CUANDO SE PRODUCE UNA ADICCIÓN?	17
¿CÓMO SE RELACIONAN LAS HABILIDADES EMOCIONALES Y EL “RIESGO DE ADICCIONES”?	20
ENTRENANDO NUESTRO “CAPITAL DE INTELIGENCIA EMOCIONAL” PARA PREVENIR LOS RIESGOS DE ADICCIONES O DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS	22
¿QUÉ RELACIÓN TIENE EL TRABAJO CON LAS ADICCIONES?	22
¿CÓMO SE PUEDE PREVENIR DESDE LAS POLÍTICAS LABORALES LOS RIESGOS DE ADICCIONES EN LA POBLACIÓN?	24



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.

HABLANDO CLARO: ¿CONSUMO, CONDUCTA PROBLEMÁTICA Y ADICCIÓN SON LO MISMO?

No. Todas las organizaciones internacionales con competencias y solvencia plena en la materia (OMS, ONU, OIT) distinguen entre “**consumo de drogas**”, “**consumos problemáticos**” y “**adicciones**”. En el primer caso, se pone énfasis en la libertad individual, por lo que el uso se acepta, si no perjudica a terceros ni se lleva a cabo en ámbitos prohibidos (zonas de seguridad, empresas, etc.). En el segundo, el enfoque se desplaza hacia un tipo de conducta de consumo que, por excesiva, puede ser causa de perjuicios, de todo tipo, para la persona que los realiza, lo que lleva a acciones de alerta y reducción. En el tercer caso hablamos de un consumo o uso que puede generar (**riesgo adictivo**) o genera (adicción), una situación de “dependencia”, de modo que toda interrupción provoca síndrome de abstinencia.

¿Qué entendemos por adicción, pues? Toda conducta compulsiva de búsqueda, sea por placer sea por aliviar una sensación interna negativa, de sustancias o situaciones (en el caso de las adicciones conductuales) en la que la persona 1) no tiene el control de la conducta (déficit de conducta o desequilibrio) y 2) continúa a pesar de las consecuencias negativas que ocasiona (situación de dependencia). Por eso, **cualquier “adicción” es una enfermedad**, esté o no catalogada como tal actualmente, según los manuales diagnósticos (DSM 5 -APA, 2014- y CIE -OMS, 2016-). En suma, lo que determina la aparición de riesgo de adicción no es el uso o consumo sino el “tipo o patrón de consumo”.

Recuerda, 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:** enfermedad psiquiátrica o trastorno de salud mental, que implica limitaciones psicofísicas para una vida relacional en plenitud de condiciones que las personas sin prevalencia de estos trastornos.

¿“DROGODEPENDENCIA” Y “ADICCIÓN” SON NOCIONES EQUIVALENTES?

No exactamente. Los problemas de salud (pública y laboral, en su caso) y sociales que genera son análogos, pero cambia la causa. La “drogodependencia” es adicción a cierto tipo de sustancias, ilegales (opiáceos) o legales (alcohol, tabaco, fármacos, etc.), las drogas, por eso se llaman también “**adicciones químicas**”. Pero la adicción puede serlo a ciertas conductas, para las que se mantienen patrones patológicos de uso (juego; nuevas tecnologías, redes sociales; sexo; deporte; comida; trabajo o “*workaholicism*”, etc.), por eso se llaman también “**adicciones comportamentales**”. La precedente Estrategia Nacional Sobre Drogas (ENSD) no incluía este tipo de adicciones, pero la actual Estrategia Nacional de Adicciones (ENA) sí.

Tabla 1. Adicciones conductuales propuestas por una creciente evidencia científica.

1. El juego patológico, tradicional u online.
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 (“*trabajolismo*”).

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 destacan los aspectos psiquiátricos (trastornos), en la segunda prevalecerán los ambientales. La ENA acoge una concepción socio-económica (bienestar psicosocial integral).

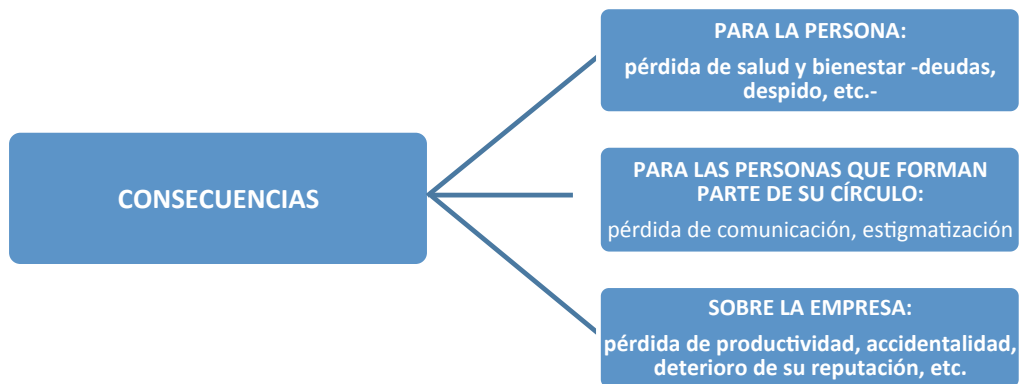
En síntesis, las adicciones (químicas y conductuales) se caracterizan por:

1. Un fuerte sentimiento de compulsión para realizar la conducta (consumo de sustancia, usos excesivos de ciertos comportamientos).
2. Limitada capacidad para controlar la conducta (comienzo, mantenimiento e intensidad).
3. Alteración de ánimo cuando se limita o prohíbe la conducta (síndrome de abstinencia).
4. Relación conflictual con sus entornos por persistir en una conducta perjudicial.

¿QUÉ CONSECUENCIAS NOCIVAS TIENEN LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS?

Aunque solo la adicción en sentido estricto está catalogada como enfermedad mental, la evidencia demuestra, desde la referida concepción socio-económica de la salud, todo consumo/uso de riesgo resulta problemático, por su impacto, real o potencialmente, nocivo en las personas y sus entornos. Naturalmente, en cada caso, los tratamientos deberán de ser diferentes, si bien es cierto que no disponemos en todo caso -sobre todo para las adicciones conductuales- de suficientes criterios para medir y fijar con precisión los diferentes niveles de nocividad (intensidad, duración, conflictividad relacional, etc.). No debe confundirse “*patrones adictivos*” (compulsión, impulsos irrefrenables) con “*hábitos inadecuados*” o insalubres de vida.

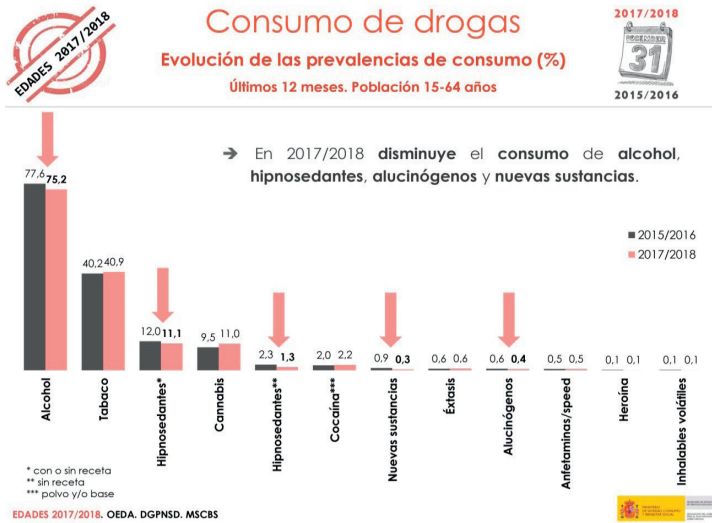
Ahora bien, desde una estricta perspectiva de prevención de riesgos psicosociales, así como de promoción de la salud, tanto los consumos de riesgo y conductas excesivas presentan una relevante cuestión de salud y de equidad social: todo desequilibrio es susceptible de generar limitaciones a las personas con sus entornos (familiar, social, educativo, laboral). El primer impacto, se produce en el sujeto afectado (trastornos y enfermedades, estigmatización, el despido si trabaja, etc.). La segunda afecta al conjunto de personas que forman parte de su círculo familiar, social y, en su caso, laboral, deteriorando las relaciones (familiar, educativo, amistades, laborales, etc.). La tercera consecuencia se produce sobre la propia organización empresarial (pérdida de capital humano, deterioro del clima laboral, absentismo, etc.).



LA REALIDAD EN CIFRAS: PREVALENCIAS DE LAS ADICCIONES EN LAS PERSONAS (MÁS) JÓVENES

La Encuesta “EADDES” evidencia que el problema del consumo de drogas (legales e ilegales -cannabis- sigue siendo muy real.

Gráfico 1



Tanto la edad como el sexo constituyen variables sociodemográficas muy relevantes en el patrón de consumo y en la prevalencia de unos consumos respecto de otros.

Gráfico 1

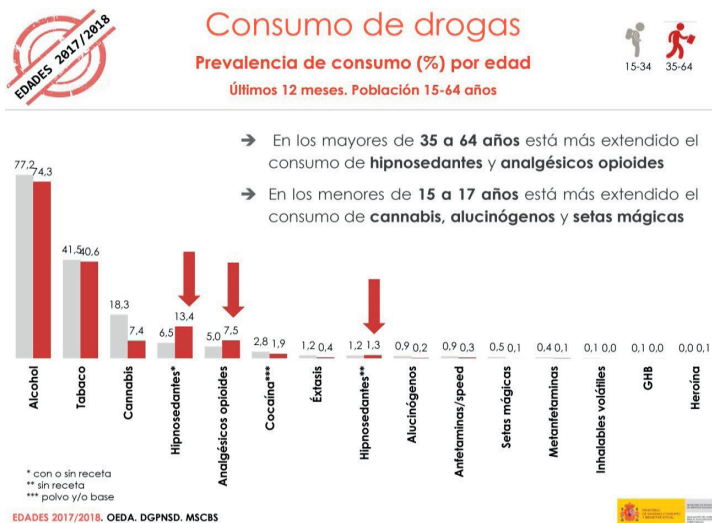


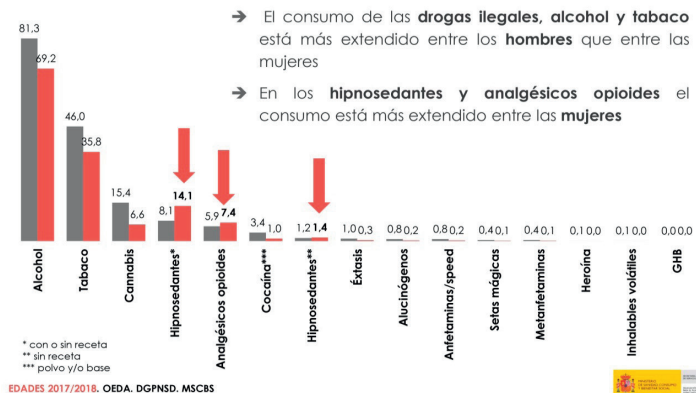
Gráfico 3



Consumo de drogas

Prevalencia de consumo (%) por sexo

Últimos 12 meses. Población 15-64 años



→ El consumo de las **drogas ilegales, alcohol y tabaco** está más extendido entre los **hombres** que entre las mujeres

→ En los **hipnosedantes y analgésicos opiáceos** el consumo está más extendido entre las **mujeres**

Ambas variables, edad y sexo, son relevantes en la prevalencia de la sustancia ilegal más consumida, el cannabis.

Gráfico 4



Consumo problemático de Cannabis

Población 15-64 años



Perfil consumidores problemáticos

últimos 12 meses

→ **Sexo:** 77.7% hombres

→ **Edad media:** 33,3 años

→ **Nº medio de porros consumidos/día**:** 3,6 porros

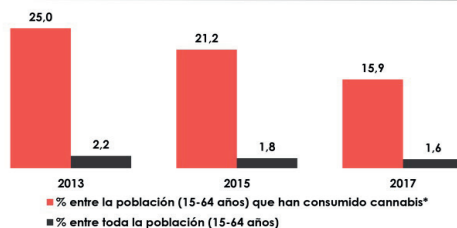
→ **Policonsumo de 3 o más sustancias:** 90,4%

497.000

personas hacen consumo problemático de cannabis

↗ **1,6%** de toda la población

↘ **15,9%** de consumidores de cannabis*



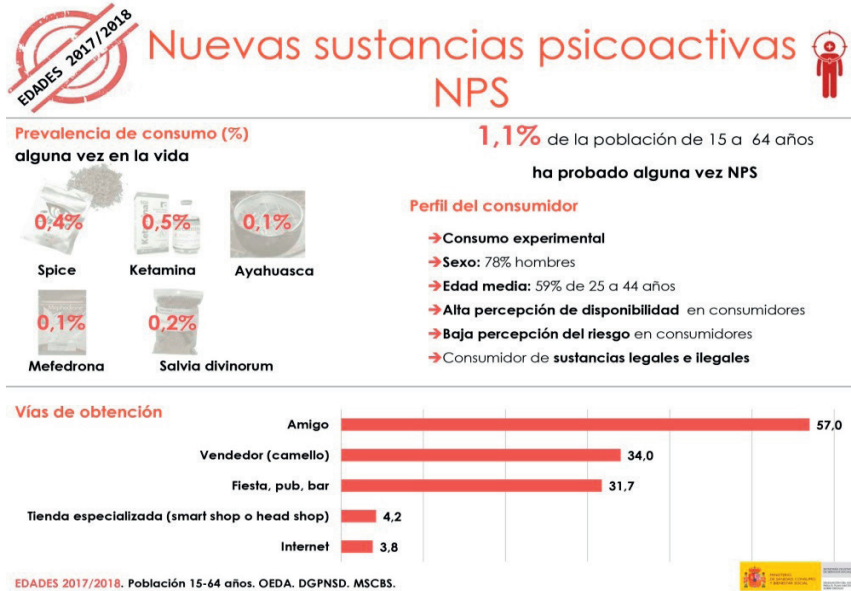
Nota: El consumo problemático se basa en la escala CAST [Cannabis Abuse Screening test], 4 preguntas, 5 opciones de respuesta. Puntuación de 0 a 6. CAST≥4=consumo problemático

EDADES 2017/2018. OEDA. DGPNSD. MSCBS *en los últimos 12 meses ** en los últimos 30 días



Así como respecto del consumo de nuevas sustancias psicoactivas.

Gráfico 5



También se dispone de datos relativos a la incidencia de las adicciones conductuales:

Gráfico 6



Gráfico 7

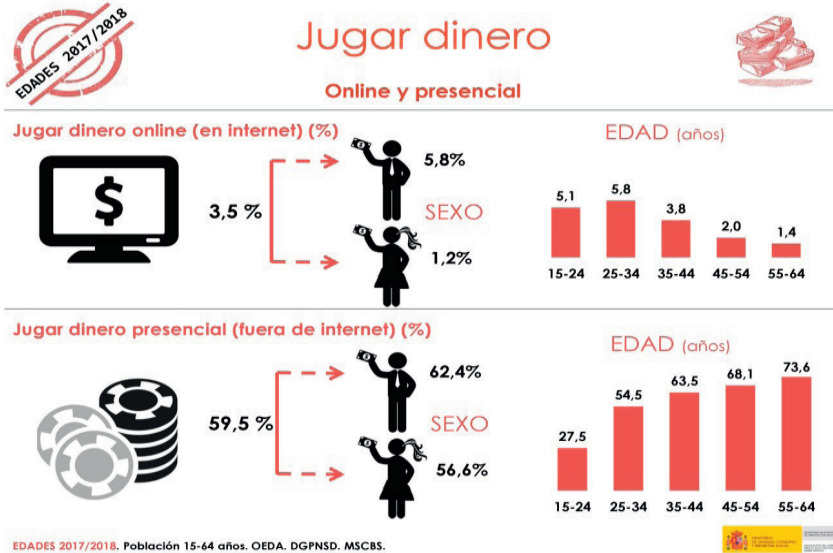
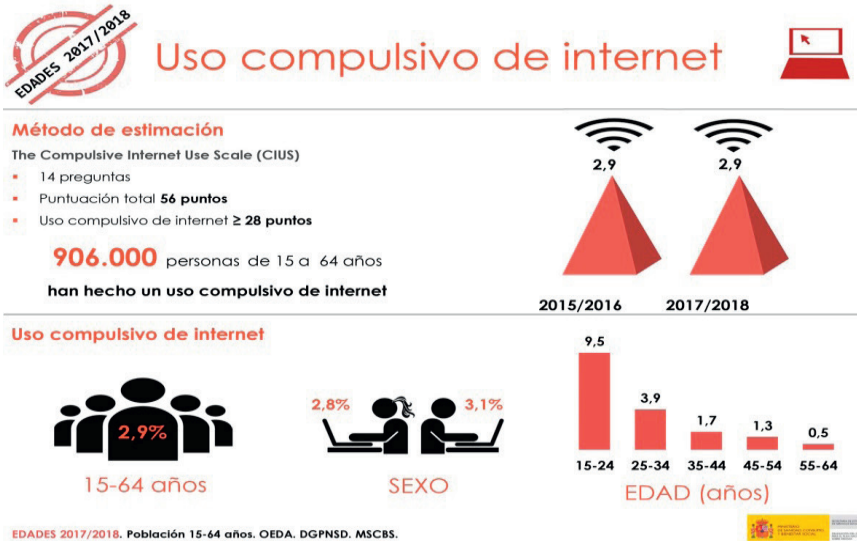


Gráfico 8



¿QUÉ MOTIVOS LLEVAN A LAS PERSONAS A CONSUMIR PROBLEMÁTICAMENTE Y QUÉ FACTORES INCIDEN?

¿Por qué se producen estos consumos problemáticos? **Ni hay una sola causa ni incide un solo factor.** La cuestión es compleja (multifactorial se llama) y obedece a diversos tipos de interacción persona, sustancia y entorno -usos experimentales o recreativos, ocasionales, moderados, excesivos, dependencia...-. Por tanto, la gestión preventivo-asistencial debería también diferenciarse, admitiendo que no todos los usos tienen los mismos riesgos y efectos negativos -intoxicaciones, dependencias, costes...-. Hay acuerdo, científico e institucional, en la complejidad de factores que intervienen en el riesgo de conductas adictivas, así como en su carácter interactivo. Ahora bien, donde cambian las valoraciones-percepciones es a la hora de identificar la mayor prevalencia para la activación de la espiral adictiva de unos factores u otros, variando notablemente según el punto de vista que se adopte. Unos suelen poner más énfasis en los factores individuales (personalidad y genética), otros en los sociales (entornos, condicionantes sociales).

Tabla 2

PATRÓN GENERAL DE RIESGO ADICTIVO =

Grado de VULNERABILIDAD BIOLÓGICA

(patrón genético -incluye personalidad-)

+ ENTORNOS PRÓXIMOS

(acontecimientos vitales de estrés -AVE- o vivencias de desarrollo en la familia, el grupo de amistades, la escuela, el trabajo, etc.)

+ CONDICIONANTES SOCIALES

(ambiente socio-económico)

La componente individual es muy relevante, sin duda. La elección individual constituye una clave importante para la comprensión del problema, como ilustra la siguiente tabla:

Tabla 3. Motivos para consumir drogas		AÑOS		
MOTIVOS PARA EL CONSUMO	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.

De la misma manera, y en esa perspectiva individual, tanto el riesgo percibido por cada cual, además de la disponibilidad de sustancias, influirán en los consumos

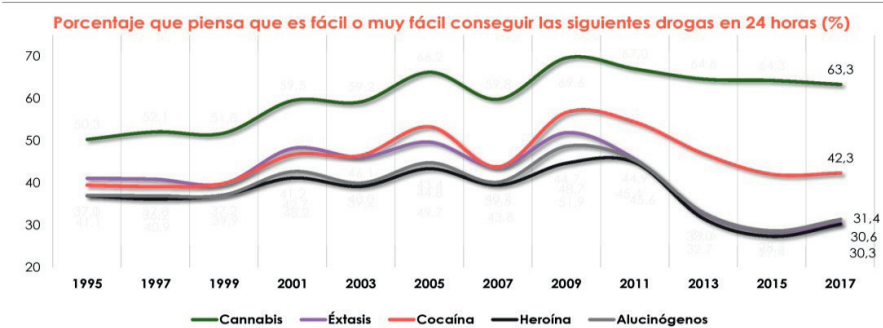
Gráfico 9



Disponibilidad percibida



- **Tendencia estable** para todas las sustancias
- La droga que se percibe como **más disponible es el cannabis**: El **63,3%** de la población cree que es fácil o muy fácil conseguirlo en 24 horas.



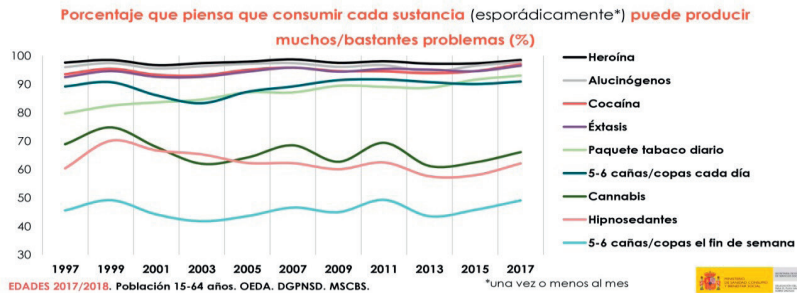
EDADES 2017/2018. Población 15-64 años. OEDA. DGPNSD. MSCBS.





Riesgo percibido

- **Aumenta el riesgo percibido** ante el consumo de la mayoría de las drogas
- **Mayor percepción de riesgo** en las **mujeres**
- El **alcohol** es la sustancia que **se percibe** como **menos peligrosa**: **Menos de la mitad** de la población considera que **consumir 5-6 cañas/copas el fin de semana** causa **muchos o bastantes problemas**



Ahora bien, como subraya la vigente Estrategia Nacional de Adicciones 2017-2024, sin restar importancia al factor individual (enfoque personal), es necesario poner énfasis en los factores ambientales y de entorno (factores sociales). Precisamente, esta perspectiva habría sido la menos desarrollada en épocas precedentes. De ahí la necesidad de atenderlos.

Tabla 4

FACTORES DE RIESGO	
NO LABORALES	LABORALES
<p>SOCIALES Tolerancia, disponibilidad, bajas garantías</p>	<p>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, etc.</p>
<p>FAMILIARES Conflictividad, malas relaciones de pareja, entre otras.</p>	<p>PUESTO DE TRABAJO Y/O TAREAS 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, etc.</p>
<p>PERSONALES Baja autoestima, dificultad para resolver problemas y decidir, falta de habilidades emocionales, insatisfacción, etc.</p>	<p>AMBIENTE LABORAL Competitividad/Conflictividad laboral, inestabilidad laboral, consumidores en el centro y tolerancia, accesibilidad general a ciertas sustancias, entre otros.</p>

FUENTE: AAVV. La prevención del riesgo de adicciones en el medio laboral: obligaciones, recomendaciones y buenas prácticas. Claves para una Nota Técnica Preventiva del INSBT, Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC, 2018

¿QUÉ PASA EN NUESTRO CEREBRO CUANDO SE PRODUCE UNA ADICCIÓN?

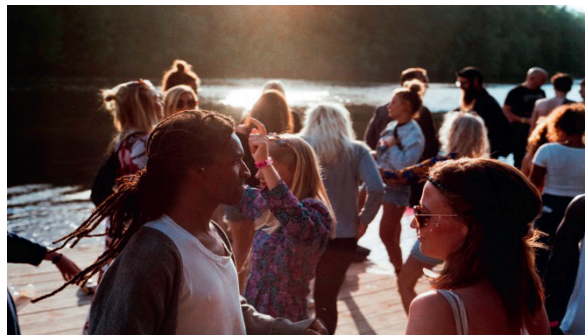
El protagonismo de las diferencias individuales, en las causas y en los efectos, hace que domine, entre las muchas existentes, la clasificación de sustancias relativa a los efectos sobre el sistema nervioso central (SNC). De ahí que se distinga:

Depresores del SNC: alcohol, hipnosedantes, opiáceos (morfina, metadona, heroína, codeína)...

Estimulantes del SNC: cocaína, nicotina, anfetamina, alcohol...

Perturbadoras del SNC: alucinógenos (LSD, mescalina y psilocibina...), drogas de síntesis (éxtasis, eva...), derivados del cannabis (hachís, marihuana...)

En efecto, una vez más, todo está en nuestro cerebro. Nuestro sistema nervioso (cerebro) dispone de un circuito (*sistema de recompensa*) que se activa cuando realizamos una actividad placentera (comer, beber, relaciones sexuales, bailar, salir con las amistades, etc.) Este circuito persiste porque participa en que la especie (no solo la humana) no se extinga. Pero este sistema de motivación y recompensa cerebral fomenta también las conductas de logro (ej. hacen que pasemos una noche entera estudiando antes de un examen, o esforzarnos cada vez más por bajar un segundo en nuestra marca en una competición de atletismo, etc.).



©Jens Johnsson on Unsplash (nota: uso autorizado de la imagen)

En definitiva, cuando llevamos a cabo una conducta (de cualquier tipo) identificada como placentera para la persona, el sistema se encarga de que queramos repetirla mediante la liberación de dopamina. Cuando llevamos a cabo todas estas conductas, se activan diversas vías cerebrales (mesolímbica y cortical) cuya resultante es la producción de dopamina. Es este sistema sobre el que actúan las sustancias y/o las conductas de abuso,

en todos los casos, se trate de sustancias prohibidas (opiáceos) o plenamente legales (alcohol, azúcares, grasas, fármacos, etc.), ya conductas hoy ordinarias y socialmente aceptadas -hasta ciertos niveles- como el uso del móvil, de internet, de las redes sociales, videojuegos, etc.



©Pixabay (nota: uso autorizado de la imagen)

Si la repetición muta en compulsión (ej. apostar una y otra vez en juegos, también online, fumar un cigarrillo tras otro; acceso continuado a las redes sociales, comer sin medida, etc.) tendremos una **hiperactivación del circuito de recompensa**: cuanto más se realiza, más placer se siente, a mayor euforia, más se insiste en ella, hasta que es el consumo de la sustancia, o la realización de la conducta, la que “decide”, la que actúa, descontrolando la voluntad, y por lo tanto, la situación de la persona. Esta, sin embargo, durante cierto tiempo, cree mantener el control (“tranquilo, yo controlo”, se suele decir), y, en consecuencia, creyendo que la decisión de consumo es suya, libre. Sin embargo, la realidad es bien distinta, pues en tales estados ya se ha perdido ese control y se ha convertido en persona dependiente, “una persona adicta”.

Gráfico 11



Fuente: National Institutes of Health

¿**Qué termina sucediendo?** Que si se insiste de forma reiterada en la conducta el sistema cerebral se adapta y la persona ya no tendrá más que una opción, pero siempre dentro de la espiral de adicción: o bien aumenta la cantidad de droga que consume o bien tienen que realizar la conducta adictiva (consulta del móvil, juego, etc.) con una mayor frecuencia, para no dejar de sentir la sensación de placer.

¿Cómo se produce una sobredosis?

El tronco cerebral es una zona del encéfalo que tiene bajo su control conductas fundamentales para la vida, como la respiración, la frecuencia cardíaca o la digestión. Algunas drogas, como los opioides o el alcohol, afectan esta estructura lo que explica por qué una sobredosis de estas sustancias pueden reducir la respiración y causar la muerte

¿**Hay salida en la espiral de la adicción?** Sí, claro. El cerebro humano también es capaz de **desarrollar sus propias “armas” frente a la adicción** en estos estados. Así, dada la importancia de la repetición de una conducta para liberar dopamina, útil resultará llevar a cabo acciones que la potencien, pero sin riesgo de adicción ni perjuicio alguno.

Por ejemplo, aspectos simples como:

- lograr pequeñas cosas a lo largo del día (llegar puntual a una cita, tener un gesto amable con un amigo/a, dar un paseo,...) generan un efecto positivo en nosotros, de manera que seguiremos motivados para realizar esa conducta que, además, mejora la calidad de vida.

- Desarrollar hábitos alimentarios saludables: alimentación rica en antioxidantes (tales como zanahorias, kiwis, fresas, aguacate, almendras, etc.) y baja en grasas saturadas (reducir azúcares, alimentos precocinados, etc.), actividad física fácil (bailar, andar...)

- el establecimiento de relaciones interpersonales de calidad, más allá de los seguidores de Facebook o Instagram, es fundamental relacionarse positivamente con las demás personas, y disponer de vínculos y apoyos emocionales con personas significativas para nosotros. Las relaciones donde los pilares son la confianza y el respeto mejoran la liberación de oxitocina (“hormona del amor”).



“ACCIONES PEQUEÑAS, GRANDES EFECTOS”

Correr, bailar, reír, cantar,... mejora el aprendizaje, el estado de ánimo, y genera una sensación placentera en el organismo

Vemos, pues, cómo las **emociones** y los **estados de ánimo** se consideran claves en la **explicación de las adicciones** y son elementos destacados dentro de modelos explicativos utilizados para comprender las motivaciones que subyacen a la adicción, la persistencia en la misma e incluso las recaídas. Especialmente se ha considerado la **importancia de la afectividad negativa**

¿Hay rasgos de personalidad, o combinación de los mismos, que explique la dependencia de sustancias como el alcohol? No. Pero sí se relacionan (sin una relación causal directa) con las experiencias afectivas negativas, como el “neuroticismo” (rasgo caracterizado por inestabilidad o inseguridad emocional, altas tasas de ansiedad, estado continuo de preocupación...) y, por lo tanto, con los riesgos a nivel de recaídas que supone. Los **trastornos afectivos** muestran, pues, una alta incidencia entre las personas con **adicciones a diferentes sustancias**:

- La depresión en la adicción a los opiáceos (ej. “Dolor y Gloria”)
- La **alexitimia**, caracterizada por la dificultad para identificar y comunicar sentimientos y una forma de pensar orientada hacia los detalles externos, está presente en **porcentajes elevados de personas dependientes del alcohol**
- La insensibilidad emocional se ha relacionado con el consumo de alcohol y cannabis, o incluso con la adicción a Internet

Por tanto, el cambio en la experiencia emocional puede tener efecto en la conducta adictiva, potenciándola (factor de riesgo) o reduciéndola (factor de protección)

En este sentido, los niveles más bajos de inteligencia emocional están asociados con un mayor número de problemas relacionados con las adicciones, o consumos

problemáticos, tanto de tipo físico como conductual.

La siguiente tabla incluye una síntesis de evidencia científica que pone de relieve la importancia de las habilidades emocionales específicas (sobre todo percepción y regulación emocional) en el contexto de las adicciones.

Tabla 5

PERCIBIR EMOCIONES
<ul style="list-style-type: none">• Déficits en percepción emocional en adictos a alcohol y opiáceos• Sobreestimación de la intensidad en la percepción de estímulos afectivos en alcohólicos• Falta de precisión en la percepción emocional relacionada con problemas interpersonales y con consumo de alcohol (Konreich y cols., 2002); además, junto a una latencia mayor en percepción emocional caracteriza a los adictos a la heroína• Dificultad en percepción de emociones complejas asociada a percepción de recompensas anticipadas por beber
COMPRENDER EMOCIONES
<p>Dificultad para utilizar las emociones en el desarrollo de recursos motivacionales y cognitivos, llevan a estrategias de afrontamiento inefectivas y, en último lugar, a consumo de alcohol como alternativa</p>
FACILITAR EL PENSAMIENTO USANDO EMOCIONES
<ul style="list-style-type: none">• Déficits en alcohólicos para nombrar de forma apropiada las emociones asociadas a distintos tipos de estímulos afectivos• La claridad emocional (comprensión efectiva de estados emocionales) relacionada negativamente con consumo de alcohol y tabaco, así como de cannabis
REGULAR EMOCIONES
<ul style="list-style-type: none">• La regulación emocional previene las recaídas en pacientes alcohólicos• El déficit de regulación emocional se asocia en diversos estudios no sólo a sustancias (alcohol, cocaína), sino también a conductas problemáticas (abuso de internet, uso patológico de redes sociales, trastornos relacionados con el juego)• La reparación emocional (capacidad percibida de invertir emociones negativas) predice el inicio tardío de consumo de tabaco o cannabis• La no aceptación emocional, como ejemplo de una regulación emocional disfuncional, se asocia a la frecuencia del consumo de tabaco y a los motivos y barreras percibidas relacionadas con el hecho de fumar

ENTRENANDO NUESTRO “CAPITAL DE

INTELIGENCIA EMOCIONAL” PARA PREVENIR LOS RIESGOS DE ADICCIONES O DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

La mejora de las habilidades o competencias emocionales, actualmente no incluidas de forma explícita en los Planes de Estudio, es un factor de éxito (factor de protección) acreditado en **los programas de intervención**, sobre todo en el entorno educativo. Aprovechar el **tránsito por la universidad, como una etapa preparatoria para la inclusión en el mundo laboral**, para la **adquisición o mejora de las habilidades emocionales** constituye una oportunidad no solo para tener un alumnado con un mayor rendimiento académico, mejores estrategias de afrontamiento o más adaptado socialmente, sino también para mejorar sus niveles de salud y sus hábitos de vida, con la consiguiente reducción de consumos problemáticos (con sustancia) o conductuales **riesgo de adicciones** propiamente



¿QUÉ RELACIÓN TIENE EL TRABAJO CON LAS ADICCIONES?

EL EMPLEO, FACTOR DE RIESGO Y FACTOR DE PROTECCIÓN

Si la vista Encuesta “EDADES” trata de medir (“estimar”) las prevalencias de consumos y usos problemáticos (de sustancias y, hoy también, de conductas nocivas) para la población en general, la llamada Encuesta de Consumos de Sustancias Psicoactivas en el Medio Laboral (ECML), siendo la última disponible de 2013-2014, lo hace respecto de la población laboral. ¿Y qué registra? Entre los muchos datos interesantes que nos suministra tres son especialmente relevantes para la mejora de la comprensión del problema y de sus soluciones en la población más joven, la que constituye principal colectivo destinatario de esta Guía. A saber:

Aunque **las adicciones en la población laboral son un reflejo de lo que sucedería en la población en general**, el trabajo tiene una significativa incidencia en esta situación, o como factor de riesgo -mayores prevalencias- o como factor de protección -reducción de consumos y/o de daños-

Entre las variables sociodemográficas de mayor papel en las prevalencias de consu-

mos problemáticos están, junto a la edad y al sexo, el nivel educativo, de modo que resulta **mayor el consumo allí donde menor es el nivel educativo** (factor de protección

En la prevalencia de los consumos problemáticos no es irrelevante en **qué actividad se va a trabajar al dejar los estudios, o mientras se está en ellos** (tabla...), junto a la categoría profesional que se ostenta y sus condiciones de empleo y de trabajo

Tabla. 6 población laboral que ha consumido diferentes sustancias por sector de actividad, 2014.

	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, ganadería y extracción	13,5	40,2	4,1	7,2	2
Actividades recreativas y deportivas	7,3	34,1	6,5	10,4	5,6
Industria manufacturera	11,6	36	6,6	6,2	2,4
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	11,1	32,3	5	6,9	2,3
Comercio y reparación vehículos a motor	8,7	33,5	6,2	6,6	2
Act. financiera, seguros, inmobiliarias y serv. empresariales	10,5	30	7,8	5	2,3
Actividades domésticas y servicios personales	4	28,8	10,9	4,3	1,2
Admón. pública, educación, sanidad y serv. sociales	8,4	25,8	8,6	3,6	1,3
MEDIA	10,5	33,8	7,3	6,7	2,4

Por encima de la Media

La ECML confirma que el empleo puede ser *“factor de riesgo”* (aspectos que aumentan

la probabilidad) o “*factor de protección*” (elementos que reducen la probabilidad) respecto de determinados consumos problemáticos atendiendo a las condiciones en que se presta.

Tabla 7

FACT. LABORALES	FACT. DE RIESGO	FACT. PROTECCIÓN
Condiciones de empleo	<ul style="list-style-type: none"> • Inseguridad en el empleo • Trabajo externalizado (redes) 	Condiciones de seguridad o garantía de empleo
Condiciones contractuales (jornada y retribución)	<ul style="list-style-type: none"> • Jornadas prolongadas • Incertidumbre sobre descansos • Devaluación de condiciones • Baja expectativa de desarrollo de carrera profesional 	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de conciliación VLF • La carrera profesional • Mejoras de acción social
Factores ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Continuidad de trabajo tóxicos • Climatología adversa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compromisos de eliminación de puestos tóxicos o peligrosos. • Evaluaciones ergonómicas.
Factores Psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Elevada carga de trabajo • Ritmo intensivos • Nocturnidad/aislamiento • Insatisfacción relacional. • Competitividad/Conflictividad 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de factores de riesgos psicosociales • Calidad de clima relacional

¿CÓMO SE PUEDE PREVENIR DESDE LAS POLÍTICAS LABORALES LOS RIESGOS DE ADICCIONES EN LA POBLACIÓN?

Dada la gran complejidad de los factores que inciden en el fenómeno-conflicto social relativo al mundo de las adicciones, así como de los consumos problemáticos en la ante-sala de aquéllas, es lógico pensar tanto en la dificultad como en la propia complejidad de las acciones dirigidas a su solución, en términos de eliminación o, al menos, de reducción de sus efectos más nocivos. En el estudio de EDADES se refleja la multiplicidad de actuaciones para afrontar las drogas (Gráfico...).

Gráfico 12



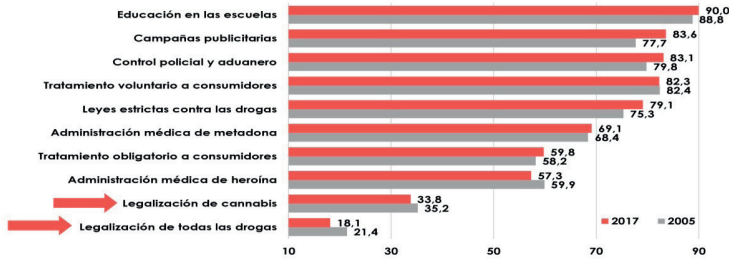
Acciones contra las drogas



Población 15-64 años

→ La legalización de las drogas se encuentra entre las menos valoradas.

Porcentaje que considera importante cada medida para solucionar el problema de las drogas (%)



Legalización de cannabis (2015): 37,4%
Legalización de todas las drogas (2015): 21,0%



Por supuesto que el canal más valorado sigue siendo el informativo-formativo, vía que aquí reseñamos especialmente. Además, se insiste en las campañas de sensibilización sobre los efectos nocivos de los malos hábitos y de promoción de estilos de vida saludables. Ahora bien, la vía preventivo-promocional tiene, junto a un ámbito de estricta salud pública (legislaciones y políticas a tal fin, estatal y autonómicas), otra que aquí interesa especialmente, por dirigirnos a un colectivo de personas, como la población joven universitaria, en transición desde el sector educativo al ocupacional: las **políticas de seguridad y salud en el trabajo**, de un lado, así como las de **promoción de la salud laboral**, de otro. La OIT presenta las bondades de llevarlas a cabo de forma conjunta, como ilustra su Programa SOLVE.

Gráfico 13



En atención a ello, la protección debe dirigirse al conjunto de la población trabajadora, y no sólo centrarse en la persona o grupos problemáticos, primando un enfoque preventivo (LPRL) sobre el disciplinario (despido ex art. 54 ET). Empresa y representación laboral deberán potenciar la concienciación del conjunto de la plantilla sobre las bondades de consumos inocuos, con miras no sólo a promover cambios de actitud y conductas al respecto, sino incluso de mover a una mayor implicación con el doble objetivo de protección de su bienestar y de mejorar de la productividad. En este sentido, una política completa de gestión del riesgo de las adicciones en los lugares de trabajo deberían abarcar todas las facetas de la misma (Tabla...), dejando como última vía la función disciplinaria.

Tabla 8. Aspectos de una política concertada en materia de gestión de drogas y adicciones en el trabajo.

FUNCIÓN DISCIPLINARIA	FUNCIÓN ASISTENCIAL	FUNCIÓN PROMOCIONAL	FUNCIÓN PREVENTIVA
Régimen infractor	Acción social	Programas de fomento de hábitos de vida saludable	Evaluación de riesgos y vigilancia de la salud

FUENTE: AAVV. Drogas y negociación colectiva en sectores de consumo prevalente: Balance y "vías de progreso" a la luz de la "ENSD", Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC, 2017

Esta política de prevención-promoción de la salud laboral frente al riesgo de adicciones puede contar con los siguientes instrumentos o herramientas de gestión básicos:

1) La vigilancia de la salud laboral (art. 22 LPRL)

Constituye una actividad preventiva orientada a la protección más precoz posible de la salud de las personas –en el ámbito laboral, de los trabajadores–, a partir de la identificación de los eventuales síntomas o patologías mediante exámenes o reconocimientos médicos (art. 22 LPRL). Consecuentemente, además de exigir, con carácter general, el consentimiento de las personas, no puede utilizarse esta vía para favorecer las acciones disciplinarias. Las pruebas sólo pueden utilizarse, sin perjuicio de la necesaria confidencialidad sobre los datos médicos, para el fin de protección-promoción de la salud de los trabajadores al que sirve.

2) Los planes de acción/programas de protección/protocolos de intervención

Por razones de eficacia, eficiencia, transparencia y equidad, la intervención frente al problema del consumo insalubre de drogas en cualquier ámbito, entre los que se cuenta de igual modo el mundo laboral, que puede provocar riesgos de carácter adicional a las personas –trabajadores–, requiere de una adecuada planificación, en términos similares a lo que sucede con los riesgos laborales. Tanto la OMS como la OIT recomiendan garantizar,

según se ha dicho, un “plan de acción integral” al respecto, normalizando y formalizando el tratamiento frente a los riesgos de consumos indebidos o problemáticos. Ese carácter integral -coherente con el concepto de seguridad integral asumido por la OMS y recibido en la LPRL- se debería articular a través de la integración coherente, armonizada, de tres “programas de protección”, según el momento de intervención en los procesos de riesgo de drogodependencias:

1. Programa de prevención: con el que se pretende evitar o minimizar los factores de riesgo y potenciar los factores de protección, en relación a todos los agentes que inducen o provocan recaídas a las personas en riesgo de conductas adictivas.
2. Programa de asistencia: con los que facilitar la detección e intervención precoz de los problemas, canalizando adecuadamente a las personas hacia la red de centros especializados.
3. Programas de rehabilitación: que se orientan a disponer recursos, propios y ajenos, para facilitar la desintoxicación, deshabitación y, sobre todo, la reinserción de la persona dependiente a su medio, incluido el laboral.

Una buena experiencia práctica

Para finalizar con un ejemplo de práctica empresarial positiva en orden a gestionar las adicciones en las empresas, mencionemos 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 dadas por los negociadores del convenio para asumir esta política de gestión del riesgo de adicciones en el trabajo coinciden con las dadas por la OIT (1996) y las expresan en el texto convencional así:

“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...”

Recursos -informativos y asistenciales-

AAVV. La prevención del riesgo de adicciones en el medio laboral: obligaciones, recomendaciones y buenas prácticas. Claves para una Nota Técnica Preventiva del INSBT, Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC, 2018

AAVV. Drogas y negociación colectiva en sectores de consumo prevalente: Balance y “vías de progreso” a la luz de la “ENSD”, Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC, 2017

Informe Mundial de Drogas 2018: crisis de opioides, abuso de medicamentos y niveles récord de opio y cocaína <https://www.unodc.org/wdr2018/index.html>

OMS. CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. Modificación Clínica* (Edición española), 2016

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

- Informe Europeo sobre Drogas 2018: tendencias y novedades.
- (http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDA-T18001ESN_PDF.pdf)

Informe http://publications.europa.eu/resource/cellar/a727fa89-57bd-11e7-a5ca-01aa75ed71a1.0002.03/DOC_1

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

- Encuesta sobre alcohol y drogas en España. EDADES 2017-2018.

http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf

[http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017-2018_Resumen_\(ampliado\).pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017-2018_Resumen_(ampliado).pdf)

http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Infografia.pdf

- Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024

<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>

http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf

- Encuesta sobre consumos de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España (013-2014)

<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/noticiasEventos/dossier/pdf/EncuestaLaboral2013.pdf>

Centros Provinciales de Drogodependencias y Adicciones (Teléfono 900 845 040)



Financiado por:

