

LABORODEPENDENCIA: CUANDO EL TRABAJO SE CONVIERTE EN ADICCIÓN

JAVIER FERNÁNDEZ-MONTALVO¹ y ENRIQUE ECHEBURÚA²

¹Universidad Pública de Navarra

²Universidad del País Vasco

(Recibido el 26 de marzo de 1998)

En este artículo se presenta una revisión de los principales aspectos implicados en la adicción al trabajo. Se conceptualiza este trastorno como una adicción psicológica y se exponen los aspectos psicopatológicos que lo caracterizan. Asimismo se analizan los principales instrumentos de evaluación existentes y se sugieren posibles vías de intervención, basadas en los resultados obtenidos en otro tipo de adicciones psicológicas. Por último, se señalan las líneas futuras de investigación.

Palabras clave: Adicción al trabajo, adicciones psicológicas, evaluación, tratamiento psicológico.

Work addiction: When work becomes an addiction

The aim of this paper was to review the current knowledge about work addiction. This disorder is conceptualized as a behavioral addiction and the psychopathological features are analyzed. Moreover the main measurement tools are described and some therapeutic approaches are suggested. Finally, future research goals are commented upon.

Key words: Work addiction, behavioral addictions, assessment, psychological treatment.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia se ha producido una evolución muy importante en relación con la noción y la valoración social del trabajo, así como con las motivaciones para trabajar. No resulta exagerado afirmar que la actividad laboral constituye un elemento determinante de la salud mental (*cf.* Álvaro, Torregrosa y Garrido, 1992; Repetti, Mathews y Waldron, 1989; Winefield y Tiggerman, 1990).

Además de ser una fuente de ingresos, el trabajo proporciona a las personas una serie de elementos que influyen en el equilibrio emocional (Hayes y Nutman, 1981): un nivel de actividad, una estruc-

tura del tiempo diario, un desarrollo de la expresión creativa, un intercambio de relaciones sociales y una identidad personal, así como un sentido de utilidad.

Por otra parte, la satisfacción laboral—entendida como la medida en que una persona obtiene bienestar a partir de su trabajo— es una variable importante relacionada con la salud mental (Bogg y Cooper, 1995; Muchinsky, 1994). Esta dimensión está relacionada tanto con las condiciones de trabajo (en concreto, situación laboral y salario) como con el comportamiento en el mismo (absentismo y rotación de puestos, principalmente) (Muchinsky, 1994).

En los siglos XIX y XX se ha producido una rehumanización progresiva de las condiciones laborales. Hace doscientos años un trabajador cubría, por término medio, 220.000 horas de trabajo a lo largo de su vida, mientras que hoy no pasa

Correspondencia: Javier Fernández-Montalvo. Departamento de Psicología y Pedagogía. Universidad Pública de Navarra. Campus Arrosadía. 31006 Pamplona (España). Correo-e: fernandez.montalvo@si.upna.es.

de las 70.000, a pesar de que la expectativa de vida se ha ampliado de forma considerable. Ello ha traído consigo una revalorización del ocio como determinante de la calidad de vida de una persona. De hecho, una equilibrada distribución del tiempo entre el trabajo, el descanso, el ocio y las relaciones sociales constituye una estrategia central para el bienestar personal (Alonso-Fernández, 1996).

Sin embargo, la sociedad de consumo potencia el sacrificio del tiempo libre en aras de un trabajo adicional para ganar más y poder así aumentar el consumo. Esta tendencia ilimitada a elevar el nivel material de vida esquilmó la mayor parte del tiempo libre.

Es precisamente en este contexto en el que se ha comenzado a estudiar en los últimos años un nuevo trastorno psicológico, caracterizado por la pérdida de control con respecto a la actividad laboral: la adicción al trabajo. Se trata de un cuadro clínico que, si bien no figura en las nosologías psiquiátricas vigentes en la actualidad —*DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) e *ICD-10* (Organización Mundial de la Salud, 1992)—, puede producir una alteración muy importante en el funcionamiento cotidiano de la persona afectada.

Durante muchos años la noción de adicción ha sido sinónima de adicción a las drogas. Sin embargo, si los componentes fundamentales de los trastornos adictivos son la falta de control y la dependencia, las adicciones no pueden ni deben limitarse a las conductas generadas por sustancias químicas, como los opiáceos, los ansiolíticos, la nicotina o el alcohol. De hecho, existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida diaria de los sujetos implicados (Echeburúa y Corral, 1994).

En realidad, ciertas conductas problemáticas, como el juego patológico, la hipersexualidad, la sobreingesta compulsiva, la dependencia de las compras, el ejercicio físico desmesurado, el trabajo excesivo, etc., pueden considerarse psicopatológicamente como adicciones (Alonso-Fernández, 1996; Echeburúa y Corral, 1994). Los síntomas de dependencia que se observan en estas conductas, cuando no se pueden llevar a cabo, son básicamente similares a los de las drogodependencias (Earle, Earle y Osborn, 1995; Gossop, 1987; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). El ejercicio físico, por ejemplo, puede actuar como un estimulante que produce cambios fisiológicos en el cerebro. Para algunas personas la adicción al deporte es tal que ser privadas de él puede causarles síntomas de abstinencia como, por ejemplo, un humor depresivo, irritabilidad, deterioro en la concentración y trastornos del sueño (Coverly Veale, 1987).

Todo ser humano necesita alcanzar un nivel de satisfacción global en la vida. Normalmente, éste se obtiene repartido en diversas actividades: el trabajo, las relaciones sociales, el sexo, la comida, las aficiones, el deporte, etc. Si una persona es incapaz o se siente frustrada en algunas o muchas de estas facetas, puede centrar entonces su atención en una sola. El riesgo de adicción en estas circunstancias es alto (Echeburúa y Corral, 1994).

Cualquier conducta normal o placentera es susceptible de convertirse en una conducta adictiva. Lo que define a esta última es que el paciente pierda el control cuando desarrolle una actividad determinada y que continúe con ella a pesar de las consecuencias adversas, que experimente una dependencia cada vez mayor de esa conducta, que esté precipitada por un sentimiento que puede oscilar desde un deseo moderado hasta una obsesión intensa, que sufra un síndrome de abstinencia si no puede practicarla y

que, por último, pierda interés por otro tipo de conductas que anteriormente le resultaban satisfactorias (Echeburúa y Corral, 1994; Jacobs, 1989).

Asimismo todas las conductas adictivas están controladas inicialmente por reforzadores positivos —el aspecto placentero de la conducta en sí—, pero terminan por ser controladas por reforzadores negativos —el alivio de la tensión emocional, especialmente—. En suma, de conductas *normales* —incluso saludables— se pueden hacer usos *anormales* en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de tiempo o de dinero invertida. Y en último término, la adicción se determina en función del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas implicadas (Echeburúa y Corral, 1994).

Por todo ello, se ha propuesto recientemente la aplicación de la etiqueta de adicciones psicológicas (*adicciones sin droga*) a todas aquellas conductas repetitivas que resultan placenteras, al menos en las primeras fases, y que generan una pérdida de control en el sujeto (más por el tipo de relación establecida por el sujeto que por la conducta en sí misma). Desde esta perspectiva, una posible clasificación de las adicciones figura en la Tabla 1.

CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS DE LA ADICCIÓN AL TRABAJO

La dedicación intensa al trabajo se ha considerado durante muchos años como una conducta adecuada y socialmente valorada, que denota un sentido elevado de responsabilidad y que responde a los valores de una sociedad en donde se priman el éxito y el poder. De hecho, incluso ha sido categorizada como una adicción positiva, es decir, como una conducta repetitiva que proporciona bienestar económico e integración social a una persona (Killinger, 1993; Machlowitz, 1985; Porter, 1996; Schaeff y Fassel, 1988).

Todo ello ha contribuido a que el estudio de la adicción al trabajo —al igual que ha ocurrido con el resto de las adicciones psicológicas— sea reciente. Si bien fue descrita por Oates (1971) —quien utilizó por primera vez el término inglés *workaholism*—, ha sido sólo en los últimos años cuando se ha comenzado a considerar este fenómeno como un trastorno grave, del que pueden derivar serias consecuencias físicas y psicológicas (Pietropinto, 1986; Robinson, 1989; Spruell, 1987).

La adicción al trabajo se caracteriza por una implicación progresiva, excesiva y desadaptativa a la actividad laboral, con una pérdida de control respecto a los

Tabla 1. Clasificación de las adicciones (Echeburúa y Corral, 1994)

TIPOS	VARIANTES MÁS COMUNES
Psicológicas	Juego patológico Adicción al sexo Adicción a las compras Adicción a la comida Adicción al trabajo Adicción al ejercicio físico Teleadicción/Videomanía Adicción al teléfono
Químicas	Adicción a los opiáceos Alcoholismo Adicción a la cocaína Adicción a las anfetaminas Adicción a las benzodiacepinas Tabaquismo

límites del trabajo y una interferencia negativa en la vida cotidiana (relaciones familiares y sociales, tiempo de ocio, estado de salud, etc.).

Al margen de las percepciones distorsionadas del sujeto, la sobreimplicación laboral responde al ansia o necesidad de la persona —el trabajo de este modo genera una excitación que oscila entre la fascinación y el sobresalto— más que a las necesidades objetivas del entorno laboral. Lo que distingue a un adicto es más su actitud hacia la tarea que el número de horas dedicadas (Machlowitz, 1977, 1985). Todo ello viene acompañado frecuentemente por ideas sobrevaloradas acerca del dinero, del éxito o del poder.

Según Spence y Robbins (1992) y Killinger (1993), hay cuatro características definitorias de esta adicción: a) implicación elevada en la actividad laboral; b) impulso a trabajar debido a presiones personales o internas; c) poca capacidad para disfrutar de la tarea realizada; y d) búsqueda de poder o prestigio. Lo que está en juego en el adicto es la propia autoestima y el reconocimiento social. No es infrecuente que bajo la adicción al trabajo se escondan sentimientos de inferioridad y de miedo al fracaso (*cf.* Spruell, 1987).

Los síntomas experimentados no son distintos de los que aparecen en otro tipo de adicciones psicológicas: negación del problema, distorsiones cognitivas de la realidad, necesidad de control, tolerancia creciente y síntomas de abstinencia en los períodos vacacionales (irritabilidad, ansiedad, depresión, etc.) (Fassel, 1990; Homer, 1985; Killinger, 1993; Naughton, 1987; Porter, 1996; Robinson, 1989).

No toda dedicación intensa al trabajo, al margen incluso de una necesidad laboral perentoria ante una situación económica crítica, revela la existencia de una adicción. Las personas muy trabajadoras, pero no adictas, disfrutan con el trabajo, son muy productivas, le dedican mucha energía y entusiasmo y tratan de equili-

brarlo con la dedicación del tiempo libre a la familia, las relaciones sociales o las aficiones. Además, los períodos de sobreimplicación laboral responden a una demanda objetiva del mismo, habitualmente de carácter temporal.

Por el contrario, en los adictos el trabajo interfiere negativamente en la salud física, en la felicidad personal o en las relaciones familiares y sociales. Al carecer de control sobre la dedicación a las obligaciones, invierten una gran cantidad de tiempo y de pensamientos, incluso cuando están fuera, en el trabajo, que se constituye en el elemento prioritario de todo lo que les rodea. De hecho, hay una alta implicación laboral incluso en actividades rutinarias y que podrían ser desempeñadas por otras personas. En estas circunstancias las consecuencias negativas son de varios tipos: relaciones familiares deterioradas, aislamiento social, pérdida del sentido del humor, desinterés por las relaciones interpersonales «no productivas», relaciones sexuales programadas y no espontáneas, debilitamiento de la salud, alteraciones cardiovasculares relacionadas con el estrés, etc. (Pietropinto, 1986; Robinson, 1996a).

La necesidad irrefrenable de dedicar su vida y tiempo al trabajo de un modo central y excesivo lleva al adicto a sentirse insatisfecho o irritable cuando se encuentra alejado de la actividad laboral —días festivos y fines de semana, por ejemplo—. Es más, estas personas tienden a continuar con su excesiva implicación en el trabajo a pesar de sufrir estrés o diversos problemas de salud y a ocultar sus pensamientos relacionados con el trabajo para evitar la desaprobación familiar y social (Porter, 1996). En suma, hay una calidad de vida deficitaria, un tiempo libre demasiado reducido y un ritmo de sueño sometido a grandes variaciones.

Un cuadro-resumen que puede ayudar a diferenciar una actividad laboral intensa de una adicción al trabajo se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2. Significado diferencial de los fenómenos comunes a la adicción al trabajo y a los hábitos laborales sanos (Porter, 1996, modificado)

CONDUCTA	HÁBITOS SANOS DE TRABAJO	ADICCIÓN AL TRABAJO
<i>Dedicación prolongada al trabajo, incluso en horas externas al mismo</i>	Compromiso Implicación Dedicación Sentido de la responsabilidad Reconocimiento de las necesidades puntuales del trabajo	Evitación de la soledad, del aburrimiento o del malestar personal Esfuerzo debido a pensamientos poco realistas Incapacidad para equilibrar la satisfacción obtenida a partir del trabajo y la obtenida a partir de otros aspectos de la vida
<i>Alto sentido del cumplimiento laboral</i>	Perfeccionista Conciencioso	Intento de justificación de la excesiva implicación en el trabajo
<i>Control de las actividades laborales</i>	Fiabilidad Responsabilidad	Compensación de la falta de control en otros aspectos de la vida
<i>Identificación personal con el trabajo</i>	Orgullo y satisfacción Compromiso con el trabajo	Utilización del trabajo para aumentar la autoestima que no obtiene en otra parte por medio de la obtención de logros

Algunos indicadores relacionados con el comienzo de la adicción son la tendencia al aislamiento social, el agotamiento, un excesivo sentido del deber, la aspereza de trato y la pérdida de satisfacción con las actividades cotidianas anteriormente placenteras.

No hay estudios epidemiológicos sobre este trastorno. Los datos existentes son fragmentarios, parciales y con poco apoyo empírico. Así, según Machlowitz (1985), alrededor del 5% de la población general es adicta al trabajo. Con muestras específicas de profesiones liberales (médicos, psicólogos y abogados), la tasa de prevalencia puede llegar hasta el 23% (Doerfler y Kammer, 1986). Lo que sí parece claro es que la adicción afecta a personas de edades medias, de clase acomodada, con una actividad laboral creativa y que no actúan movidas exclusivamente por necesidades económicas. Si bien la adicción se da más entre los hombres que entre las mujeres —éstas suelen tener una visión más amplia de la vida, con un mayor equilibrio entre lo afectivo y lo laboral—, las diferencias en cuanto a

sexos tienden a reducirse, especialmente en profesionales jóvenes (Killinger, 1993; Robinson y Post, 1997).

Las principales señales de alarma en relación con la dependencia del trabajo son las siguientes (Robinson, 1989; 1996a):

1. *Prisa constante y ocupación continua.* Los adictos al trabajo tienen un sentimiento constante de urgencia de tiempo, así como la necesidad de estar implicados en un mínimo de dos o tres tareas simultáneamente y de rechazar actividades no directamente productivas.

2. *Necesidad de control.* La rigidez de pensamiento lleva a planear y organizar excesivamente todo lo que acontece, de forma que todo sea predecible y controlable. No es frecuente la delegación del control en otras personas.

3. *Perfeccionismo.* El miedo al fracaso impone un control estricto, un alto nivel de exigencia y una intolerancia a los errores.

4. *Dificultades en las relaciones personales.* Al estar los sujetos constantemente inmersos en el trabajo, no hay ape-

nas espacio para las relaciones interpersonales, que se consideran como una pérdida de tiempo.

5. *«Embriaguez» de trabajo.* Es frecuente la alternancia de etapas de sobreimplicación en el trabajo —similar a un episodio de embriaguez— con otras de reducción drástica del nivel de actividad —como la resaca tras una borrachea—, que es resultado de un agotamiento patológico y de una falta de descanso, tanto físico como intelectual.

6. *Dificultad para relajarse y divertirse.* El ocio se percibe como una pérdida de tiempo. Las lecturas, por ejemplo, suelen estar relacionadas con temas profesionales. La obsesión por hacer cosas, en lugar de relajarse y disfrutar, no deja de ser sorprendente.

7. *Pérdidas parciales de memoria.* Son fruto del agotamiento y de la atención simultánea a muchos asuntos. No son infrecuentes los olvidos de fechas y temas relacionados con la vida familiar y social (aniversario de boda, cumpleaños de los niños, etc.).

8. *Impaciencia e irritabilidad.* Al ser el tiempo una posesión muy preciada, carecen de paciencia y se irritan fácilmente si se les hace esperar o se abordan temas en una conversación que no son directamente de su interés.

9. *Déficit de autoestima.* El sentimiento de baja autoestima les conduce ansiosamente a la obtención de logros, que consiguen aumentar, pero sólo transitoriamente, los sentimientos de valía personal.

10. *Inatención a las necesidades de salud.* Son frecuentes una amplia variedad de problemas físicos (obesidad, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, hipertensión, etc.), así como un descuido de las necesidades personales de salud (horas de sueño, descanso regular, chequeos periódicos, etc.).

Se trata, en definitiva, de una adicción caracterizada por un aumento excesivo

de los rendimientos laborales, con un profundo sentido del cumplimiento del deber, con una vida carente de aficiones y con un sentimiento de culpabilidad por disfrutar del ocio o con la conversión de éste en una actividad competitiva más: practicar deporte para ganar a toda costa, y no para disfrutar de la compañía o de la relajación proporcionada por el ejercicio físico. En estos casos la actividad laboral funciona como una fuente de motivación y como un desafío impuesto por la propia persona para evaluar su capacidad. El sujeto, atezado por una serie de creencias irracionales (*«miedo a no valer bastante»*, *«temor a no disponer de tiempo suficiente para conseguir el bienestar material»*, etc.), puede estar implicado en una batalla sin fin por el éxito, que, una vez alcanzado, no va seguido de una sensación duradera de recompensa o de alivio real de la tensión (Sender, Valdés, Riesco y Martín, 1993).

La característica específica de la *laborodependencia*, con relación a otras adicciones sin droga, es la de no referirse a un objeto habitual de gratificación directa e inmediata, a diferencia de lo que ocurre con la comida, el sexo, las compras y el juego, que son elementos placenteros en sí mismos. En el caso del trabajo se trata de una actividad que exige la aportación de un esfuerzo que genera una satisfacción personal, una aprobación social, una remuneración económica u otro tipo de gratificación. En este sentido, los principales elementos de placer para el adicto al trabajo son el éxito y el poder adquiridos a través del desarrollo profesional (Alonso-Fernández, 1996).

Son pocas —y limitadas metodológicamente— las investigaciones llevadas a cabo en relación con la laborodependencia. Según el estudio de Haymon (1992), la adicción al trabajo viene acompañada de depresión, ansiedad e ira, así como de una cierta incapacidad asertiva para rechazar tareas no razonables. Según

Spence y Robbins (1992), las personas con mayor sobreimplicación laboral son más perfeccionistas y presentan más problemas de salud, más dificultades para delegar en otros el trabajo y mayores niveles de estrés. Por último, según Robinson y Post (1995a, 1997), la mayor gravedad de la adicción al trabajo se relaciona con una mayor incapacidad para solucionar los problemas de forma efectiva, con una menor claridad para establecer los roles familiares y con una mayor dificultad para expresar afectos, así como con mayores esfuerzos para establecer relaciones sociales e íntimas.

Desde otra perspectiva, una característica habitual de las adicciones químicas es la politoxicomanía. Sin embargo, en las adicciones psicológicas no es fre-

cuente encontrarse con pacientes aquejados de adicciones psicológicas múltiples, como, por ejemplo, juego patológico, hipersexualidad y adicción a las compras (Echeburúa y Corral, 1994). Lo que sí es más habitual es la combinación de una adicción psicológica con una o varias adicciones químicas —por ejemplo, la ludopatía y el alcoholismo (cfr. Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)—. En el caso concreto de la adicción al trabajo, es frecuente el abuso de drogas con el objetivo de neutralizar el agotamiento ocupacional (exceso de café, tabaco, alcohol y cocaína) y de fármacos para conciliar el sueño. En la Figura 1 se presenta un esquema de una secuencia evolutiva que, según Alonso-Fernández (1996), resulta habitual en la adicción al trabajo.

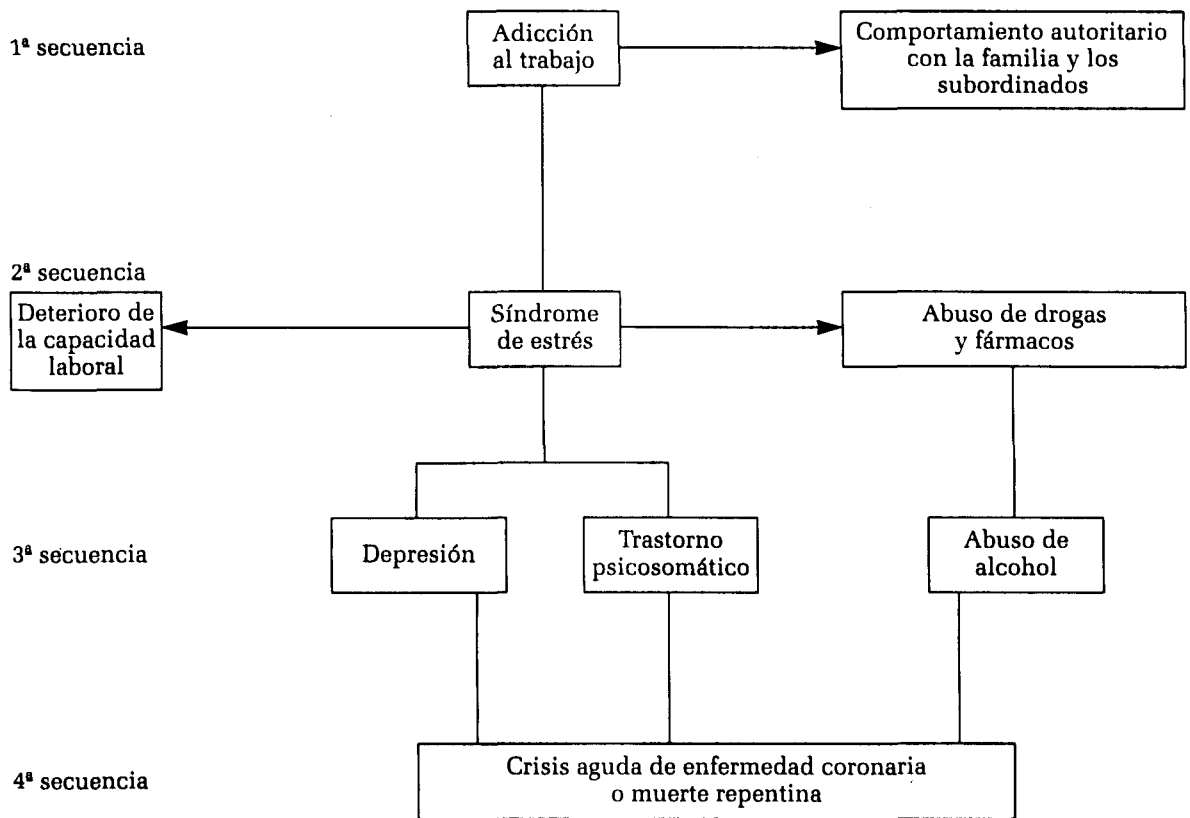


Figura 1. Secuencia evolutiva de la adicción al trabajo (Alonso-Fernández, 1996)

TIPOLOGÍAS DE ADICTOS AL TRABAJO

Como se ha señalado anteriormente, el conocimiento disponible en la actualidad sobre la adicción al trabajo es escaso. Por ello, resulta difícil establecer tipologías de adictos cuando todavía no se conocen detalladamente las características de este cuadro clínico. No obstante, ha habido algunos intentos en este sentido, que, si bien adolecen de una falta de comprobación empírica, pueden resultar sugerentes para futuras investigaciones.

En concreto, Rohrlich (1992) establece los siguientes perfiles:

a) *Trabajador ambicioso*. Se trata de una persona habituada a la lucha despiadada para conseguir sus objetivos e imponer sus proyectos en el medio profesional.

b) *Trabajador competitivo*. Se refiere a una persona que necesita mostrarse superior a los demás mediante los rendimientos o el esfuerzo.

c) *Trabajador culpabilizado*. La sobrecarga de trabajo se percibe como un imperativo ético, a modo de deformación del mandato bíblico («*ganarás el pan con el sudor de tu frente*»).

d) *Trabajador inseguro*. Busca ansiosamente la aprobación de sus superiores y, con ello, el aumento de los niveles de autoestima.

e) *Trabajador aislado y solitario*. Se trata de una persona desprovista de vínculos sólidos de amistad y de familia. Por ello, las relaciones profesionales y las jornadas de trabajo son un sustitutivo de las relaciones interpersonales gratificantes de las que carece.

A su vez, Naughton (1987) establece una clasificación en relación con dos variables: el grado de compromiso con el trabajo y la presencia de rasgos obsesivos. De esta forma, propone dos tipos básicos:

a) *Trabajador adicto e implicado en el trabajo*. Se caracteriza por un elevado grado de compromiso con el trabajo y

un bajo nivel de rasgos obsesivos. Por ello, existe una gran probabilidad de desarrollar adecuadamente las demandas laborales. En este caso la dedicación intensiva al trabajo es un reflejo de la preferencia por las actividades profesionales en relación con otro tipo de intereses.

b) *Trabajador adicto y obsesivo*. Se caracteriza por un elevado grado de compromiso con el trabajo y por la presencia de rasgos obsesivos. Por ello, al resultar una rémora para el rendimiento este estilo personal (indecisión, perfeccionismo extremo, lentitud, comprobaciones reiteradas, etc.), la gran cantidad de energía y de tiempo dedicada al trabajo no se corresponde con los resultados obtenidos.

Estas clasificaciones están aún pendientes de una validación empírica. En cualquier caso, la característica común de los adictos al trabajo, como rasgo fundamental de su personalidad, es el exceso de ambición y de competitividad. Y este perfil coincide plenamente con el patrón de conducta de tipo A, que se relaciona, a su vez, con las características del enfermo coronario típico.

PATRÓN DE CONDUCTA DE TIPO A Y ADICCIÓN AL TRABAJO

La distinción entre el patrón de conducta de tipo A y la adicción al trabajo no está suficientemente clara. En realidad, el perfil de los sujetos con un patrón A de conducta es un factor de riesgo para la adicción al trabajo.

Los sujetos afectados por este tipo de personalidad están constantemente implicados en una lucha excesiva y relativamente crónica para conseguir un número ilimitado de logros en el menor tiempo posible, incluso en contra de la opinión de otras personas o de las situaciones del entorno (Friedman y Rosen-

man, 1976). Se trata de personas perfeccionistas, con un excesivo afán de éxito, que necesitan obtener los resultados de sus acciones de manera inmediata (Echeburúa, 1990; Flores, 1986).

En concreto, se pueden señalar seis rasgos característicos (Sender *et al.*, 1993): un interés excesivo por conseguir objetivos, el deseo de competir, la necesidad de reconocimiento social, una propensión a acelerar la ejecución de cualquier tarea, un estado constante de alerta física y mental, así como una aparente implicación en múltiples actividades a plazo fijo. Estas características coinciden básicamente con el perfil del adicto al trabajo.

En cuanto a la vida laboral de estas personas, su entrega al trabajo, sin apenas distracciones, es socialmente aceptada y se traduce en grandes rendimientos. De hecho, no es infrecuente en estos sujetos una historia de responsabilidades laborales y de ocupación de cargos muy por encima de sus estudios, con la consiguiente insatisfacción e inseguridad (Sender *et al.*, 1993).

Sin embargo, la implicación excesiva en el trabajo interfiere negativamente en la vida familiar. Ciertos sesgos cognitivos, como la creencia de que los beneficios de su trabajo revierten también en la familia y de que ésta es su principal aportación a ella, contribuyen a perpetuar esa situación (Sender *et al.*, 1993).

La actitud perfeccionista y competitiva en el trabajo se traslada frecuentemente a las conductas de ocio. De esta forma, cualquier diversión (cultivar el jardín, jugar a tenis, viajar, recoger setas en el bosque, jugar a las cartas, etc.) se convierte en una carrera agotadora. Esta exigencia de orden laboral aplicada a los pasatiempos comporta el grave peligro —por otra parte tan temido por ellos— de quedarse rápidamente sin entretenimiento ni ocupación (Sender *et al.*, 1993).

EVALUACIÓN DE LA ADICCIÓN AL TRABAJO

Debido a la novedad de este cuadro clínico, se han desarrollado hasta el momento solamente dos instrumentos de evaluación: el *Work Addiction Risk Test (WART)* (Robinson, 1989) y el *Workaholic Adjective Checklist (WAC)* (Haymon, 1992).

El *Work Addiction Risk Test (WART)* (Robinson, 1989) (Apéndice 1) consta de 25 ítems que evalúan las principales características de la adicción al trabajo. Los sujetos deben señalar en una escala de tipo Likert, con 4 alternativas de respuesta, el grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de los enunciados. El rango total del cuestionario es de 25 a 100. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el riesgo de adicción al trabajo.

Los estudios realizados con este instrumento muestran unas buenas propiedades psicométricas (*cf.* Robinson, 1996b; Robinson y Phillips, 1995; Robinson y Post, 1994, 1995b; Robinson, Post y Khakee, 1992). En concreto, la fiabilidad test-retest, con un período de 2 semanas, es de 0,83 ($p < 0,01$) y el coeficiente *alfa* de 0,85. En lo que se refiere a la validez convergente, el *WART* muestra una correlación de 0,40 ($p < 0,05$) con el *STAI* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1968), de 0,37 ($p < 0,01$) con el *Type A Self-report Inventory* (Blumenthal *et al.*, 1985) y de 0,50 ($p < 0,01$) con la subescala del patrón de conducta de Tipo A del *Cuestionario de Actividad de Jenkins* (Jenkins, Rosenman y Friedman, 1967).

Por otra parte, el *Workaholic Adjective Checklist (WAC)* (Haymon, 1992) está compuesto por 72 ítems, que se responden en una escala de tipo Likert en función del grado de acuerdo o desacuerdo con los enunciados de los mismos. Los análisis estadísticos muestran la existencia de 5 factores: ansiedad, rituales compulsivos, manía, intolerancia e inseguri-

dad personal. Estos factores definen precisamente el síndrome de la adicción al trabajo. La validez discriminante del WAC es satisfactoria.

No obstante, estos dos instrumentos, a pesar de que suponen un avance en la evaluación de la adicción al trabajo, presentan diversas limitaciones metodológicas. En concreto, las muestras utilizadas en los análisis están compuestas por estudiantes universitarios, por lo que resulta difícil la generalización de los resultados obtenidos. Por otra parte, no se disponen de datos relativos a la fiabilidad y a la validez del WAC. Por lo tanto, es necesario todavía demostrar la utilidad de ambos instrumentos en el campo clínico y científico.

TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN AL TRABAJO

No hay apenas datos disponibles sobre el tratamiento de este cuadro clínico. Los pocos estudios llevados a cabo hasta la fecha son meramente descriptivos de las características de los pacientes aquejados por este trastorno (*cf.* Doerfler y Kammer, 1986; Haymon, 1992; Robinson y Post, 1995a, 1997; Spence y Robbins, 1992).

Los sujetos afectados por la adicción al trabajo son muy reacios a considerarse como tales y, por tanto, a ponerse en tratamiento (Killinger, 1993; Porter, 1996). En realidad, la negación inicial del problema es un aspecto común a todas las adicciones (*cf.* Echeburúa, 1996; Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996). De hecho, los motivos de consulta están relacionados con el riesgo de enfermar del corazón (asociado sobre todo a dos rasgos del patrón de tipo A: la hostilidad y la impaciencia), las desavenencias familiares, las complicaciones laborales (por ejemplo, problemas de delegación de funciones o excesiva exigencia a los subordinados) y la restricción de intereses fuera

del marco laboral. Se trata de aprovechar estas ocasiones para abordar la adicción al trabajo subyacente (Alonso-Fernández, 1996; Sender, 1997).

En la mayor parte de las adicciones, como es el caso del alcoholismo, de la ludopatía o de la dependencia a los opiáceos, el objetivo terapéutico de la abstinencia facilita la recuperación del paciente. Como es obvio, esta meta no resulta viable en la adicción al trabajo. Al ser el trabajo controlado la única alternativa terapéutica posible, se trata de potenciar el autocontrol del paciente y de implicarle en actividades gratificantes alternativas, así como de enseñarle estrategias de afrontamiento para hacer frente a las dificultades planteadas (Garson, 1990; Lee y Kanugo, 1984).

Un aspecto central de la terapia consiste en enseñar al paciente a distribuir de una forma adecuada el tiempo (Alonso-Fernández, 1996), lo cual puede requerir transitoriamente el apartamiento total o parcial de la actividad laboral, a modo de control de estímulos, con el objetivo de conseguir una remodelación del estilo global de vida del sujeto (reevaluación de metas y establecimiento de prioridades) y reducir considerablemente el número de compromisos adquiridos.

Por otra parte, la terapia de este cuadro clínico no se puede abordar adecuadamente si no se lleva a cabo también un entrenamiento en solución de problemas, el desarrollo de habilidades de comunicación (tanto a nivel familiar como social), el aprendizaje de formas de expresión afectiva, etc. (Robinson y Post, 1997). Asimismo puede ser conveniente realizar una intervención terapéutica, con una reestructuración cognitiva y unas tareas conductuales, encaminada a modificar el perfeccionismo excesivo y la rigidez de pensamiento. Se trata, en suma, de elevar la calidad de vida de este tipo de pacientes potenciando las actividades

familiares y de ocio, así como el cuidado personal.

En una fase posterior, una vez que el paciente se encuentra más tranquilo y se ha apartado, al menos temporalmente, del ritmo insano de trabajo, se pueden incluir técnicas de exposición gradual a la actividad laboral, enseñando al paciente a planificar las actividades y a establecer prioridades, a delegar responsabilidades en otros compañeros o incluso a decir que no, cuando sea posible, a algunos compromisos de trabajo. En esta fase del tratamiento se debe establecer un control exhaustivo del horario del paciente, vigilando el cumplimiento de la hora de llegada a casa después de la jornada laboral. Se trata, en definitiva, de proporcionar al paciente un mayor control de su ritmo de trabajo y de enseñarle a disfrutar del tiempo de ocio y de descanso, una vez terminada la actividad laboral.

No se pueden soslayar terapéuticamente las alteraciones físicas y psicológicas implicadas en este cuadro clínico: el estrés, la dieta desequilibrada, el insomnio, el abuso de alcohol, los síntomas de depresión, la ansiedad e irritabilidad, así como los trastornos psicofisiológicos implicados, principalmente los problemas cardiocirculatorios y digestivos. Asimismo se debe prestar atención al clima familiar, frecuentemente alterado como consecuencia de la adicción al trabajo, y potenciar la expresión de muestras de afecto, así como una mayor implicación en los problemas de la familia y en la atención a la pareja y a los hijos.

Por último, el tratamiento de la adicción al trabajo debería incluir una intervención dirigida a la prevención de futuras recaídas. Es posible que, a medida que pasa el tiempo desde la terminación de la terapia, este tipo de pacientes se implique de forma progresiva en la actividad laboral y, apoyado en mecanismos de autoengaño, recaiga nuevamente en su

adicción. En este sentido, la necesidad lógica de continuar con el desempeño de la actividad laboral puede facilitar, principalmente en períodos de estrés, el retorno al trabajo excesivo. Por ello, pueden ser de utilidad los programas de prevención de recaídas que se han venido desarrollando con éxito en el campo de las adicciones en general (*cf.* Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Marlatt y Gordon, 1985).

En cualquier caso, se trata de meras hipótesis terapéuticas, que deben someterse a una comprobación empírica para valorar la utilidad de las técnicas propuestas.

CONCLUSIONES

El trabajo excesivo —conceptualizado como una labordependencia— no es sinónimo de compromiso, de responsabilidad o de dedicación adecuada a la actividad laboral. Por el contrario, tal y como sucede con todas las adicciones, denota una pérdida de control importante por parte del sujeto. En la actualidad existe una evidencia clínica suficiente en relación con las adicciones psicológicas. No obstante, a excepción del juego patológico (*cf.* Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997), son prácticamente inexistentes los estudios sobre la evaluación y el tratamiento de este tipo de adicciones sin droga. A ello ha contribuido, sin duda, el hecho de que las dos nosologías psiquiátricas vigentes de mayor influencia —el *DSM-IV* y el *ICD-10*— no incluyan este tipo de trastornos en sus clasificaciones. No obstante, en los últimos años han comenzado a aparecer estudios teóricos y de casos sobre estos cuadros clínicos (*cf.* Alonso-Fernández, 1996; Carnes, 1989; Coverly Veale, 1987; Earle *et al.*, 1995; Echeburúa, Amor y Cenea, 1998; Echeburúa y Corral, 1994; Guerricaechevarría y Echeburúa, 1997; Sender, 1997).

En el caso concreto de la adicción al trabajo, se trata de un trastorno que interfiere de forma significativa en la vida cotidiana del sujeto y de las personas que lo rodean. A pesar de que se desconocen todavía muchos aspectos sobre este cuadro clínico, la sociedad competitiva actual, junto con la alta valoración social del trabajo, suponen un caldo de cultivo para el desarrollo de este trastorno, especialmente en aquellas personas con una cierta predisposición individual (el patrón A de conducta, por ejemplo).

Un aspecto definitorio de los trastornos adictivos es, entre otros, el síndrome de abstinencia. En este sentido, a pesar de que todavía son pocos los estudios sobre este cuadro clínico, las personas con una adicción al trabajo experimentan síntomas de ansiedad, de depresión y de irritabilidad cuando permanecen alejados del mismo (Porter, 1996; Robinson, 1989).

Desde otra perspectiva, no queda clara la relación existente entre el trabajo como adicción y el patrón de conducta de tipo A. Probablemente, todos los sujetos que desarrollan una adicción al trabajo presenten un patrón A de conducta. Desde la perspectiva de la prevención, este estilo conductual constituye un claro factor de riesgo. Además, en ambos casos aumenta considerablemente la probabilidad de padecer una enfermedad coronaria (Del Pino, 1996).

Los instrumentos de evaluación disponibles son escasos. Además, a pesar de que alguno de ellos presenta buenas propiedades psicométricas, no se debe olvidar que éstas han sido obtenidas a partir de muestras de estudiantes. Por lo tanto, el desarrollo de instrumentos precisos de evaluación con muestras clínicas constituye una línea futura de investigación.

En relación con la terapia, no existe ningún estudio, ni siquiera de caso único, sobre el tratamiento de este trastorno. En este artículo se sugieren posibles vías

de intervención, basadas en los resultados obtenidos en otro tipo de adicciones psicológicas —el juego patológico, principalmente—. Las técnicas de control de estímulos y de exposición en vivo con prevención de respuesta constituyen una línea terapéutica de suma utilidad en el tratamiento de las adicciones. Lo mismo ocurre con las intervenciones dirigidas a la prevención de recaídas. No obstante, es necesario poner este tipo de técnicas a prueba en el tratamiento de este cuadro clínico, así como valorar la inclusión de otro tipo de estrategias —las técnicas de reestructuración cognitiva, por ejemplo— en función de la especificidad de este tipo de adicción.

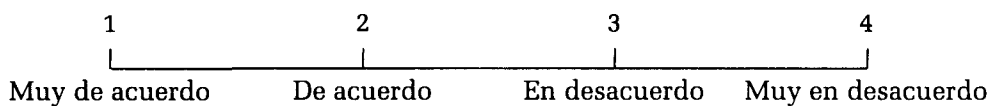
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso-Fernández, F. (1996). *Las otras drogas*. Madrid: Temas de Hoy.
- Álvarez, J.L., Torregrosa, J.R. y Garrido, A. (1992). Estructura social y salud mental. En J.L. Álvarez, J.R. Torregrosa y A. Garrido (Eds.), *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*. Madrid: Siglo XXI.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed.)*. Washington, DC: Author.
- Blumenthal, J.A., Herman, S., O'Toole, L.C., Haney, T.L., Williams, R.B. y Barefoot, J.C. (1985). Development of a brief self-report measure of the Type A (coronary prone) behavior pattern. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 265-274.
- Bogg, J. y Cooper, C. (1995). Job satisfaction, mental health and occupational stress among senior civil servants. *Human Relations*, 48, 327-340.
- Carnes, O. (1989). *Contrary to love: helping the sexual addict*. Minneapolis: Compcare Publishers.
- Coverly Veale, D. (1987). Exercise dependence. *British Journal of Addictions*, 82, 735-740.
- Del Pino, A. (1996). El patrón de conducta tipo A. En V.E. Caballo, G. Buéla-Casal y

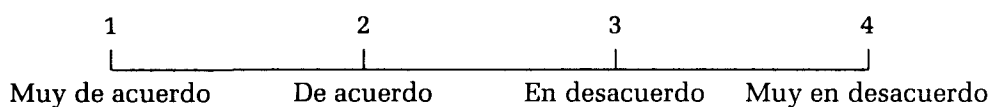
- J.A. Carrobles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (Volumen 2). Madrid: Siglo XXI.
- Doerfler, M.C. y Kammer, P.P. (1986). Workaholism, sex, and sex-role stereotyping among female professionals. *Sex Roles*, 14, 551-560.
- Earle, R.H., Earle, M.R. y Osborn, K. (1995). *Sex addiction. Case studies and management*. New York: Brunner/Mazel.
- Echeburúa, E. (1990). Ansiedad y patrón de conducta de tipo A. En E. Echeburúa (Ed.), *La ansiedad y las fobias en la vida cotidiana*. Bilbao: Universidad del País Vasco. Cuadernos de Extensión Universitaria.
- Echeburúa, E. (1996). *El alcoholismo*. Madrid: Aguilar.
- Echeburúa, E., Amor, P.J. y Cenea, R. (1998). La adicción a Internet. *Monografías de Psiquiatría*.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. *Clínica y Salud*, 5, 251-258.
- Fassel, D. (1990). *Working ourselves to death*. Center City, MO: Hazelden.
- Fernández-Montalvo, J., Báez, C. y Echeburúa, E. (1996). Distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un análisis descriptivo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 37, 13-23.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.
- Flores, T. (1986). Ansiedad y patrón de conducta de tipo A. En A. Tobeña (Ed.), *Ansiedad. Orígenes y tratamiento*. Madrid: Zambelletti.
- Friedman, M. y Rosenman, R.H. (1976). *Conducta tipo A y su corazón*. Barcelona: Grijalbo. (Original, 1974).
- Garson, B. (1990). *Work addiction: organizational boon o doom?* Unpublished manuscript.
- Gossop, M. (1987). *Living with drugs*. Aldershot: Wildwood House/Gower.
- Guerricaechevarría, C. y Echeburúa, E. (1997). Tratamiento psicológico de la adicción al teléfono (líneas partyline y eróticas): un caso clínico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 697-727.
- Hayes, J. y Nutman, P. (1981). *Understanding the unemployed*. Londres: Tavistock Publication.
- Haymon, S. (1992). *The relationship of work addiction and depression, anxiety and anger in college males*. Unpublished doctoral dissertation. Florida State University: Tallahassee.
- Homer, J.B. (1985). Worker burnout: a dynamic model with implications for prevention and control. *System Dynamics Review*, 1, 42-62.
- Jacobs, D.F. (1989). A general theory of addictions: rationale for and evidence supporting a new approach for understanding and treating addictive behaviors. En H.J. Shaffer, S.A. Stein, G. Gambino y T.N. Cummings (Eds.), *Compulsive gambling: theory, research and practice*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Jenkins, C.D., Rosenman, R.H. y Friedman, M. (1967). Development of an objective psychological test for the determination of the coronary-prone behavior pattern in employed men. *Journal of Chronic Diseases*, 20, 371-379.
- Killinger, B. (1993). *La adicción al trabajo*. Barcelona: Paidós.
- Lee, M.D. y Kanugo, R. (1984). *Management of work and personal life*. Nueva York: Praeger.
- Machlowitz, M. (1977). Workaholics. *Across the Board*, October, 30-37.
- Machlowitz, M. (1985). *Workaholics: living with them, working with them*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in addictive behavior change*. Nueva York: Guilford Press.
- Muchinsky, P.M. (1994). *Psicología aplicada al trabajo. Una introducción a la psicología industrial y organizacional*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Naughton, T.J. (1987). A conceptual view of workaholism and implications for career counseling and research. *Career Development Quarterly*, 35, 180-187.
- Oates, W. (1971). *Confessions of a workaholic*. Nueva York: World Publishing.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Méditor.

- Pietropinto, A. (1986). The workaholic spouse. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 20, 89-96.
- Porter, G. (1996). Organizational impact of workaholism suggestions for researching the negative outcomes of excessive work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 70-84.
- Repetti, R.L., Mathews, K.A. y Waldron, I. (1989). Employment and women's health: effects of paid employment on women's mental and physical health. *American Psychologist*, 44, 1394-1401.
- Robinson, B.E. (1989). *Work addiction*. Deerfield Beach, FL: Health Communications.
- Robinson, B.E. (1996a). The psychosocial and familial dimensions of work addiction: preliminary perspectives and hypotheses. *Journal of Counseling and Development*, 74, 447-452.
- Robinson, B.E. (1996b). Concurrent validity of the Work Addiction Risk Test as a measure of workaholism. *Psychological Reports*, 79, 1313-1314.
- Robinson, B.E. y Phillips, B. (1995). Measuring workaholism: content validity of the Work Addiction Risk Test. *Psychological Reports*, 77, 657-658.
- Robinson, B.E. y Post, P. (1994). Validity of the Work Addiction Risk Test. *Perceptual and Motor Skills*, 78, 337-338.
- Robinson, B.E. y Post, P. (1995a). Work addiction as a function of family of origin and its influence on current family functioning. *The Family Journal*, 3, 200-206.
- Robinson, B.E. y Post, P. (1995b). Split-half reliability of the Work Addiction Risk Test: development of a measure of workaholism. *Psychological Reports*, 76, 1226.
- Robinson, B.E. y Post, P. (1997). Risk of addiction to work and family functioning. *Psychological Reports*, 81, 91-95.
- Robinson, B.E., Post, P. y Khakee, J.F. (1992). Test-retest reliability of the Work Addiction Risk Test. *Perceptual and Motor Skills*, 74, 926.
- Rohrlich, J.B. (1992). The dynamics of work addiction. *Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 18.
- Schaeff, A. y Fassel, D. (1988). *Addictive organizations*. San Francisco: Harper & Row.
- Sender, R. (1997). *El trabajo como adicción*. Madrid: Ediciones Neurociencias.
- Sender, R., Valdés, M., Riesco, N. y Martín, M.J. (1993). *El patrón A de conducta y su modificación terapéutica*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Spence, J.T. y Robbins, A.S. (1992). Workaholics: definition, measurement, and preliminary results. *Journal of Personality Assessment*, 58, 160-178.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R. (1968). *Self-evaluation Questionnaire (STAI Form X-2)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Spruelli, G. (1987). Work fever. *Training and Development Journal*, 2, 47.
- Winefield, A.H. y Tiggerman, M. (1990). Employment status and psychological well-being: a longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, 75, 455-459.

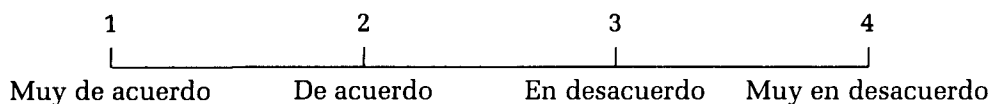
7. Me comprometo con más actividades de las que puedo hacer.



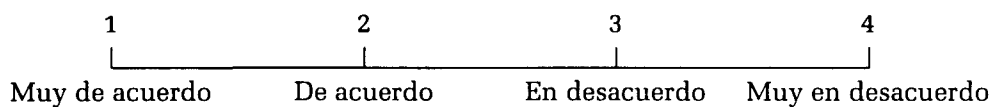
8. Me siento culpable cuando no estoy trabajando en algo.



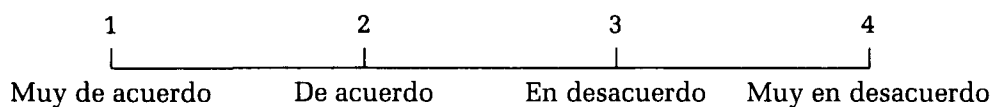
9. Es importante para mí ver los resultados concretos de lo que estoy haciendo.



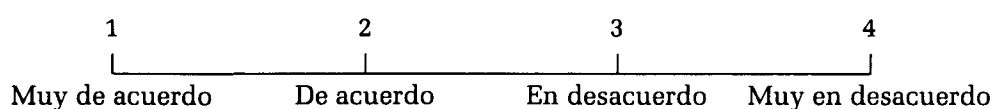
10. Estoy más interesado en el resultado final de mi trabajo que en el proceso.



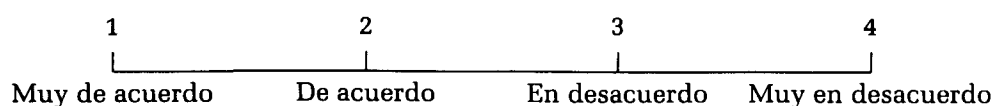
11. A mí me parece que las tareas no se hacen todo lo rápido que se podrían hacer.



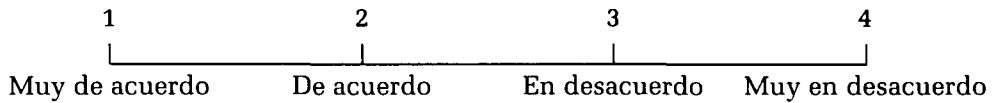
12. Me pongo de mal humor cuando las cosas no ocurren a mi manera o no resultan como a mí me conviene.



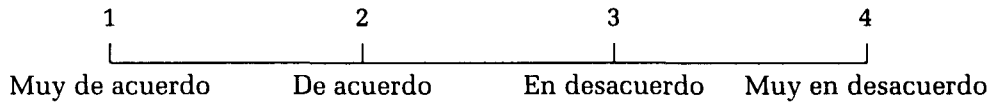
13. Cuando tengo una duda, pregunto lo mismo repetidas veces aunque me hayan dado ya la respuesta.



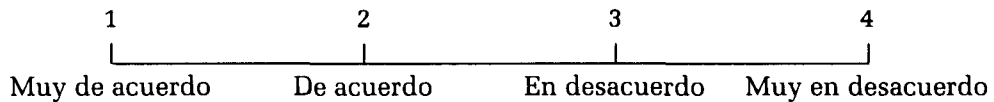
14. Pierdo mucho tiempo planeando y pensando acerca de los acontecimientos futuros mientras desatiendo lo de aquí y ahora.



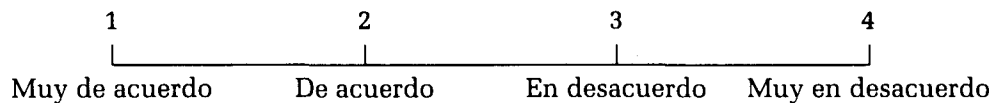
15. Permanezco frecuentemente en el trabajo una vez que mis compañeros se han ido ya.



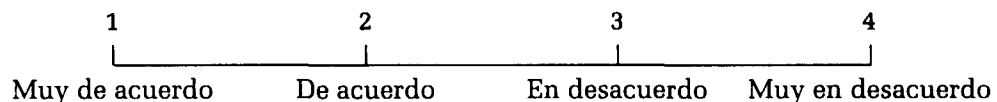
16. Me enfado cuando la gente no responde a mi modelo de perfección.



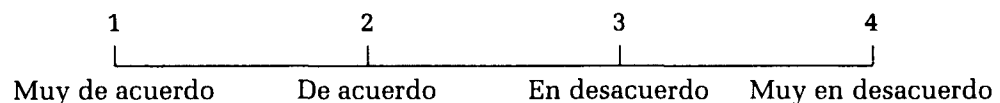
17. Me altero cuando estoy en situaciones que escapan a mi control.



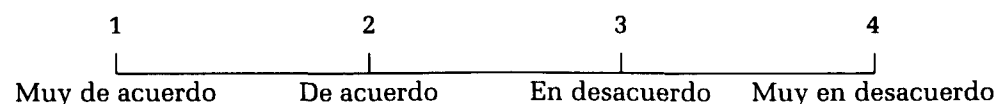
18. Tiendo a estar bajo presión poniéndome yo mismo fechas-límite para terminar las tareas.



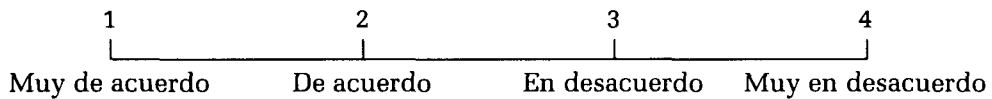
19. Me resulta difícil relajarme cuando no estoy trabajando.



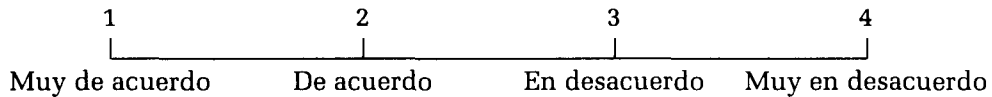
20. Paso más tiempo trabajando que en otro tipo de actividades (salidas con los amigos, aficiones, actividades de ocio, etc.).



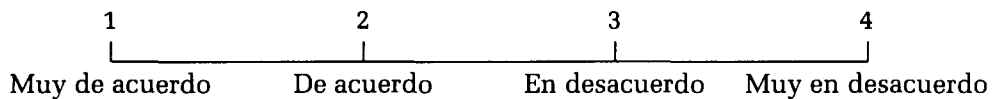
21. Me esfuerzo por ser el primero en todos los proyectos en los que me meto.



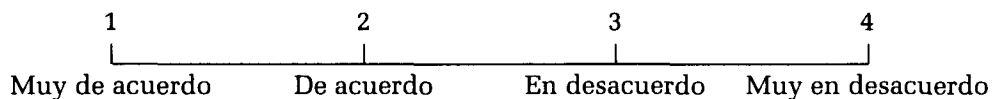
22. Me enfado conmigo mismo cuando cometo el más mínimo error.



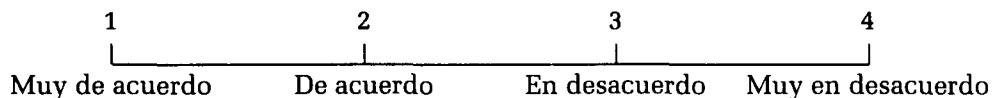
23. Dedico más tiempo, energía y pensamientos a mi trabajo que a las relaciones con los amigos y las personas queridas.



24. Habitualmente olvido, ignoro o resto importancia a los cumpleaños, las reuniones, los aniversarios o las vacaciones.



25. Tomo las decisiones importantes después de que tengo todos los hechos sobre la mesa y tengo ocasión de pensar en ello desde el principio hasta el final.



Nota: Reproducido con permiso del autor.