



# **TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL**

## **“LA LUDOPATÍA EN LOS JÓVENES: INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL”**

**Autor/a:** D<sup>ª</sup>. Paula López González

**Tutor/a:** D. José Javier Callejo González

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2020 – 2021

FECHA DE ENTREGA: 29 de junio de 2021.



## **RESUMEN Y PALABRAS CLAVE**

La adicción al juego es considerada una patología que produce en los individuos que la padecen una incontrolable necesidad de jugar, aun siendo conscientes de las consecuencias negativas que produce en múltiples aspectos de su vida.

Constituye un problema social que lleva experimentándose durante décadas entre la población. Sin embargo, durante los últimos años ha experimentado un notable crecimiento, especialmente entre la población más joven.

En este trabajo, se realiza un acercamiento profesional a este fenómeno en la sociedad española, haciendo especial hincapié en los jóvenes y en los factores de riesgo que influyen en la aparición y el mantenimiento de esta conducta. Al mismo tiempo, se analizan las políticas y los recursos que se han creado para el tratamiento de esta problemática y se diseña una propuesta de intervención tratando de dar respuesta a alguna de las necesidades detectadas.

**Palabras clave:** Juego, Adicción, Atención integral, Trabajo Social, Jóvenes.

## **ABSTRACT:**

Gambling addiction is considered a pathology which causes an uncontrollable necessity of gambling in all the people who suffer from it consequences that it produces in multiple aspects in their lives.

It is a social problem which has been happening for decades among the population. However, it has experienced a noticeable growth for the last years, especially among the youngest people.

In this project, a professional approach to this phenomenon in the Spanish society is carried out, emphasizing the youngsters and the risk factors that affect in the appearance and the upkeep of this behavior. At the same time, the political views and the resources which have been created for the treatment of this problem will be analyzed and an intervention proposal that can give an answer to some guessed necessities will be planned.

**Keywords:** Gambling, Addiction, Comprehensive attention, Social work, Young people.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>2. OBJETIVOS:</b> .....	8
<b>3. CAPÍTULO 1: LA LUDOPATÍA EN LOS JÓVENES</b> .....	9
3.1. Introducción (adicciones).....	9
3.2. Adicciones sin sustancia. La ludopatía.....	10
3.3. La ludopatía en España y en Castilla y León .....	14
3.4. La ludopatía en adolescentes y jóvenes. Un nuevo fenómeno .....	16
<b>4. CAPITULO 2: ATENCIÓN SOCIAL Y TERAPÉUTICA A LA LUDOPATÍA.</b> .....	23
4.1 Normativa y planes de actuación en materia de adicciones sin sustancia .....	23
4.2. Recursos establecidos para el tratamiento de la ludopatía .....	28
4.2.1. Recursos especializados. Asociaciones contra la ludopatía .....	29
4.2.2 Recursos integrados.....	33
<b>5. CAPÍTULO 3: PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN SERVICIO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NECESIDADES SOCIALES DE LAS PERSONAS CON LUDOPATÍA EN EL CENTRO AMBULATORIO DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS DE PALENCIA</b> .....	38
5.1. Naturaleza del proyecto .....	38
5.2. Justificación del proyecto .....	38
5.3. Fundamentación jurídica, política y ética .....	40
5.4. Marco teórico de la intervención .....	40
5.5. Destinatarios .....	42
5.6. Entidad responsable .....	42
5.7. Diagnóstico social .....	43
5.8. Principios de actuación .....	43
5.9. Planteamiento de la intervención.....	44
5.10. Objetivos que pretenden lograrse con la intervención .....	45
5.11. Actividades propuestas.....	45
5.12. Proceso de ejecución .....	48
5.13. Temporalización .....	49
5.14. Recursos a emplear.....	49
5.15. Evaluación .....	50
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	52
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	54



## **1. INTRODUCCIÓN**

La ludopatía, es considerada una patología que produce una alteración progresiva del comportamiento, por la que el individuo manifiesta una incontrolable necesidad de jugar, independientemente de todas las consecuencias negativas que este comportamiento conlleve.

En la actualidad, constituye un problema social en auge que afecta especialmente a la población joven, pues cada vez son más las personas con edades comprendidas entre los 15 y los 35 años, estudiantes o universitarios en su mayoría, que destinan horas al juego, dejando a un lado su vida cotidiana, sus estudios, sus amigos y su familia. Nos encontramos, por tanto, ante una realidad en la que algunos sectores de población que anteriormente no se habían visto afectadas, han comenzado a presentar conductas de juego patológico.

En la década de los años 80, los casos de ludopatía aumentaron notablemente y éste fenómeno empezó a considerarse como un problema social. Desde entonces, ha ido variando en cuanto a pautas de juego y tipos del mismo, el perfil del jugador y la percepción que se tiene sobre esta práctica. Por consiguiente, también ha ido variando el tipo de intervención que los profesionales sociales y de la salud han llevado a cabo con las personas usuarias. Dicha evolución se debe fundamentalmente a la toma de conciencia de la población con respecto a esta problemática y a los cambios que han ido surgiendo en la legislación, en referencia a esta materia, durante las últimas décadas.

Antes de ese periodo, la ludopatía había sido considerada únicamente como un trastorno médico-psiquiátrico y había sido atendida por tanto dentro del ámbito sanitario. Debido al incremento del porcentaje de personas con adicción al juego a lo largo de los últimos años, se han ido desarrollando cada vez más medidas de prevención y recursos sociosanitarios para el tratamiento de esta problemática, tales como asociaciones destinadas al tratamiento específico de la ludopatía y centros tanto ambulatorios como de desintoxicación, en los cuales se ofrece una atención de carácter ambulatorio y residencial, respectivamente. Estos centros, en un principio fueron destinados exclusivamente a las drogodependencias, pero posteriormente se incluyeron en ellos otro tipo de adicciones, entre las cuales se encuentra la adicción al juego. Al mismo tiempo, se han ido estableciendo cada vez más leyes que pretenden regular los distintos tipos de juego y el uso que las personas hacen del mismo.

Un hecho clave en la evolución de las medidas destinadas al tratamiento de este fenómeno es la implementación de la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 impulsada desde el Plan Nacional sobre Drogas. En este plan, se comienzan a incluir las adicciones sin sustancia dentro de la estrategia contra las drogas, planteando una serie de actuaciones frente a este tipo de adicción. Éste hecho, implica la revisión de aquellos programas y actividades que se han realizado con anterioridad, para en su caso, diseñar otros dirigidos a la reducción de los riesgos y daños que pueden causar las conductas adictivas.

En este trabajo se pretende realizar un acercamiento a este fenómeno desde el Trabajo Social, a sus características y su evolución, estudiando la situación actual del mismo en nuestro país, especialmente en lo que respecta a la población joven, pues es éste

colectivo el que más se ha visto afectado en los últimos años. Se pretende especialmente analizar las políticas establecidas, los recursos que se destinan a esta problemática y el tratamiento que se le ofrece a este colectivo de personas. Todo ello con la finalidad última de realizar una propuesta de intervención que permita solventar algunas de las deficiencias detectadas a la hora de intervenir con este colectivo.

Para el logro de estos objetivos, en el capítulo 1 se realizará un análisis del fenómeno de la ludopatía en nuestra sociedad y se tratará de conceptualizar y definir una serie de términos que se encuentran estrechamente relacionados con la ludopatía. Al mismo tiempo, se esclarecerán algunos aspectos básicos tales como los tipos de jugadores y de juego que existen, las características de los jugadores y las fases por las que éstos pasan desde que se inician en el juego hasta que desarrollan un problema de ludopatía.

En el capítulo 2, se procederá a realizar un análisis de los recursos y las políticas existentes con respecto a este fenómeno y el procedimiento llevado a cabo en la intervención con personas adictas al juego. Se conocerán, por tanto, las fases del proceso de intervención con la persona ludópata, las funciones de los distintos profesionales que intervienen y los objetivos que se pretenden alcanzar.

En el capítulo 3, se realizará un proyecto de intervención desde el trabajo social en materia de adicción al juego. En él, se pretende hacer una propuesta de intervención que permita solventar las deficiencias encontradas en el quehacer profesional.

## **2. OBJETIVOS:**

Los objetivos generales y específicos de este trabajo son los siguientes:

1. Analizar profesionalmente la problemática social y personal que presenta la ludopatía.
  - 1.1. Establecer las características principales que éste fenómeno tiene en nuestro país en la actualidad.
  - 1.2. Establecer los factores de riesgo que se encuentran asociados con esta problemática.
  - 1.3. Establecer las consecuencias que produce la ludopatía.
2. Analizar la atención social que recibe esta problemática en Castilla y León.
  - 2.1. Conocer las leyes de regulación del juego que han sido establecidas.
  - 2.2. Analizar los recursos y servicios sociales que se han implementado para poder hacer frente a esta problemática.
3. Hacer una propuesta de intervención que permita solventar algunas de las deficiencias encontradas en el tratamiento que actualmente recibe la ludopatía en Castilla y León y más concretamente la ciudad de Palencia.

## **3. CAPÍTULO 1: LA LUDOPATÍA EN LOS JÓVENES**

### **3.1. Introducción (adicciones)**

La sociedad de hiperconsumo desarrollada a finales de la década de los 70, junto con el aumento de los salarios que tuvo lugar en las décadas anteriores, dio lugar a una nueva sociedad de consumo en torno al crédito y a la necesidad de adquirir cada vez más productos entre un gran abanico de opciones. Éste hecho ha influido en la aparición de diversas patologías mentales en la población y un ejemplo de ellos son las adicciones con o sin sustancia (Pérez del Río. F, 2011).

Algunas de las adicciones más comunes son aquellas que se encuentran relacionadas con el sexo, las compras, el trabajo, internet, las nuevas tecnologías y el juego. En el presente trabajo voy a tratar acerca de ésta última, puesto que es considerada como una de las adicciones más frecuentes (Pérez del Río. F, 2011).

El concepto de adicción es muy diverso y puede hacer alusión, como he mencionado anteriormente, a diferentes aspectos. No obstante, independientemente del tipo de adicción al que nos estemos refiriendo, existen algunos elementos y características comunes que definen toda adicción, como la dependencia y la falta de control.

La Real Academia Española (RAE) define el concepto de adicción como la “Dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico”.

Esta dependencia, hace que la persona que padece la adicción continúe consumiendo determinadas sustancias o manteniendo determinados comportamientos a pesar de las consecuencias negativas que éstos le producen.

La concepción de adicción radica en los límites que los individuos establezcan con respecto a las conductas que llevan a cabo. Cualquier tipo de conducta puede, por tanto, volverse patológica, ya que existen algunos elementos determinantes para ello, como la intensidad, la frecuencia, la cantidad de dinero invertido en la adicción si esta lo precisa, o el grado de interferencia de la misma en las relaciones sociales, laborales y/o familiares de las personas que se encuentran implicadas (Echeburúa et al., 2005).

En base a esto, se considera que el control del individuo a la hora de llevar a cabo cualquier tipo de conducta influye notablemente en el desarrollo de la adicción. La persona, puede comenzar sintiendo placer por la conducta que realiza, pero con el paso del tiempo, esta conducta puede pasar a ganar terreno entre sus preferencias, llegando incluso a dominar su vida. Cuando esto sucede, podemos determinar que se ha desarrollado una adicción (APA, 2013).

Algunas sustancias como el alcohol o las drogas, se sabe que generan adicción en aquellas personas que los consumen frecuentemente y/o en grandes cantidades. Esta adicción, se encuentra motivada fundamentalmente por los beneficios a corto plazo que los consumidores obtienen de dichas sustancias, a pesar de que a largo plazo produzcan graves consecuencias tanto para el propio consumidor como para su entorno más cercano.

Al igual que sucede con este tipo de adicción a sustancias, existen conductas que pueden llegar a provocar una adicción similar en la persona que las lleva a cabo, a pesar de que no exista ningún tipo de sustancia que las genere. Es así como se desarrolla lo que conocemos como adicción sin sustancia (Fairburn, C., 1998).

Por tanto, las adicciones sin sustancia se caracterizan por la dependencia de una persona hacia una determinada actividad, no pudiendo hacer un uso controlado de la misma.

El tipo de adicción sin sustancia que voy a tratar en el presente es la ludopatía o adicción al juego. Dentro del ámbito de las adicciones sin sustancia, es una de las más frecuentes, y además, ha tenido un notable aumento en los últimos años, especialmente entre la población joven.

### **3.2. Adicciones sin sustancia. La ludopatía**

La ludopatía o adicción al juego, comienza a ser considerada como un problema en las sociedades desarrolladas durante la década de los 80. Es en la sociedad de consumo masivo cuando se superan las carencias existentes en generaciones anteriores y ya no solo se persigue el consumo inmediato de productos, sino que ahora las personas comienzan a gastar en cosas no imprescindibles y a poseer o coleccionar diversos objetos. Este ideal consumista tan sobrevalorado acerca de poseer dinero, acumularlo y obtener cada vez más objetos es lo que hace que la ludopatía vaya adquiriendo cada vez mayor fuerza y alcance dentro de la sociedad (Pérez del Río F., 2011).

El juego siempre ha estado presente en nuestras vidas, proporcionándonos momentos de disfrute y diversión. Sin embargo, cuando el individuo lo prioriza frente a otras actividades básicas de su vida diaria, puede convertirse en un problema, tal y como establece la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1992, en la que concibe a la ludopatía como:

Un trastorno caracterizado por la presencia de frecuentes y reiterados episodios de participación en juego de apuestas, los cuales dominan la vida del/la enfermo/a en perjuicio de sus valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares;(…) esta conducta persiste y a menudo se incrementa a pesar de sus consecuencias sociales adversas tales como pérdida de la fortuna personal, deterioro de las relaciones familiares y situaciones personales críticas. (OMS, 1992).

Sin embargo, este fenómeno no hace referencia a cualquier tipo de juego, sino solo a aquellos en los que existe una aportación económica. Dicha aportación suele realizarse en un principio en pequeñas cantidades de dinero, aunque progresivamente va aumentando. No obstante, existe otro tipo de juegos en los cuales no se realizan aportaciones económicas, como pueden ser los videojuegos, pero que pueden fomentar la aparición de conductas adictivas debido a la posibilidad existente de comprar dinero ficticio en ellos (Clark L., 2010).

El concepto de ludopatía ha ido evolucionando y adquiriendo nuevas connotaciones conforme la sociedad ha ido tomando consciencia de las características y de la magnitud del fenómeno. Este hecho, se ha visto reflejado fundamentalmente en las diferentes

ediciones que se han publicado tanto del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), como en la Clasificación Internacional de enfermedades de la OMS (CIE).

Inicialmente, la ludopatía se había considerado únicamente como un trastorno médico-psiquiátrico y había sido atendido por tanto dentro del ámbito sanitario. No fue hasta 1980 cuando se aprobó e instauró de forma oficial el diagnóstico de *ludopatía*, agregándolo en el DSM-III (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) en el año 1983 (APA, 1980).

En posteriores ediciones, concretamente en el DSM-IV (APA, 1994), la ludopatía pasa a clasificarse dentro del apartado correspondiente a los trastornos del control de los impulsos (Echeburúa et al., 2000). En esta edición, la ludopatía es definida por tanto de la siguiente manera:

Como un trastorno de la conducta que se caracteriza por la incapacidad crónica y progresiva de resistir los impulsos hacia el juego, la creciente sensación de activación o tensión previa al juego y la experiencia de gratificación o alivio manifestada cuando se lleva a cabo la conducta de juego (APA, 2002).

Otros autores dan un paso más allá a la hora de conceptualizar la ludopatía dentro del ámbito de los trastornos de la conducta, considerándola como un trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (Potenza et al., 2006).

En la última edición, correspondiente al DSM-V, la ludopatía pasa a ser considerada como juego patológico, incluyéndose dentro del apartado de los trastornos relacionados con sustancias (APA, 2014).

Esta versión, a diferencia de la anterior, pone de manifiesto el componente adictivo como rasgo característico de la ludopatía. Al mismo tiempo, establece una serie de criterios diagnósticos que facilitan la identificación de aquellas personas que experimentan problemas relacionados con el juego. La persona debe cumplir al menos con cuatro de los siguientes problemas en un periodo de 12 meses para que su conducta pueda considerarse problemática.

- Necesidad de apostar cada vez más dinero con vistas a conseguir la excitación que se desea.
- Sentimientos de nerviosismo e irritabilidad al intentar disminuir o parar la conducta.
- Constantes esfuerzos sin éxito de interrumpir, disminuir la conducta de juego o abandonarla.
- Ocupa la mente con pensamientos relacionados con las apuestas, ya sea reviviendo experiencias pasadas de juego o planificando futuras jugadas o formas de obtener dinero con el que poder seguir jugando.
- Realiza apuestas cuando se encuentra ansioso, deprimido o culpable.
- Cuando pierde, sigue jugando para ganar y recuperar lo perdido.
- Emplea la mentira para ocultar su implicación en el juego.

- Deja de lado otros ámbitos de su vida (familia, amistades, empleo/estudios, etc.).

En lo que respecta a la Clasificación internacional de enfermedades de la OMS (CIE), no es hasta la CIE 11 cuando se incluye por primera vez la denominación de “Trastornos por consumo de sustancias o conductas adictivas”. En la clasificación anterior, correspondiente a la CIE 10, el juego patológico aún estaba incluido dentro de los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos (Acción coordinada sobre adicciones sin sustancia en Castilla y León, 2019).

Una vez conceptualizado el término de ludopatía, considero relevante ahondar en las características de los distintos tipos de jugadores existentes, para determinar cuándo una conducta es considerada como un *hobbie* y cuando ésta sobrepasa unos límites y provoca que el jugador pierda el control sobre la situación y se convierta en ludopatía.

Según la clasificación realizada por Echeburúa (1992), nos encontramos, en primer lugar, con los jugadores profesionales. Estas personas, consideran el juego como una forma de vida. En este tipo de juego, la experiencia y la habilidad se consideran de gran importancia para poder ganar.

A su vez, los jugadores sociales, son aquellas personas que emplean el juego como una forma de entretenimiento, haciendo un uso esporádico del mismo, que generalmente tiene lugar en el ámbito social.

Los jugadores problemáticos, son aquellos que abusan del juego, gastando grandes cantidades de dinero en él. Juegan frecuentemente y dejan de lado otras actividades. Este tipo de jugadores tienen un mayor riesgo de convertirse en jugadores patológicos.

Por último, los jugadores patológicos experimentan una pérdida de control con respecto al juego, careciendo, por tanto, de las habilidades necesarias para abandonarlo. Manifiestan una gran dependencia hacia el juego, en el cual invierten grandes cantidades de dinero y de tiempo, llegando incluso a apostar cantidades mayores a las planeadas. Además, presentan un deseo constante de jugar para recuperar el dinero que han perdido.

Al mismo tiempo, existen diferentes tipos de juego: los de habilidad y los de azar. Los primeros, hacen referencia a cualquier tipo de actividad en la cual el jugador gana en función de las habilidades que haya desarrollado para dicho juego. En cambio, en los juegos de azar, no existe ningún tipo de relación entre las habilidades que se hayan desarrollado previamente o el tiempo que se lleve jugando con el resultado final del juego. Depende, solamente de las leyes del azar. Considero relevante esta diferenciación, dado que las personas ludópatas se van a ver atraídas en mayor medida por estos últimos, puesto que con ellos obtendrán el fin último que persiguen, la obtención de dinero (Becoña, 1996).

González (1989), hace a su vez, una clasificación entre los tipos de juego de apuestas más comunes que existen en la actualidad:

- Juegos de casino, como pueden ser la ruleta, el blackjack, bingo, etc...
- Loterías o cupones

- Juegos de cartas o de dados, cuyas apuestas son muy variables.
- Las máquinas tragaperras u otro tipo de juegos mecánicos que ofrecen la posibilidad de ganar.
- Apuestas deportivas, bien en quinielas futbolísticas, como en carreras de caballos, apuestas en otro tipo de actividades deportivas, etc...

Mientras que los cuatros primeros tipos de juego han sido asociados con mayor frecuencia a la población adulta, el último tipo, referido a las apuestas deportivas, es el más practicado en la actualidad por parte de la población joven, siendo éste el sector poblacional en el cual se hace hincapié en el presente trabajo.

Al iniciarse en el juego, las personas ven esta actividad como un *hobbie*, pero conforme ésta va ganando terreno en su vida diaria van convirtiéndose en lo que se ha mencionado con anterioridad como jugadores problemáticos y patológicos. Esta transición sucede de forma progresiva, por lo que el jugador va experimentando con el paso de tiempo una serie de fases que según Custer (1984), se corresponden con las siguientes:

-1º. La fase de ganancia. La persona juega en un contexto social, ganando en ocasiones algún premio. Con el paso del tiempo comienza a dar una mayor importancia a las ganancias, minimizando las pérdidas, lo que conlleva al aumento de su autoestima y optimismo.

-2º. La fase de pérdida. En esta fase, el jugador comienza a jugar en solitario y paulatinamente, va aumentando la frecuencia y la cantidad de dinero que invierte en el juego, lo cual produce un aumento de las pérdidas. Para hacer frente a éstas, el jugador comienza a endeudarse, jugando una mayor cantidad de dinero para poder recuperar dichas pérdidas. Esto produce que el jugador entre en un círculo vicioso.

Es en esta fase cuando la situación familiar y laboral del jugador comienza a deteriorarse y las relaciones sociales de éste se vuelven cada vez más distantes.

-3º. La fase de desesperación. Después de la tregua en el juego que tiene lugar en la fase anterior, le sigue otra fase en la cual el jugador vuelve a recaer, ocultándose a las personas de su entorno. En esta fase, el jugador experimenta problemas financieros y comienza a verse desbordado con las numerosas pérdidas económicas, las cuales incluso le pueden llevar a cometer actos ilegales con los que conseguir dinero. Una vez que las personas del entorno del jugador descubren las mentiras de éste, se produce un gran deterioro familiar y la persona sufre las consecuencias psicológicas y físicas derivadas de su comportamiento patológico. Esto último puede llevar a la persona al consumo de alcohol u otras drogas.

Los jugadores, suelen solicitar ayuda, generalmente presionados por su familia, cuando se encuentran en la fase de pérdidas, siendo las posibilidades de éxito bajas, debido a que la motivación de cambio y la conciencia del jugador acerca de su problema es mínima.

En la fase de desesperación, en cambio sí existen mayores posibilidades de éxito en el tratamiento, ya que la conciencia acerca del problema es mucho mayor que en la fase

anterior. No obstante, el trabajo a realizar con el jugador patológico es mayor en esta fase, pues la alteración existente es mayor y las áreas a trabajar son diversas.

A su vez, las personas que padecen ludopatía, presentan una serie de actitudes que las diferencian de otras personas, por ejemplo, de aquellas que juegan ocasionalmente y consideran esta práctica como una forma de entretenimiento. También deben diferenciarse las personas ludópatas de aquellas que son adictas a juegos en los cuales no existe ningún componente económico, como puede ser el caso de los videojuegos, que he comentado con anterioridad.

Según autores como Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997), existen algunas actitudes de las personas ludópatas como la urgencia para llevar a cabo la conducta y el malestar experimentado si se le impide hacerlo, que guardan una gran similitud con el deseo compulsivo y el síndrome de abstinencia que sufren las personas toxicómanas.

Las características principales que definen a una persona ludópata son, en primer lugar, la pérdida de control y la dificultad a la hora de resistir el impulso hacia el juego. Al existir una dependencia hacia el juego, aparece la necesidad de aumentar tanto el dinero, como el tiempo y la frecuencia que se dedican a esta práctica.

El jugador, pese a ser consciente de las consecuencias negativas que el juego le produce, sigue manteniendo la conducta y encuentra dificultades para abandonar el juego, aunque lo desee. Además, comienza a perder el interés por otros aspectos de su vida (Echeburúa & Báez, 1994).

### **3.3. La ludopatía en España y en Castilla y León**

El juego, fue legalizado en nuestro país en 1977. Éste hecho, junto con la promoción y la aceptación social del juego como opción de ocio, ha hecho que se produzca un notable aumento del número de personas que recurren a él, y al mismo tiempo, de las personas que hacen de este pasatiempo una verdadera adicción, los ludópatas.

También han influido en este aumento otros factores, tales como el empleo de las nuevas tecnologías, a través de las cuales es posible el acceso a un gran número de juegos de apuestas online desde la comodidad del hogar, y la proliferación de casas de apuestas en distintos puntos de las ciudades de todo nuestro país, promocionadas a través de diversos medios de comunicación y vistas como un espacio atractivo de ocio y diversión.

El juego en España representa el 0.9 % del PIB. Según datos obtenidos del *Anuario del juego en España 2018*, realizado por la Universidad Carlos III (2018), en el año 2017, la industria del juego generó 84,702 empleos directos. Este hecho favorece la situación económica de nuestro país, pero al mismo tiempo tiene como contraposición un aumento del número de locales destinados a esta actividad, lo que facilita el acceso de la población a los mismos, y, por consiguiente, la aparición de nuevos jugadores problemáticos y/o ludópatas. No obstante, aunque actualmente el juego presencial prevalece en nuestro país sobre el juego online, éste último ha ido ganando cada vez más terreno, alcanzando una cifra de 305 millones de euros, frente al total de 742

millones que el sector del juego aporta a las empresas. Además, son más de 800.000 las personas que apuestan de manera habitual dinero online.

Tal es la magnitud y el impacto que este fenómeno tiene en nuestro país, que nos encontramos con datos como los que pone de manifiesto Becoña E. (1999), quien considera que al menos un 1,5% de la población mayor de 18 años es adicta al juego y, por si esto fuera poco, la cifra en niños y adolescentes es aún mayor, pues representa un 2% del total de la población.

En la comunidad de Castilla y León, nos encontramos con un panorama similar, pues según los datos de la Federación regional de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR), los datos patológicos de ludopatía en Castilla y León han crecido un 30% desde 2016. Este dato, guarda relación con la duplicación de las salas de juego en esta comunidad entre 2016 y 2019, y desde la federación se quiere dar visibilidad a esta situación.

Cabe destacar que, de los 217 casos nuevos de personas ludópatas, 155 de ellos se encuentran asociados a los juegos presenciales, mientras que 62, se corresponden con la modalidad online.

La edad media del ludópata ha disminuido desde 2019 de manera alarmante, situándose en los 34 años y ocupando la población joven el 69% de los casos tratados por ludopatía, según datos aportados por la Federación regional de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR).

A su vez, el género resulta ser una variable determinante en la aparición de casos de ludopatía, puesto que las mujeres tan solo ocupan un 6% frente al 94% de los hombres diagnosticados (Federación regional de Jugadores de Azar Rehabilitados).

Aunque son menores las cifras de jugadores que juegan de forma online, son muchas las empresas de juego que operan desde esta modalidad y que han invertido mayoritariamente en el ámbito deportivo, debido a que son muchos los eventos deportivos que existen en la actualidad y además el público que se interesa por los mismos es amplio y no se encuentra socialmente estigmatizado. Este tipo de juego se caracteriza por su facilidad de acceso ya que las apuestas deportivas pueden realizarse de forma casi directa a través de diferentes dispositivos tecnológicos, obteniendo una recompensa momentánea y rápida. Éste hecho, resulta atractivo para los jugadores, al combinar la afición asociada al deporte con la emoción que supone poder acertar una apuesta y ganar con ella una recompensa económica (Universidad Carlos III, 2018).

Este crecimiento exponencial de las apuestas deportivas se debe en gran medida, según autores como Hing et al., (2015), a la fuerte promoción que se hace de las mismas y que se dirige a la población joven y adulta.

Dicha promoción, tanto de los juegos presenciales como de los que pertenecen a la modalidad online, es llevada a cabo a través de la publicidad, la cual llega hasta el público joven mediante diversos medios como pueden ser las redes sociales, la prensa deportiva, en anuncios de televisión en las franjas horarias de mayor audiencia, en anuncios de YouTube, en las *cookies* al navegar en internet, etc..., desde los cuales se ofrece una amplia oferta de apuestas de fácil acceso (Castilla et al., 2013).

La publicidad tiene en cuenta una serie de estrategias para despertar el interés de la población. En primer lugar, muestra contenidos que se alejan de la realidad y utiliza para su promoción un perfil de jugador que no les representa pero que, si tiene cierta fama y/o ejerce cierta influencia en la población, como, por ejemplo, figuras de prestigio del mundo del deporte. Además, exageran la posibilidad de obtener ganancias y ofrecen descuentos o regalos con vistas a enganchar a los jugadores en sus primeras experiencias de juego. También se crean situaciones y se muestran mensajes que pretenden reforzar la identidad del jugador y su reconocimiento social (Megías, I. 2020).

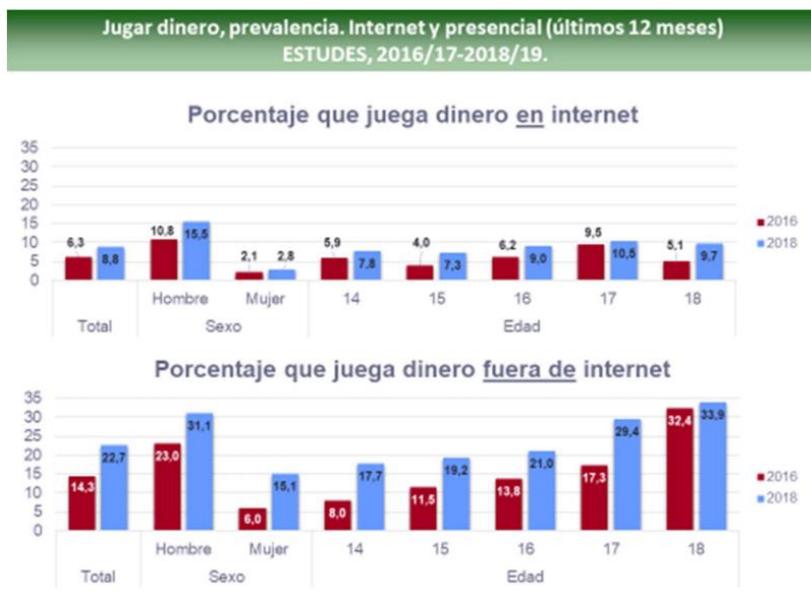
### **3.4. La ludopatía en adolescentes y jóvenes. Un nuevo fenómeno**

La ludopatía, en décadas anteriores afectaba principalmente a hombres con una edad comprendida entre los 30 y los 35 años, sin embargo, en la actualidad nos encontramos con un panorama muy distinto, en el que cada vez son más las personas jóvenes que sufren este tipo de adicción.

Hoy en día, por tanto, el perfil de persona ludópata se corresponde fundamentalmente con el de un hombre joven. Esto se debe, como he comentado anteriormente, a la publicidad, la cual se destina principalmente, tanto en contenido como en forma, a este sector poblacional, al manejo y el uso que los jóvenes hacen de las nuevas tecnologías, posibilitándoles el acceso a diversos juegos de apuestas online, y a algunas características y circunstancias propias que definen a este colectivo, las cuales mencionaré a lo largo de este apartado.

Tan solo en la comunidad de Castilla y León, según datos proporcionados por la encuesta a Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2018 - 2019), enmarcada dentro del Plan Nacional sobre Drogas, se pone de manifiesto que en el año 2018, el 22,7 % de los estudiantes con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años afirma haber apostado durante los últimos doce meses dinero de forma presencial, mientras que el 8,8 % ha apostado a través de internet, como se refleja en el siguiente gráfico.

Gráfico 1.1.: Jugar dinero, prevalencia. Internet y presencial (últimos 12 meses)



Fuente: ESTUDES 2018/19. Comisionado Regional para la droga de Castilla y León

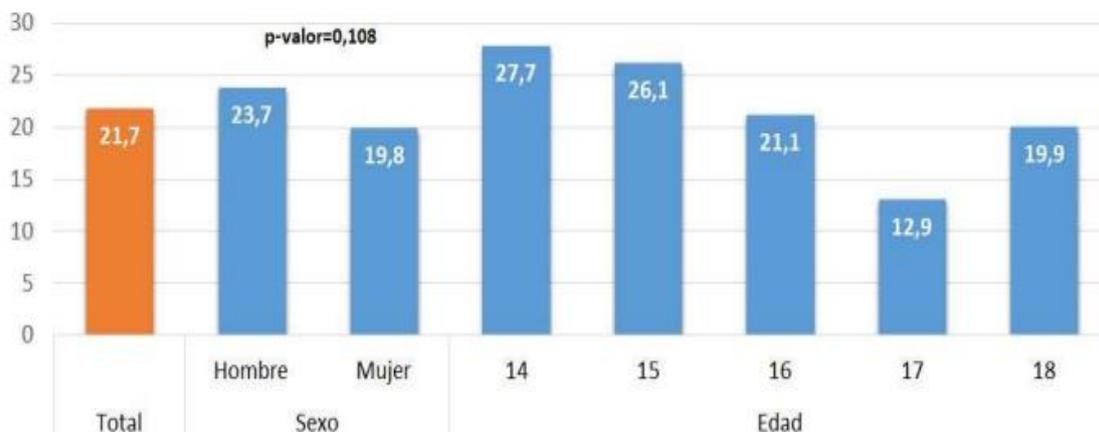
Estos datos muestran que el número de jóvenes castellanoleoneses que juegan ha aumentado con respecto a los datos recogidos en la encuesta ESTUDES correspondiente al año 2016, en la cual se reflejaba que un 14,3% jugaba presencialmente y un 6,3% de forma online.

No obstante, en 2018, mientras que el juego presencial en Castilla y León era similar al del conjunto de España, el juego a través de internet era menor en Castilla y León.

La encuesta revela que, dentro de la modalidad presencial, cuanto mayor es la edad de los jóvenes, mayor es el porcentaje de aquellos que apuestan, siendo en su mayoría, chicos.

Así mismo, en el ámbito preventivo, destaca que casi la mitad de los estudiantes castellanoleoneses encuestados afirma haber recibido información entre 2018 y 2019 acerca de los riesgos que conllevan los juegos de apuestas. Este hecho refleja una evolución positiva, puesto que, en el año 2016, tan solo el 21,7% de los estudiantes declaraba haber sido informado.

**Gráfica 1.2.: Formación recibida en centros escolares sobre los efectos y problemas asociados al juego en internet, apuestas, etc.**



Fuente: ESTUDES 2016/17. Comisionado Regional para la droga de Castilla y León

**Gráfica 1.3.: Formación recibida en centros escolares**



Fuente: ESTUDES 2018/19. Comisionado Regional para la droga de Castilla y León

Nos encontramos por tanto ante un panorama en el que, pese a disponer de más información acerca de los riesgos que el juego conlleva, existe una tendencia ascendente en cuanto a la aparición de nuevos casos de jóvenes que juegan apostando dinero.

Es así por lo que, desde las asociaciones de jugadores patológicos de Castilla y León, han aumentado durante los últimos cuatro años los casos de gente joven con problemas relacionados con el juego, sobre todo online, y con las apuestas deportivas (Acción Coordinada sobre adicciones sin sustancia en Castilla y León, 2019).

Cabe destacar que la adolescencia, se caracteriza por ser un periodo vital en el que la personalidad y el carácter aún no ha sido del todo forjado. Es por esto por lo que los

adolescentes dependen fundamentalmente de la aprobación externa y de la validación por parte de grupos de iguales, con vistas a sentirse integrados dentro de un grupo.

Es durante este periodo y al final del mismo cuando los individuos suelen iniciarse en el juego, aunque cuando este se realiza de forma online suele surgir a una edad más temprana, comenzando la mayoría a jugar en grupo, realizando apuestas de manera colectiva (Garrido et al., 2017).

Por tanto, en lo referente a la aparición de conductas adictivas hacia el juego, Megías, I. (2020) afirma que los amigos/as y el grupo de pares, pueden llegar a ejercer presión grupal, llevando al individuo a iniciarse en el juego, si el resto de componentes del grupo también practican esta actividad. Por otro lado, los hermanos y la pareja también pueden ser referentes importantes dentro del núcleo familiar y relacional.

Al mismo tiempo, el hecho de que el juego se encuentre incluido dentro de los modelos de ocio más comunes entre los jóvenes fomenta la normalización de la práctica, la cual es vista como un modo de socialización a través del cual el joven interactúa con el grupo y se divierte. La existencia de casas de apuestas cerca de los lugares más frecuentados por los jóvenes durante su tiempo de ocio incrementa aún más la posibilidad de que éstos se inicien en el juego. Esto, junto con la facilidad de la actividad en sí misma y la visión de unas ganancias fáciles aparentemente, crea el caldo de cultivo perfecto para que los jóvenes comiencen a jugar (Megías, I. 2020).

A todo esto, se le suman características personales propias de este sector poblacional, tales como la curiosidad de probar actividades nuevas, la constante búsqueda de sensaciones, la impulsividad, las dificultades a la hora de controlar la conducta, la insensibilidad hacia el castigo y el deseo de mantenerse siempre ocupado. Los jóvenes adictos al juego suelen, por tanto, carecer de las habilidades necesarias para cumplir adecuadamente con sus obligaciones y para tomar decisiones, viéndose incapacitados para retrasar o posponer aquello que supone una recompensa o gratificación inmediata. Al mismo tiempo, tienen una tolerancia a la frustración baja (Vázquez-Fernández & Barrera-Algarín, 2020).

No obstante, según otros autores como Deverensky y Gupta (2004), la adicción al juego también puede asociarse a problemas de índole psicológico que pueden padecer los jóvenes, vinculados a la ansiedad, la depresión, al suicidio y a otros comportamientos problemáticos, como puede ser llevar a cabo conductas antisociales, presentar un historial de conflictos tanto familiares como escolares o el consumo de alcohol y drogas.

Ésta última problemática, referida al consumo de sustancias adictivas, se encuentra estrechamente relacionada con la adicción al juego, existiendo diversos estudios que lo avalan.

Según un meta-análisis realizado por Lorains et al. (2011), se pone de manifiesto que los jugadores problemáticos y patológicos presentan tasas elevadas de otros trastornos comórbidos relacionados con el consumo de sustancias. El 60,1% dependen de la nicotina mientras que un 57,5% de otro tipo de sustancias psicoactivas.

Además, desde la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR), se pone de manifiesto que el 28% de los pacientes que juegan de manera compulsiva abusan al mismo tiempo del alcohol.

Al mismo tiempo, según Carreño E., experto en conductas y consumos adictivos y jefe de servicio de una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria, la adicción al juego produce la activación de la misma zona cerebral que con la cocaína.

A lo largo de todo el proceso que se sucede desde que los jóvenes comienzan a jugar hasta que el juego se constituye como un hábito, transcurren una serie de acontecimientos que son los que hacen que el jugador se vaya “enganchando” cada vez más. En un principio, los jóvenes suelen jugar sin realizar apuestas económicas, pero la posibilidad de acceder a bonos que les permiten obtener dinero ficticio dentro del propio juego les incita a iniciarse en la realización de apuestas económicas con las que obtener dinero real. Ante la posibilidad de obtener grandes ganancias apostando poca cantidad de dinero, ésta actividad pasa a considerarse como un hábito.

Al mismo tiempo, los jugadores van experimentando una serie de sensaciones, las cuales perpetúan la conducta de juego. Considero importante esclarecer cuales son las principales emociones experimentadas por los jóvenes, pues quizás de esta manera es posible la implementación de nuevas medidas de prevención que permitan actuar sobre las causas reales que acontecen a éste colectivo, con vistas a evitar la adicción al juego.

Según Megías, I. (2020) las principales sensaciones que los jóvenes experimentan al jugar son las siguientes:

- **Diversión:** El juego es considerado como una actividad de ocio, cuando se realizan en grupo pequeñas apuestas. Además, confluye con la afición al deporte, principalmente al fútbol. Esta sensación desaparece en el momento en el que el fin último pasa a ser la búsqueda de un beneficio económico.
- **Reforzador social:** El reconocimiento social y la aceptación dentro del grupo tienen un gran peso durante la adolescencia. Debido a esto, muchos jóvenes buscan demostrar ciertas habilidades en el juego, mediante las cuales destacar y convertirse en una figura de referencia dentro del grupo de pares.
- **Olvido/ distracción / evasión:** Algunos jóvenes emplean el juego como vía de escape y método de evasión de los problemas que les acontecen en su vida cotidiana.
- **Competitividad:** El jugador puede llegar a experimentar ambición y superación dentro del juego, especialmente si hay terceras personas que obtienen mejores resultados o salen victoriosas.
- **Inmediatez:** El juego en sí mismo posee una dinámica sencilla y rápida, con la que se puede obtener dinero “fácil” a corto plazo. Según autores como Herrero-Fernández et al. (2017), la habituación en el juego de los jóvenes, sucede de manera rápida, existiendo una gran expectativa por obtener un premio la primera vez que se apuesta.
- **Ambición:** Tiene lugar cuando el objetivo del juego ya no es la diversión, sino el beneficio económico. Se asocia a hábitos cercanos al juego problemático.
- **Emoción:** Se asocia de manera casi exclusiva a las apuestas deportivas. Las apuestas se consideran como un añadido de emoción a los partidos.

No obstante, también existen emociones negativas asociadas al juego, como el arrepentimiento y la ansiedad. Estas suceden, respectivamente, cuando el jugador pierde grandes cantidades de dinero, sin obtener un beneficio a cambio y cuando se tiene una necesidad constante de jugar con vistas a superar una racha negativa en el juego, apostando más dinero del habitual y del que la persona puede permitirse o careciendo del suficiente para poder jugar.

Aunque las características y las circunstancias personales de los jóvenes influyen notablemente en la aparición de la conducta adictiva, existen otro tipo de factores de riesgo dentro del ámbito familiar que también pueden llegar a condicionar el desarrollo de una adicción al juego.

Según un estudio realizado por Vázquez-Fernández y Barrera-Algarín (2020), estas circunstancias familiares se derivan del bajo apego entre padres e hijos, la carencia de afecto junto con problemas de comunicación entre los mismos, las prácticas parentales negligentes y en definitiva, una cohesión familiar débil.

Al mismo tiempo, Hing (2015) pone de manifiesto que otros factores como no estar casado, vivir en una familia monoparental con hijos, solo o de manera grupal en una casa, disponer de un nivel alto de educación y estudiar o trabajar a jornada completa también pueden influir en la aparición de una adicción al juego (Hing et al., 2015).

Por otro lado, el género constituye, a su vez, la variable más significativa a la hora de determinar el perfil del ludópata, pues como he mencionado anteriormente, se asume que el juego está en gran medida masculinizado. Son más los hombres que juegan y que padecen problemas relacionados con este hábito.

Además, existen características propias del juego que son atribuidas mayoritariamente a los hombres, como el inconformismo, la codicia, el ansia, la integración dentro del grupo, etc... La forma de jugar de éstos es más competitiva, con menor control sobre el juego y más agresividad en el mismo. Se muestran, además, más despreocupados ante las derrotas.

Este hecho genera en ocasiones una discriminación hacia las mujeres jugadoras, al no encajar supuestamente en el perfil establecido. Desde posturas más tradicionales, está peor visto que una mujer gaste el dinero en el juego, pues llega a considerarse que está gastando dinero de su familia, mientras que los hombres pueden permitírselo porque ellos juegan con “su sueldo”.

Las mujeres presentan ante el juego una mayor responsabilidad, autocontrol y prudencia con respecto a los hombres.

Incluso existe una clasificación entre los juegos que se consideran para hombres y aquellos que se vinculan más con las mujeres. Los hombres, recurren más frecuentemente a las salas recreativas, realizan apuestas deportivas y juegan a las cartas, en especial al póquer. Mientras tanto, las mujeres, optan por juegos de azar y aquellos de carácter más solitario, siendo el bingo el más común. Cabe destacar el hecho de que ante la aparición de problemas como consecuencia de la adicción al juego, son éstas últimas más reacias a recibir ayuda profesional, haciéndolo de forma más tardía que los hombres. No obstante, son más los hombres los que experimentan problemas psicológicos como consecuencia de la adicción al juego (Megías, I. 2020).

No obstante, con independencia del género o de las circunstancias que rodeen al joven, una vez que el juego se ha convertido en patológico y se ha instaurado dentro de su patrón de conducta, se producen una serie de consecuencias negativas que inciden tanto en el propio jugador y en su situación económica, como en su entorno familiar y social.

A nivel económico, se ha demostrado que los jugadores patológicos tienen de media deudas de hasta 5.000 euros. Además, pueden tener deudas derivadas de préstamos personales, microcréditos adquiridos por internet y/o compras con tarjeta.

En el ámbito social, el adicto al juego experimenta aislamiento, pérdida de amistades y abandono de otras alternativas de ocio.

En cuanto al ámbito académico o laboral se refiere, el rendimiento en este ámbito disminuye, el jugador pierde concentración a la hora de realizar actividades y llega incluso a ausentarse en su centro de estudio o trabajo.

La ludopatía, también genera una serie de consecuencias negativas en el propio jugador, tales como depresión, ansiedad, cambios de humor, tristeza, insomnio, irritabilidad, desesperación e ideas de autolisis. Al mismo tiempo, su autoestima suele disminuir y aparecen sentimientos de culpa, inutilidad y vergüenza. También pueden tener lugar algunos trastornos de la alimentación, y por consiguiente, constantes aumentos y bajadas de peso.

En cuanto al clima familiar, el ludópata comienza a sentir desconfianza y codependencia hacia sus familiares. Los problemas de comunicación son frecuentes y en ocasiones ésta llega a ser incluso nula. Además, tienen lugar numerosas discusiones que pueden llegar a generar un cuadro de ansiedad en algunos padres (Vázquez-Fernández & Barrera-Algarín, 2020).

## **4. CAPITULO 2: ATENCIÓN SOCIAL Y TERAPÉUTICA A LA LUDOPATÍA.**

La toma de conciencia por parte de la población y de los poderes públicos acerca de la ludopatía y de la magnitud y el alcance que ésta tiene entre la población, especialmente entre los más jóvenes durante los últimos años, tal y como se ha mencionado en el capítulo 1, ha hecho que se impulsen nuevas medidas de actuación que pretenden fundamentalmente, prevenir las conductas de juego problemático y reducir los efectos negativos asociados a las mismas, en aquellas personas que los padecen.

Para ello, se han establecido una serie de leyes y planes de actuación en materia de adicciones sin sustancia y al mismo tiempo, se han creado una serie de recursos desde los cuales se ofrece un tratamiento ante esta problemática.

### **4.1 Normativa y planes de actuación en materia de adicciones sin sustancia**

En este apartado, se recoge una síntesis de la legislación vigente en esta materia, tanto a nivel nacional como autonómico. Desde esta perspectiva, puede observarse la necesidad de incorporar las adicciones sin sustancia, entre las cuales se encuentra la ludopatía, dentro de la legislación que previamente había sido destinada únicamente al ámbito de las adicciones con sustancia.

En primer lugar, dentro del ámbito nacional, destaca la aprobación de la Ley 13/2011, de 27 de mayo, de Regulación del Juego. Esta ley supuso un gran cambio dentro del ámbito del juego, debido a su impacto tanto en los propios jugadores y la ciudadanía en su totalidad, como por las oportunidades que ofrece para llevar a cabo de manera conjunta y global el juego responsable en España.

A través de ella, se pretende regular la actividad de juego desarrollada en el ámbito estatal, en cualquiera de sus distintas modalidades, con vistas a garantizar la protección del orden público, además de luchar contra el fraude, prevenir las conductas que generen adicción, proteger los derechos de los menores de edad y salvaguardar los derechos de aquellas personas que participen en los juegos, sin perjuicio de lo establecido en los Estatutos autonómicos.

Es el Ministerio de Economía y Hacienda quién se encargará de establecer, por Orden Ministerial, la reglamentación básica para el desarrollo de cada tipo de juego, o las bases generales para la aprobación del desarrollo de juegos esporádicos.

En esta ley se establece que cualquier modalidad de juego que no se encuentre regulada por la misma, estará prohibida.

A través de esta regulación, se prevén, en función de la naturaleza de cada juego, los requisitos necesarios para evitar el acceso de menores de edad y personas incapacitadas, además de impedir la utilización de cualquier tipo de imagen o contenido que pueda llegar a vulnerar la dignidad de las personas y sus libertades y derechos fundamentales, o bien, que puedan llegar a discriminar de manera sexual o racial o incitar a la violencia o a la realización de actos delictivos.

Al mismo tiempo, se han establecido políticas de juego responsable a través de las cuales las actividades de juego se abordan desde una política integral de responsabilidad social corporativa que plantea acciones de prevención, sensibilización, control e intervención, además de la reparación de aquellos efectos negativos que se hayan producido.

Las acciones de prevención pretenden sensibilizar, informar y difundir buenas prácticas de juego, además de los posibles efectos negativos que puede producir un mal uso del juego.

A su vez, fue creada también en el año 2011 la Dirección General de Ordenación del Juego (DGOJ), el órgano del Ministerio de Consumo, dependiente de la Secretaría General de Consumo y Juego. Corresponde a este órgano la regulación, autorización, coordinación, supervisión, control e incluso la sanción de actividades relacionadas con el juego dentro del ámbito estatal. Al mismo tiempo, asume el objeto, las funciones y las competencias expuestas en la Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego, salvo aquellas funciones referidas a la gestión y a la recaudación de tasas, las cuales serán asumidas por la Agencia Estatal de Administración Tributaria en materia de juego (Dirección General de Ordenación del Juego, 2019).

En la misma línea, con vistas a asesorar a la Dirección General de Ordenación del Juego (DGOJ), a la hora de diseñar y definir la Estrategia de Juego Responsable, así como de establecer las líneas a seguir por el sector del juego en este ámbito, fue creado en 2013 el Consejo Asesor de Juego Responsable (CAJR).

En el acuerdo de 25 de febrero de 2019, del Consejo Asesor de Juego Responsable, se aprueban una serie de secciones que lo integran: la sección Científica, la de Protección al participante, la de Juego y la Sociedad y Asistencial.

En primer lugar, la sección científica pretende ahondar, a través de proyectos, en el conocimiento de la adicción hacia los juegos de azar, así como de las implicaciones de éstos a nivel biopsicosocial. Todo ello desde una perspectiva académico-científica.

En cuanto a la Protección al Participante, se estudiarán iniciativas que persigan el desarrollo de políticas de juego responsable.

En la sección de Juego y Sociedad, se incluirán proyectos que contribuyan al establecimiento de vías de colaboración con otros actores que estén implicados en el juego, así como estrategias de comunicación que posibiliten identificar los juegos de azar como actividades que presentan unas características especiales que deben tenerse en cuenta a la hora de practicarlas o comercializar con ellas.

Por último, en la sección Asistencial, se pone el foco de atención en el conocimiento de la realidad social de aquellas personas a las cuales les ha sido diagnosticado un trastorno mental de adicción al juego, valorándose al mismo tiempo las necesidades específicas que presenta este colectivo (Consejo Asesor de Juego Responsable, 2013).

En cuanto a la Estrategia de Juego Responsable mencionada anteriormente, cabe destacar que es el producto derivado de la acción conjunta entre las asociaciones privadas, la industria del juego, las comunidades autónomas y el Gobierno de España. A través de esta estrategia, se pretende sensibilizar a la opinión pública acerca de la problemática y al mismo tiempo, poner en marcha los medios necesarios de prevención

y tratamiento de los fenómenos relacionados con el juego problemático. Se debe contribuir por encima de todo, al equilibrio entre los aspectos personales y sociales, por un lado, y los costes y beneficios que se asocian a los juegos de azar en nuestro país, por otro.

Destaca por otro lado, la *Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024*, la cual se encuentra dentro del marco institucional implementado a raíz de la instauración del Plan Nacional sobre Drogas de 1985, junto con la Delegación del Gobierno para el mismo. Su misión es ofrecer un marco de referencia para el Plan de acción sobre Adicciones. Para ello, en esta estrategia se establecen una serie de objetivos en materia de adicciones, cuya consecución pretende lograrse a través de la implementación de acciones concretas propuestas en el plan.

En relación con el juego, desde esta estrategia se plantean como objetivos la reducción de la presencia y promoción que se hace acerca de las drogas y otras conductas susceptibles de generar una adicción, limitando al mismo tiempo el acceso de los menores a las mismas. También se pretende promover una conciencia social acerca de los riesgos y los daños que las drogas y otro tipo de adicciones pueden provocar, aumentando la percepción acerca del riesgo asociado tanto al consumo de sustancias como a la adicción a determinadas conductas, como puede ser el juego. Desde esta estrategia, se pretende además fomentar el desarrollo de habilidades y capacidades personales que disminuyan la vulnerabilidad ante el consumo de drogas y otras conductas susceptibles de generar una adicción. Al mismo tiempo, se persigue la promoción de conductas y hábitos de vida saludables, a través de los cuales se pueda hacer un buen uso de las nuevas tecnologías y se lleven a cabo alternativas sanas de ocio, alejadas del abuso de sustancias y de otras conductas adictivas (*Estrategia Nacional sobre Adicciones, 2017*).

En el Plan de acción sobre adicciones 2018-2020 mencionado con anterioridad, se recogen, a su vez, las acciones que deberán desarrollarse para la consecución de los objetivos fijados en la *Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024*.

Este plan cuenta con la participación de todos los órganos de la Administración Central implicados, los Planes Autonómicos de Drogas y otras adicciones, representantes de la Administración Local y al mismo tiempo, Organizaciones del Tercer Sector y algunos de los representantes de las sociedades científicas.

Está desarrollado en torno a 6 ejes de actuación, siendo éstos la Coordinación, la Prevención y la Sensibilización de la sociedad, la Atención Integral, la Mejora del Conocimiento, la Reducción de la Oferta y la Cooperación Internacional.

Desde el eje de prevención, este plan pretende contribuir, a través de actividades comunicativas, al aumento de la percepción del riesgo social derivado del consumo de drogas y de otro tipo de adicciones. Dicha comunicación está destinada a la población general, aunque hace un mayor énfasis en los menores de edad, debido a la vulnerabilidad que caracteriza a este colectivo frente al desarrollo de conductas adictivas.

Al mismo tiempo, desde el plan se pretende promover la inclusión de las adicciones sin sustancia en todas aquellas normativas, planes y programas que trabajen sobre la prevención de las adicciones.

Se pretende a su vez impulsar un programa nacional de prevención “Ocio Seguro y Saludable” en colaboración con el sector del turismo y de la hostelería.

Desde el eje referido a la atención integral, se pretende, en base a los objetivos planteados por la Estrategia Nacional sobre Adicciones, garantizar un atención integral de calidad, a través de la coordinación entre la red de tratamiento a las adicciones y el resto del sistema socio-sanitario, de la mejora del tratamiento y del seguimiento de las personas con adicciones en los servicios sociales y sanitarios, y de la integración del tratamiento de las adicciones dentro de los planes de salud comunitaria.

También se pretende consolidar la incorporación de nuevas adicciones sin sustancia dentro de la red asistencial.

Al mismo tiempo, se persigue personalizar los itinerarios en la intervención e implementar recursos y programas específicos con los cuales intervenir ante aquellos casos en los que exista una patología dual.

Por otro lado, debido a que aún no todas las comunidades autónomas han incorporado las adicciones sin sustancia, entre las cuales se incluye el juego patológico, dentro de sus programas de tratamiento de adicciones, se considera necesario establecer una serie de guías y protocolos con los que poder diagnosticar y tratar este tipo de adicciones sin sustancia. Para llevar a cabo lo anterior, se establece un Grupo de Trabajo en el que se definen los criterios y los protocolos diagnósticos establecidos según el DSM-V y la CIE 11 para la ludopatía. También se elabora tanto un protocolo de diagnóstico como uno de tratamiento para la ludopatía, que posteriormente es presentado a las comunidades autónomas.

Dentro del eje de reducción de daños, se pretende, según los objetivos fijados por la Estrategia Nacional sobre adicciones, llevar a cabo actuaciones que reduzcan los daños dentro del abordaje del tratamiento de las adicciones sin sustancia.

A su vez, con vistas al fomento de la incorporación social, desde la Estrategia Nacional sobre Adicciones, se pretende ampliar la oferta y mejorar la adecuación de los programas y servicios a los nuevos perfiles de personas que son atendidas, incluyendo entre éstas, aquellas que presentan una adicción sin sustancia.

Dentro del eje de reducción y control de la oferta, sin embargo, el plan no contempla aun el establecimiento de medidas que persigan la reducción de ofertas de juego que puedan incitar a la población a comenzar a jugar o a mantener la conducta adictiva.

No obstante, en lo que respecta a la revisión de la normativa, si se contempla una revisión de aquella normativa que hace referencia al ámbito del juego y de las apuestas tanto en locales como de forma online, y que se encuentra relacionada con la accesibilidad y la publicidad que se hace de las mismas, con vistas a proteger especialmente a los menores de edad (Plan de Acción sobre Adicciones, 2018).

Por último, debe destacarse el Real Decreto 1113/2015, de 11 de diciembre, por el que se desarrolla el régimen jurídico del Consejo Español de Drogodependencias y otras

Adicciones. El Consejo al que hace referencia este decreto, fue creado con vistas a la mejora de la calidad técnica tanto en la definición como en la ejecución de las políticas y actuaciones de ámbito estatal sobre el control de la oferta y la reducción de la demanda de drogas y de otro tipo de adicciones, y de los efectos negativos que estas producen tanto en las personas como en la sociedad.

En lo que concierne a la comunidad de Castilla y León, nos encontramos con los siguientes planes de actuación.

En primer lugar, destaca la Ley 4/1998, de 24 de junio, reguladora del Juego y de las Apuestas de Castilla y León. Esta ley, pretende regular el juego y las apuestas en cualquiera de sus distintas modalidades, además de cualquier actividad que se relacione con las mismas, en el ámbito territorial de la comunidad de Castilla y León, conforme a lo dispuesto en el Estatuto de autonomía.

Su ámbito de aplicación se extiende tanto a las actividades de apuestas y de juego, como a los establecimientos en los cuales se lleven a cabo estas actividades, a la gestión llevada a cabo con los materiales relacionados con el juego y a las personas y empresas que intervengan en cualquiera de estas actividades.

Desde esta ley se establecen una serie de principios que deben seguir todos los juegos comprendidos dentro del Catálogo de Juegos y Apuestas de Castilla y León. Estos principios son los siguientes: Transparencia en el desarrollo de juegos y apuestas así como la garantía de que no se produzcan fraudes, posibilidad de que la Administración intervenga y controle el desarrollo de los mismos y prevención de perjuicios a terceros.

En el ámbito de la publicidad, en esta ley se pone de manifiesto que toda aquella publicidad que se realice en materia de juego y apuestas deberá estar sujeta a una autorización administrativa previa, con las condiciones fijadas reglamentariamente. Además, queda prohibida toda aquella publicidad que incite a los jugadores potenciales a participar o que perjudique la formación durante la infancia o la juventud.

Al mismo tiempo, se establecen en la presente ley una serie de limitaciones en cuanto al acceso a los establecimientos en los que se desarrollen actividades relacionadas con el juego o con las apuestas, quedando prohibido el acceso a menores de edad y a personas incapacitadas legalmente. También se prohíbe acceder a los establecimientos a personas que presenten síntomas de embriaguez o de intoxicación por drogas, así como de enajenación mental.

A su vez, se pone de manifiesto la existencia de la Comisión de Juego y Apuestas de Castilla y León, dependiente de la Conserjería competente en esta materia. Desde la Comisión, se estudia, coordina y asesora acerca de las actividades de juego y apuestas.

Además, se establece el Decreto 12/2005, de 3 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento regulador de las máquinas de juego y de los salones recreativos y de juego de la Comunidad de Castilla y León. Dicho reglamento, tiene por objeto la regulación, dentro del ámbito territorial de la Comunidad de Castilla y León, de las máquinas de azar y recreativas, además de los salones de juego y recreativos en los cuales se instalen dichas maquinas.

En el año 2018, a través del Decreto 39/2018, de 27 de septiembre, se modifica el reglamento regulador de las máquinas de juego y de los salones de juego de la Comunidad de Castilla y León, el cual fue aprobado por el Decreto 12/2005, de 3 de febrero, mencionado en el párrafo anterior.

Por otro lado, con el objetivo de mejorar la prevención, la detección precoz y la asistencia a personas que padecen de una adicción al juego, o que hacen un uso problemático de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC), la Conserjería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Sanidad y Educación ha establecido la Acción coordinada sobre adicciones sin sustancia en Castilla y León, para el periodo comprendido entre 2019 y 2021.

Esta acción es acorde con los objetivos fijados en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 y se implementa con vistas al desarrollo de una actuación sinérgica y coordinada entre la Administración General del Estado y la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

En ella, se definen 32 actuaciones que abarcan las áreas de prevención, asistencia y los sistemas de información. Para lograr una mayor eficiencia, efectividad y sostenibilidad en el desarrollo de la misma, las actuaciones se apoyan en planes y proyectos que ya han sido implementados anteriormente (Acción coordinada sobre adicciones sin sustancia en Castilla y León, 2019).

## **4.2. Recursos establecidos para el tratamiento de la ludopatía**

Con vistas a atender al colectivo de personas afectadas por un problema de ludopatía, en nuestro país se han creado múltiples recursos. Existen, por un lado, recursos especializados, como asociaciones, en las cuales se trata exclusivamente la adicción al juego, y por otro, recursos integrados, en los cuales además de la ludopatía, se tratan otros tipos de adicciones, como la adicción a las drogas, posibilitando así una atención integral ante aquellos casos en los que exista una comorbilidad entre ambas patologías. Estos últimos, pueden ser tanto centros ambulatorios, como centros de desintoxicación, comunidades terapéuticas y centros de día.

Desde la intervención profesional en este tipo de recursos, se pretende fundamentalmente reducir el impacto que la adicción al juego tiene en la vida cotidiana de aquellas personas que la padecen, persiguiendo, al mismo tiempo, la eliminación completa del hábito.

Desde los dispositivos de primer nivel pertenecientes al Sistema Público de Servicios Sociales, tales como los Centros de Atención Social (CEAS) o el propio sistema sanitario, es posible acceder a los diferentes recursos existentes desde los cuales se atiende la ludopatía, aunque, no obstante, dentro del propio sistema sanitario también se han creado en algunos hospitales, dentro del ámbito de la salud mental, unidades específicas en las que se ofrece tratamiento a la ludopatía. El acceso a dichos recursos también puede ser por derivación desde dispositivos correspondientes al segundo nivel de Servicios Sociales, como los Centros Ambulatorios de Atención a las Drogodependencias, siempre y cuando la intervención ante esta problemática no haya sido implementada aún en ellos. Otras asociaciones destinadas exclusivamente a las

drogodependencias, como por ejemplo ACLAD o Proyecto Hombre, también derivan a personas drogodependientes a recursos que ofrecen tratamiento para la ludopatía, si se ha valorado la existencia de una comorbilidad entre ambas adicciones.

El acceso a los recursos existentes también puede llevarse a cabo previa demanda de la persona afectada o de los familiares de esta.

#### **4.2.1. Recursos especializados. Asociaciones contra la ludopatía**

A partir de una Comisión Gestora convocada con todas las asociaciones existentes en España, surge la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR), la cual representa al colectivo de personas con adicción a los juegos de azar y reivindica la defensa de los intereses del mismo a nivel nacional.

Está constituida por distintas asociaciones y federaciones repartidas por todo nuestro país, que aúnan fuerzas para situar la ludopatía y la rehabilitación de la misma en el lugar que le corresponde debido a su importancia e impacto social.

Todas ellas además de disponer de distintos profesionales, tales como psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, directores terapéuticos, etc... Cuentan con la participación de Jugadores Rehabilitados y Familiares de Jugadores Rehabilitados, pues son considerados como una inestimable fuente de experiencia y de conocimiento, sin la cual, las asociaciones no podrían existir como tal.

Las asociaciones que constituyen la Federación trabajan cada una de ellas de distinta forma, pero todas ellas persiguen el mismo fin, que es el tratamiento, la prevención y/o investigación acerca de la dependencia al juego de azar, con el fin último de lograr la rehabilitación del ludópata, fundamentalmente a través del sistema de autoayuda y ayuda mutua.

Una de las labores fundamentales llevadas a cabo por estas asociaciones es la de Prevención de la adicción, destinada en especial hacia la población joven, que se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad ante la misma. Se considera que una buena prevención disminuye en gran medida la aparición de jugadores problemáticos.

Al mismo tiempo, se persigue dar a conocer la enfermedad ante la sociedad en general e incrementar, a través de la investigación, el conocimiento sobre las nuevas tendencias de este tipo de adicción. Es por esto, por lo que las asociaciones deben tener siempre presente el avance tecnológico, pues éste puede tener graves consecuencias para aquellos que hagan un mal uso de él.

En la actualidad, las 22 asociaciones con las que cuenta la Federación en todo el territorio nacional son las siguientes: ABAJ (Burgos), ACOGER (Córdoba), ACAJER (Cáceres), AEXJER (Badajoz), AGAJA (Vigo), AGALURE (A Coruña), AJER (Cáceres), AJUPAREVA (Valladolid), ALEJER y APAL (Madrid), APREJA (Huelva), APREXS (Extremadura), ARALAR (Pamplona), ASEJER (Sevilla), AKINTZA ALUVIZ (Bizkaia), LAR (Córdoba), LARCAMA (Toledo y Ciudad Real) , LARPA (Asturias), Nueva Esperanza (Murcia), Nueva Vida y Vida Libre (Alicante) y PATIM (Castellón).

Las 2 federaciones autonómicas que también se incluyen en la Federación son: FAJER (Federación Andaluza de Jugadores de Azar Rehabilitados) y FECYLJAR (Federación Castellano Leonesa de Jugadores de Azar Rehabilitados).

A su vez, FECYLJAR, la Federación Castellano- Leonesa de Jugadores de Azar Rehabilitados, agrupa, defiende y asesora a las asociaciones de Castilla y León que se dedican al tratamiento y la prevención de las adicciones a los juegos de azar.

Se encuentra integrada por las siguientes asociaciones: Asociación de Jugadores Patológicos Rehabilitados de Valladolid, **AJUPAREVA**, la Asociación de Jugadores Rehabilitados **Miguel Delibes**, ambas entidades de Valladolid; la Asociación de Jugadores en Recuperación **El Azar** de Palencia, la Asociación Burgalesa para la Rehabilitación del Juego Patológico, **ABAJ**, y Asociación de Jugadores Rehabilitados de Segovia, **ASEJARE**.

Las asociaciones que forman parte de Fecyljar, son organizaciones no gubernamentales, con un carácter benéfico-social carente de ánimo de lucro. Forman parte de los servicios sociales de utilidad pública y brindan atención y asistencia a todas aquellas personas pertenecientes a la comunidad de Castilla y León que la precisen.

Todas ellas, cuentan con la colaboración de las instituciones públicas pertenecientes a la comunidad castellanoleonesa en su totalidad, y a cada provincia y municipio, respectivamente.

Cada una de las asociaciones que componen FECYLJAR tienen los mismos fines y objetivos terapéuticos, aunque existan algunas características que diferencien a algunas de ellas del resto. No obstante, en todas las asociaciones, se ofrece un servicio terapéutico personalizado con el cual se pretende lograr la recuperación individual, familiar, laboral y social de aquellas personas que tienen un problema de adicción al juego. A lo largo de todo el proceso de rehabilitación, prima el trato humano y profesional, y el apoyo a través de grupos en los que se refuerzan los valores de cada individuo y del grupo en su totalidad. Desde las asociaciones, se ofrece también asesoramiento tanto jurídico como sanitario y sociolaboral.

Al mismo tiempo, se ofrece asesoramiento educativo y preventivo, trabajando en coordinación con organismos oficiales y privados.

Todas ellas, cuentan además con la participación de jugadores rehabilitados y familiares de los mismos, pues su colaboración en el proceso es fundamental para la rehabilitación de los enfermos. Estos voluntarios, ofrecen formación relacionada con el proceso de acogida, la coordinación de las terapias y el seguimiento de la evolución tanto de los usuarios como de sus familias.

Todas y cada una de las asociaciones están equipadas por un equipo profesional constituido fundamentalmente por un/una psiquiatra, un/una psicólogo/a y un/una trabajador/a social.

El/la psiquiatra, valora la posibilidad de ofrecer tratamiento con psicofármacos a aquellos jugadores que presenten niveles elevados de ansiedad o que padezcan algún otro tipo de patología o trastorno.

El/la psicólogo/a, a su vez, se encarga de ofrecer atención psicológica y asesoramiento a los enfermos tanto en las terapias individuales como en las de grupo.

El/la trabajador/a social, lleva a cabo la atención directa de las personas afectadas que acuden por primera vez a tratamiento, a través de la realización de la historia bio-psico social, con la colaboración de la psicóloga del centro. Al mismo tiempo, se encarga de informar, derivar y asesorar a todos aquellos usuarios que lo necesiten. También puede trabajar como terapeuta dentro de las terapias de grupo (Fecyljar, 2018).

En lo que respecta al funcionamiento de las asociaciones, tienen lugar, fundamentalmente, tres procesos: Acogida, Estudio bio-psico-social y Rehabilitación a través de terapias individuales y grupales.

Una vez que tiene lugar la primera toma de contacto del ludópata con la asociación, ya sea por iniciativa propia del afectado, o por derivación de un servicio de salud mental o de un CEAS, se lleva a cabo el proceso de acogida. Este proceso, es llevado a cabo por un jugador rehabilitado y un familiar del mismo. Dependiendo del caso, tipo de jugador y/o problemática, en ocasiones requiere la presencia de la Técnico especialista o psicóloga de la asociación.

Posteriormente, el/la trabajador/a social y el/la psicólogo/a del centro llevan a cabo entrevistas de diagnóstico con la persona afectada y se realiza un estudio bio-psico-social en el que se estudian los factores sociales y contextuales además de otros aspectos relevantes del individuo, tales como su personalidad, su nivel de ansiedad, su impulsividad, etc... De esto último se encarga el/la psicólogo/a a través de la realización de una batería de tests. De esta manera, se determina si existe o no un diagnóstico de ludopatía y se sondea al mismo tiempo si el usuario presenta otro tipo de patologías o trastornos. Una vez centrado el problema, se determina qué tipo de programa terapéutico es el más oportuno y se pasa a incluir al enfermo en la terapia más adecuada a su caso.

Tras esta valoración, se inicia el proceso de rehabilitación con la persona ludópata. En función de las características particulares de la enfermedad y la amplitud de la problemática de cada afectado (social, laboral, interpersonal, familiar, legal...), el director técnico o psicólogo establece los tratamientos personalizados y las terapias de grupo que requiere cada usuario. Se llevan a cabo reuniones tanto de manera individual, únicamente el jugador afectado, como conjuntamente, con sus familiares, siempre que los afectados lo deseen.

En las terapias grupales, con el apoyo constante tanto de los profesionales como de los voluntarios, se fomenta la autoayuda, reforzándose el poder del grupo para hacer frente al problema y la ayuda mutua, mediante la cual los distintos componentes del grupo, se brindan apoyo entre sí. Es fundamental, por tanto, que los miembros del grupo intercambien sus experiencias y se creen vínculos entre iguales para así poder hacer frente al problema que les acontece.

En este tipo de terapia, se persigue que las personas que forman parte del grupo asuman el carácter de enfermedad que tiene el juego, con vistas a conseguir detener los impulsos incontrolados de jugar. También se pretende que el jugador encuentre cuales son las causas o los motivos que le han llevado a depender del juego, para poder

resolverlas. Al mismo tiempo, se trabaja con los familiares, para que asuman también la condición de enfermedad que tiene este tipo de adicción y que, a su vez, tomen consciencia de la importancia de su participación a lo largo de todo el proceso de rehabilitación del jugador.

Durante todo el procedimiento, se lleva a cabo un seguimiento a través de consultas tanto familiares como individuales, en las cuales el/la psicólogo/a, mediante terapia cognitivo conductual, aborda aquellos temas que inquieten a los afectados por esta problemática o aquellos aspectos que sean considerados de especial interés o que estén relacionados, de manera directa o indirecta con el juego o con situaciones vitales complicadas. A través de este tipo de terapia, se pretende que la persona afectada entienda como es su forma de pensar sobre sí mismo, sobre la situación en la que se encuentra y sobre el entorno que le rodea. También se pretende que comprenda cómo aquellas acciones que realiza influyen en sus pensamientos y sentimientos. De esta manera, es posible el cambio en la forma de pensar (cognitivo) y de actuar (conductual) (*Royal College of Psychiatrists, 2009*).

Cabe destacar el hecho de que algunas asociaciones, como por ejemplo la denominada “Miguel Delibes” en Valladolid, cuentan con un “grupo joven” que lleva a cabo una terapia selectiva dentro del régimen general de rehabilitación de toda persona ludópata que forma parte de la asociación. La alta prevalencia de jugadores jóvenes existente en la asociación y el mayor grado de afectación mental de éstos con respecto a los adultos hace necesaria la implementación de una terapia específica para dicho sector poblacional. A través de esta modalidad de terapia, se pretende lograr la normalización de la vida del joven tanto a nivel familiar como social y profesional.

Una vez que el grupo joven ha sido constituido, se establecen una serie de normas y principios de actuación, tales como la integración y la motivación para llevar a cabo el tratamiento de forma grupal, la definición de la estructura y el funcionamiento del grupo, la puesta en marcha de la terapia grupal y el seguimiento de la misma, y por último, la evolución del trabajo que se ha realizado con el grupo.

Dentro de este grupo, los profesionales informan al joven de manera objetiva acerca de la adicción que padece, le preparan y motivan para que lleve a cabo el cambio, le ofrecen los recursos y las alternativas necesarias para el mismo, fomentan el desarrollo de nuevas habilidades y recursos adaptativos, fomentan la abstinencia total hacia el juego y le preparan para la prevención de posibles recaídas.

La metodología llevada a cabo con este grupo está basada, fundamentalmente en el entrenamiento en habilidades sociales y en formas de solucionar los problemas, en técnicas de *rol-playing* y de modelado y modificación de conductas, en actividades de tipo cognitivo-conductual para reducir los sentimientos de nerviosismo y ansiedad, etc...

Resulta llamativo el hecho de que, teniendo en cuenta la elevada incidencia de personas jóvenes con ludopatía, tan solo exista una asociación en Castilla y León que haya creado un grupo específico para este sector poblacional. Es por esto, por lo que considero importante, que, desde la intervención con personas ludópatas, se desarrollen actividades destinadas exclusivamente a la población joven, puesto que como es sabido,

los adolescentes y jóvenes presentan unos rasgos de personalidad distintos a los existentes durante otros periodos vitales, lo cual puede influir en el tratamiento.

Algunas asociaciones, establecen al mismo tiempo, una serie de objetivos destinados a la prevención de la adicción a los juegos de azar, en todos y cada uno de los ámbitos de la sociedad. De esta manera, se pretende advertir de las consecuencias negativas que este tipo de adicción puede generar.

Para ello, se llevan a cabo diversas actividades divulgativas como congresos, convivencias, campañas, jornadas y charlas en colegios, institutos, asociaciones, centros cívicos, etc... También se desarrollan actividades dirigidas a la juventud e intervenciones publicitadas a través de diversos medios de difusión. También se fomenta la toma de conciencia por parte de los poderes públicos en lo referente a esta problemática, mediante la realización de frecuentes encuentros y reuniones.

Se facilita también el contacto con otras asociaciones de Castilla y León que persiguen los mismos fines, con vistas a la unificación de criterios a seguir en lo referente a la prevención y al tratamiento de la ludopatía.

#### **4.2.2 Recursos integrados.**

Como se ha mencionado con anterioridad, en este tipo de recursos además de ofrecerse tratamiento a las drogodependencias, se atienden otro tipo de adicciones como la ludopatía. En nuestro país nos encontramos actualmente con pocos recursos de este tipo, lo cual, quizás se deba a la aún escasa conciencia social por parte de los poderes públicos acerca de la magnitud de esta problemática y de la necesidad de implementar más recursos en los que se ofrezca un tratamiento a la misma.

#### **Centros ambulatorios**

Los Centros de Tratamiento Ambulatorio se engloban dentro de los recursos específicos del segundo nivel del Sistema de Servicios Sociales. En ellos, se ofrece tratamiento integral a las personas que sufren algún tipo de adicción, con el objetivo de lograr su rehabilitación o la modificación y mejora de su calidad de vida. De esta manera, se contribuye a que dichas personas puedan reinsertarse tanto social como laboralmente, ofreciéndolas tanto atención médica, como psicológica y social.

Al mismo tiempo, permiten el acceso de los destinatarios a otros recursos y programas disponibles del tercer nivel de la red de atención a las drogodependencias, tales como las Unidades de Desintoxicación hospitalaria, las Comunidades Terapéuticas y los Centros de Día.

En estos centros ambulatorios, se llevan a cabo acciones de prevención, orientación, desintoxicación y deshabituación, todo ello en régimen abierto, a través de consultas externas previa cita.

Aunque este tipo de centros se han dedicado en su mayoría, de forma exclusiva a las adicciones relacionadas con sustancias, recientemente, se ha implementado en algunos de ellos la atención a las adicciones sin sustancia, entre las que se encuentra la adicción

al juego. No obstante, en la actualidad, todavía son muchos los centros ambulatorios en los que todavía no han sido incluidas este tipo de adicciones dentro de su catálogo de servicios.

Considero que éste hecho debería cambiar, puesto que en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, el DSM-V, el juego patológico se incluye dentro de los trastornos relacionados con sustancias (APA, 2014). Además, como se menciona en el capítulo anterior, las consecuencias que produce la adicción al juego pueden llegar a ser muy similares a las que produce el alcohol o las drogas, y, al mismo tiempo, se muestran datos que establecen una clara correlación entre ambas patologías, lo que indicaría quizá la necesidad de implementar un tratamiento conjunto e integral.

En los Centros Ambulatorios de Atención a Drogodependientes en los que se ofrece tratamiento para la ludopatía, se pretende ayudar a la persona afectada a que logre la abstinencia hacia el juego al mismo tiempo que se previenen las recaídas. Al mismo tiempo, se ofrece ayuda a la persona ludópata para que pueda adoptar un estilo de vida sano con el cual pueda sentirse satisfecho sin tener la necesidad de jugar.

Para ello, se compaginan los tratamientos farmacológicos con la intervención social y psicológica llevada a cabo por los/las trabajadores/as sociales y psicólogos/as, respectivamente. El objetivo final que pretende lograrse a través de la intervención, es la rehabilitación total del paciente.

Cabe destacar, como he mencionado anteriormente, que, entre los jugadores patológicos, es frecuente encontrar personas que padezcan de una patología dual, caracterizada por la presencia al mismo tiempo de otro tipo de trastornos psicopatológicos y/o de abuso de sustancias. Por ello, se llevará a cabo, en primer lugar, una valoración diagnóstica inicial, a través de la cual se incluirán tanto cuestionarios diagnósticos, como entrevistas semiestructuradas acerca de la historia del juego de Echeburúa, a través de la cual se recogen todos los datos que guarden relación con el inicio y el desarrollo del problema de juego. Durante esta fase, también suele llevarse a cabo un Cuestionario de Juego patológico de South Oaks, que consta de 19 ítems que tratan aspectos relacionados con la conducta de juego, las fuentes a través de las cuales se obtiene el dinero para jugar, la pérdida del control y las emociones que se encuentran implicadas (Báez, C., Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J., 1994).

La intervención que se ofrece en estos centros, combina diferentes técnicas psicológicas, (técnicas cognitivas, de desensibilización, control de estímulos, autorregistros, etc.), además del tratamiento psicofarmacológico (fundamentalmente antidepresivos), el cual se adecúa a las necesidades de cada paciente.

Al mismo tiempo, al igual que en las asociaciones, no se trabaja solo con el sujeto afectado por la adicción, sino que también se trabaja con la familia del mismo, a través de grupos terapéuticos en los que prima la autoayuda.

El programa de tratamiento suele estructurarse en sesiones de una hora de duración y con periodicidad semanal.

En la primera sesión, se plantea la hipótesis de la que parte el problema, se hace un análisis de la conducta y de los aspectos financieros y se plantea la evitación del juego.

En la segunda, se elabora un plan individualizado de actuación, en función del análisis de la conducta previamente realizado.

En la tercera, se procede al planteamiento de nuevas alternativas reforzantes para el usuario.

En la cuarta y en la quinta se hace una revisión de los progresos realizados y se tratan las posibles dificultades surgidas (Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, 2005).

### **Centros de desintoxicación**

Las unidades de desintoxicación hospitalaria forman parte de los recursos del tercer nivel de la red asistencial de drogas y adicciones, en los cuales se ofrece un alto grado de especialización en dicha materia.

Al igual que ocurre en los Centros Ambulatorios de Atención a las Drogodependencias, este tipo de centros se dedican en su mayoría al tratamiento exclusivo de las adicciones con sustancia, aunque han comenzado a incluirse en ellos las adicciones sin sustancia.

En España la persona afectada por una adicción al juego puede ingresar en este tipo de centros. Se considera que es necesario el ingreso cuando la persona ha perdido toda su capacidad para decidir y para frenar sus impulsos hacia el juego. En este tipo de centros se lleva a cabo un tratamiento intensivo y se aísla a los afectados de cualquier tipo de estímulo que pueda desencadenar la conducta adictiva. Se le aísla incluso de su entorno social y familiar.

Este tipo de centros cuentan con la presencia de profesionales de la psicología que se han especializado en las características y en la forma de funcionar que caracteriza a una persona adicta.

En ellos, se tratan diferentes adicciones, con sustancia y sin ella, diferenciando los grupos terapéuticos en función de la adicción.

Al igual que ocurre en las asociaciones, se dispone de grupos de autoayuda en los cuales las personas afectadas comparten sus experiencias, historias personales y sus emociones y sentimientos con respecto a la conducta de juego. En estas dinámicas las personas se ven reflejadas unas en otras, lo cual les ayuda a tomar consciencia sobre su problemática. También se llevan a cabo terapias individuales en las cuales los especialistas ayudan a las personas afectadas a reconocer y comprender su problema, dotándoles al mismo tiempo de las herramientas con las cuales poder afrontarlo y superarlo.

Para que se produzca el ingreso de la persona adicta, esta debe ofrecer su consentimiento. En los casos en los que el afectado niega su adicción, lo cual es frecuente, existe la figura de un especialista de intervención en adicciones, el cual lleva a cabo una mediación entre el afectado y sus familiares, con vistas a lograr que el adicto al juego tome consciencia de su problemática y finalmente acceda a tratamiento.

El tiempo que la persona permanece ingresada en el centro depende de su perfil patológico, es decir, de sus características psicoemocionales de su entorno social y

familiar, de sus resistencias, etc... No obstante, es el equipo terapéutico quien evalúa el tiempo de ingreso que requiere cada afectado, aunque este suele oscilar entre un mes y dos años (Red Nacional de Apoyo y Soluciones para Adicciones, 2020).

### **Comunidades terapéuticas.**

Al igual que los centros de desintoxicación, este tipo de recurso pertenece al tercer nivel de la Red Asistencial de Drogas y Adicciones. Este tipo de centro socio sanitario, también lleva a cabo actuaciones para el tratamiento de la ludopatía en régimen de internamiento. La permanencia de los individuos en el centro tiene una duración determinada, en base al logro de ciertos objetivos prefijados.

En él, se ofrece, de igual forma que en el resto de los recursos en los que se tratan las adicciones, una atención biopsicosocial a las personas adictas, atendiendo, mediante la coordinación entre distintos profesionales a todas las necesidades que acontecen a cada persona usuaria, para que, de esta manera, se lleve a cabo un tratamiento integral de su problemática.

Un hecho destacable en la intervención ofrecida desde estos centros es la simulación de la vida real dentro de la propia comunidad. Cada residente cumple con sus roles reales e interacciona con el resto de los residentes. Se fomenta por tanto, la creación de un proyecto de vida alternativo que los residentes puedan aplicar, tras la finalización de su estancia en el centro, en su vida cotidiana.

Se crean a su vez grupos terapéuticos y se llevan a cabo terapias individuales y procedimientos educativos. Todo esto, genera una sinergia entre todas las intervenciones llevadas a cabo en el centro, mejorando así las relaciones sociales entre los distintos miembros que conviven en él, los procesos de aprendizaje y la intervención terapéutica.

Cabe destacar que todo el proceso terapéutico se desarrolla en un entorno de autoayuda entre los diferentes miembros, contribuyendo de esta manera al desarrollo personal de cada uno de ellos (Fundación Atenea Grupo Cid, 2010).

### **Centros de día**

Por último, existen centros de día, pertenecientes también al tercer nivel de la Red Asistencial de Drogas y Adicciones, en los que se atiende a la adicción al juego. Estos, a diferencia de los centros de desintoxicación y de las comunidades terapéuticas, no cuentan con un régimen de internamiento.

En ellos, se ofrece un régimen mixto de tratamiento, pues la persona afectada por un problema de ludopatía solo pasa una parte del día en el centro.

El tratamiento ofrecido es similar al que se lleva a cabo en los centros de desintoxicación, pero menos intensivo, ya que se supone que la persona que acude a un centro de día ya cuenta con algunas de las herramientas y estrategias necesarias para poder hacer frente a su problema de adicción. Sirven, por tanto, como apoyo complementario al tratamiento efectuado desde los Centros Ambulatorios mencionados anteriormente, si

así lo consideran necesario el equipo de profesionales que intervienen con las personas usuarias en éstos últimos.

Cabe destacar que, en este tipo de centros, al igual que en los demás, se ofrece una atención integral y multidisciplinar, adaptada a las características de cada persona (Red Nacional de Apoyo y Soluciones para Adicciones, 2020).

## **5. CAPÍTULO 3: PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN SERVICIO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS NECESIDADES SOCIALES DE LAS PERSONAS CON LUDOPATÍA EN EL CENTRO AMBULATORIO DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS DE PALENCIA**

### **5.1. Naturaleza del proyecto**

Esta propuesta de intervención, plantea la implementación de un servicio que ofrezca tratamiento a la adicción al juego dentro del Centro Ambulatorio de atención a las Drogodependencias de Palencia, perteneciente al Complejo Asistencial San Juan de Dios de la provincia. Se persigue que sirva como guía para la implementación futura de este recurso en el resto de los centros ambulatorios de la comunidad.

### **5.2. Justificación del proyecto**

En los capítulos anteriores, se han establecido las características fundamentales y el impacto que la ludopatía tiene en aquellas personas que la padecen. Al mismo tiempo, se ha puesto de manifiesto la existencia de una elevada incidencia de casos de personas ludópatas durante los últimos años en nuestro país, especialmente entre la población más joven.

También, se ha recogido la normativa vigente que pretende regular este tipo de adicción, mediante la implementación de leyes, estrategias, planes y acciones tanto a nivel nacional como autonómico. Al mismo tiempo, se han analizado los recursos tanto públicos como privados que existen en la actualidad para dar respuesta a esta problemática.

Del análisis de estos recursos, se concluye que, aunque existan asociaciones que ofrezcan un tratamiento específico para la ludopatía, todavía existe una carencia de recursos a los que las personas afectadas por adicciones sin sustancia pueden acceder, en comparación con los existentes para el tratamiento de las adicciones con sustancia.

Debido a la tendencia ascendente que existe en la actualidad en materia de adicción al juego, especialmente entre la población más joven, tal y como se mencionó en el capítulo 1, considero importante proveer la existencia de otros recursos que traten la ludopatía dentro de cada provincia, con vistas a evitar la superación del número máximo permitido de afectados en las asociaciones en un futuro, si el número de casos de personas ludópatas continuase ascendiendo. Además, la reducción del número de personas afectadas en las asociaciones implicaría mayor tiempo a disposición de los profesionales, lo cual se traduciría en una agilización en el proceso terapéutico y por consiguiente, una mejora en la calidad de la atención ofrecida a los destinatarios.

Al mismo tiempo, no debe olvidarse, tal y como se mencionó en el capítulo 1, que la ludopatía se trata de un problema que incide de manera negativa en múltiples aspectos de la vida del jugador. A nivel personal, genera cambios bruscos en el estado de ánimo

además de una serie de emociones negativas. Además, el jugador presenta dificultades en el plano académico o laboral, viéndose disminuido su rendimiento en dicho ámbito. A todo esto, se le suma el endeudamiento que llega a manifestar tras las sucesivas pérdidas de dinero en las apuestas. Las relaciones sociales del jugador se ven a su vez perjudicadas, llegando a perder amistades, experimentando situaciones de aislamiento y abandonando otras alternativas de ocio por las que anteriormente tenía interés. Además, a nivel familiar, son frecuentes los problemas de comunicación y las discusiones entre la persona ludópata y sus familiares.

Por ello, ante las diversas consecuencias que tiene la adicción al juego, debe ofrecerse una atención integral que incida sobre todas y cada una de ellas. La atención integral, es un aspecto fundamental dentro del modelo de atención centrado en la persona empleado en Trabajo Social, en el cual se sitúa a la persona como eje central de la intervención, atendándose a todos aquellos aspectos que afectan a su vida.

Al mismo tiempo, la correlación existente entre el consumo de drogas y la adicción al juego, mencionada con anterioridad, hace aún más necesaria dicha atención integral, pues es conveniente que se ofrezca a aquellas personas que presenten ambas patologías un tratamiento conjunto de las mismas en un mismo centro, ya que esto facilitará la coordinación entre los distintos profesionales que intervienen con la persona que presenta dicha comorbilidad.

A su vez, el hecho de no tener que derivar a una persona adicta a las drogas desde un recurso destinado a las drogodependencias a una asociación de ludopatía, una vez valorada la presencia de una adicción al juego, agiliza notablemente el proceso y la adaptación de la persona afectada al mismo.

Sin embargo, tal y como se ha mencionado en el análisis realizado en el capítulo 2, aún son pocas las provincias que cuenten con un Centro de Atención Ambulatoria a las Drogodependencias en el que además de tratar adicciones a las drogas se traten otro tipo de adicciones sin sustancia, como la adicción al juego.

Concretamente, en Castilla y León, todavía no se ha implementado un tratamiento de atención a la ludopatía en ninguno de los centros ambulatorios existentes en cada provincia de la comunidad. Es por este motivo, por lo que considero necesario que se comiencen a tratar las adicciones sin sustancia desde este tipo de centros y que se implemente en ellos un programa que ofrezca una atención específica a la ludopatía.

Además, considero importante que dentro del programa se prevean una serie de actividades destinadas exclusivamente a la población más joven, dado la incidencia que este sector poblacional ha sufrido durante los últimos años en materia de adicción al juego. Las dinámicas establecidas para este colectivo deberán adecuarse a las características distintivas del mismo, las cuales difieren de las de la población adulta, e incidir al mismo tiempo sobre las sensaciones que los jóvenes experimentan cuando llevan a cabo una conducta de juego, pues ésta es la base sobre la cual debe guiarse la intervención profesional.

### **5.3. Fundamentación jurídica, política y ética**

Toda intervención social debe basarse siempre en los derechos humanos inherentes a todas las personas y en el respeto y la garantía de los mismos. Este enfoque está conformado por tres dimensiones: La ética, la política y el derecho.

La ética, en su estudio de la moral y de la acción humana, establece que es lo que es correcto o que es lo que debe ser. Los derechos humanos son en sí mismos, exigencias de justicia, y ésta, a su vez, recoge todas las aspiraciones que conforman la ética social.

Los derechos humanos, más allá de simples convicciones personales, deben trascender al ámbito público, traduciéndose en acciones políticas que posibiliten y garanticen su cumplimiento.

Además, los derechos humanos deben estar garantizados jurídicamente. Son derechos fundamentales que inspiran el ordenamiento jurídico y al mismo tiempo lo transforman. Todos los ciudadanos deben, por tanto, cumplirlos. Desde la Declaración Universal, se reconoce la dignidad de todos los seres humanos, independiente de sus características (Tibaná, D.C., 2009).

### **5.4. Marco teórico de la intervención**

La intervención que se plantea a través de esta propuesta, se basa fundamentalmente en dos modelos o perspectivas teóricas: La perspectiva biopsicosocial y la perspectiva de atención centrada en la persona. Éstas dos perspectivas, guían el quehacer profesional con las personas destinatarias del servicio y al mismo tiempo, constituyen el eje central sobre el que se basa la intervención, estando presentes a lo largo de todo el proceso.

En primer lugar, el modelo biopsicosocial, surge a raíz de que, en 1977, George L. Engel defendiera la necesidad de establecer un modelo médico holístico que superase al anterior modelo biomédico que se limitaba a la concepción clásica de “causa-efecto”, sin tener en cuenta que la realidad es más compleja y que dentro de ella interactúan una serie de sistemas. Éste hecho se refleja, tal y como se comentó en el capítulo 1, en la concepción clásica de la ludopatía como trastorno médico-psiquiátrico tratado únicamente desde el ámbito sanitario (APA, 1980).

En cuanto al concepto de sistema, Bertalanffy, L (1976), lo define como un conjunto de elementos que presentan interacciones entre sí, estableciéndose una interdependencia entre las partes. La Teoría General de Sistemas no solo estudia los sistemas mediante un análisis de las partes que lo componen, sino que emplea un enfoque integral y sintético, ilustrando las interacciones que tienen lugar entre las partes (Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre, 2015).

Por tanto, desde este enfoque biopsicosocial, los factores biológicos, psicológicos y sociales, se encuentran interrelacionados, jugando todos ellos un papel importante tanto en el funcionamiento humano en el contexto de la enfermedad como en la percepción de la misma, siendo en este caso la conducta adictiva. Las adicciones, por tanto, no son causadas por un único factor, sino que son diversos los factores que influyen en su aparición y desarrollo. Es por esta razón, por la que el abordaje

terapéutico debe realizarse en cada una de las tres esferas mencionadas, pues solamente considerando a la persona en todas sus dimensiones es posible la recuperación de la misma ante el problema de adicción (Vanegas García et al., 2007, p. [58]).

El componente biológico del modelo biopsicosocial sitúa la causa de la adicción en el funcionamiento del organismo. A su vez, el componente psicológico, sitúa algunos aspectos como la falta de autocontrol y algunos otros rasgos de personalidad del individuo como el origen de la adicción. Por último, el aspecto social hace hincapié en cómo distintos factores sociales, tales como la cultura, el nivel socioeconómico y la tecnología, entre otros, pueden influir en la aparición de las conductas adictivas.

Por tanto, desde este modelo integral de tratamiento, se incluyen elementos psicoterapéuticos, de apoyo social y tratamientos médico-farmacológicos y psiquiátricos (Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre, 2015).

Desde esta perspectiva biopsicosocial, los tres ámbitos se deben valorar al mismo nivel, en busca de un conocimiento integral y un desarrollo completo de la persona, trabajando al mismo tiempo sobre los deseos y las necesidades de la misma y acordando objetivos comunes. Cabe destacar, dentro de este modelo, el fomento de la participación activa de los sujetos dentro del proceso asistencial. Este hecho, se refleja en la voluntariedad de la persona tanto a la hora de iniciar el proceso como a la hora de decidir la metodología a llevar a cabo en el mismo y los objetivos que se pretenden lograr. En base a los criterios del modelo biopsicosocial y la evidencia científica del mismo, se lleva a cabo una intervención adaptada a cada persona en particular.

Para conocer de manera integral la realidad de la persona, con vistas a la posterior intervención en la misma, es necesaria, al mismo tiempo, la participación y coordinación de un equipo multidisciplinar, constituido por profesionales especializados en cada una de las áreas que componen este modelo: sanitaria, psicológica y social.

No obstante, cabe destacar que la perspectiva biopsicosocial no se centra únicamente en el ámbito de la intervención, sino que plantea la incorporación, de manera integrada, de los componentes biológicos, psicológicos y sociales en cualquiera de los ámbitos relacionados con las adicciones, tales como la investigación sobre las conductas adictivas, la prevención de las mismas y la incorporación social de las personas que las padecen (Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre, 2015).

Por otro lado, el modelo de atención centrado en la persona se configura como otro de los puntos de partida sobre los cuales se basa todo el proceso de intervención llevado a cabo con las personas destinatarias de la intervención.

Desde este modelo, la persona se sitúa como el centro del proceso de ayuda, en el cual se le ofrece una atención personalizada acorde con su historia, sus deseos e intereses. La persona se concibe como un ser único con unas características particulares que la definen.

Desde el Trabajo Social se persigue promover que la persona sea capaz, mediante apoyos, de minimizar su situación de dependencia o fragilidad, fomentando al mismo tiempo sus capacidades y potencialidades y desarrollando al máximo su autonomía

personal, en base a su propio proyecto de vida. El proyecto de vida se basa en aquello que la persona considera importante en el momento actual.

Los apoyos planteados por los profesionales son diseñados junto con la persona, fomentando la participación activa de ésta a lo largo de todo el proceso. La persona, por tanto, se concibe como referente y motor del proceso de atención, se favorece su independencia en las actividades de la vida diaria y al mismo tiempo se estimula su autodeterminación para mantener el control sobre su vida y tomar sus propias decisiones. Este modelo se basa en la idea de que nadie tiene más conocimiento sobre uno mismo/a que la propia persona, siendo ésta la portadora de las claves necesarias para poder comprender y autodirigir su vida emprendiendo los cambios necesarios.

Para ello, y con vistas a lograr la calidad de vida de la persona, se fomenta al mismo tiempo el desarrollo de medidas del entorno físico, social y organizativo.

La intervención social llevada a cabo con la persona tiene, por tanto, carácter integral, ya que a través de ella se atienden todos los aspectos de la vida de la misma. Al mismo tiempo, tiene carácter transversal, ya que se coordinan los diferentes recursos y servicios disponibles. Esto es, en base a la perspectiva biopsicosocial mencionada con anterioridad.

Este tipo de atención se nutre del conocimiento científico y se orienta desde principios éticos, protegiendo los derechos de las personas reconocidos en el Código Deontológico de Trabajo Social, en normativas y en declaraciones internacionales (Rodríguez, 2013).

### **5.5. Destinatarios**

Puede ser beneficiaria de este proyecto cualquier persona residente en la provincia de Palencia que presente una adicción al juego, con independencia de su edad o género.

Desde el programa se intervendrá con personas que presenten diferentes tipos de adicción dentro del ámbito del juego, independientemente de si se trata de juegos de habilidad o de azar. Por tanto, las personas que acudan al centro pueden presentar una adicción tanto a juegos de casino, como a máquinas tragaperras u otro tipo de juegos mecánicos o a las apuestas deportivas.

Al mismo tiempo, como he mencionado anteriormente, se llevará a cabo una intervención con aquellas personas que además de padecer ludopatía, presenten una comorbilidad con otras adicciones con sustancia, como por ejemplo al alcohol o a otras drogas y/o que padezcan al mismo tiempo otros trastornos mentales, como por ejemplo un trastorno límite de la personalidad o un trastorno bipolar, entre otros.

### **5.6. Entidad responsable**

La entidad responsable de llevar a cabo el proyecto será concretamente el Centro Ambulatorio de Atención a las Drogodependencias de Palencia, perteneciente al Complejo Asistencial San Juan de Dios de la provincia. Éste centro, tiene carácter ambulatorio y está inscrito en la Red Pública Asistencial del Plan Regional sobre Drogas

de la Junta de Castilla y León, ofreciendo servicios a aquellas personas que sufren una adicción a drogas de Palencia y provincia.

Dicho centro, se engloba dentro de los recursos específicos del segundo nivel del Sistema de Servicios Sociales. En él, se ofrece tratamiento integral a las personas que sufren adicción a sustancias, con el objetivo de lograr su rehabilitación o la modificación y mejora de su calidad de vida. De esta manera, se contribuye a que dichas personas puedan reinsertarse tanto social como laboralmente, ofreciéndolas tanto atención médica, como psicológica y social.

### **5.7. Diagnóstico social**

Como se ha mencionado con anterioridad, el jugador patológico presenta una serie de características que le diferencian de un jugador normal y que son claves para detectar si nos encontramos ante un caso de ludopatía. Estas características son, fundamentalmente, la pérdida de control y la dificultad a la hora de resistir el impulso hacia el juego. Esta dependencia hacia el mismo, se refleja en la necesidad del jugador de aumentar tanto el dinero como el tiempo y la frecuencia que se dedican a esta práctica, aun siendo consciente de las consecuencias negativas que la conducta le produce (Echeburúa y Báez, 1994).

Tras la superación de la concepción inicial de la ludopatía como un problema ligado exclusivamente al ámbito médico-psiquiátrico, la ludopatía ha adquirido una concepción más integral, de carácter biopsicosocial. Éste hecho se ve reflejado en la diversidad de factores que pueden influir en la aparición y en el desarrollo de la conducta adictiva, mencionados en el capítulo 1, los cuales abarcan desde aspectos biológicos, como psíquicos y sociales.

La intervención llevada a cabo con la persona ludópata debe realizarse desde esta perspectiva biopsicosocial, ya que se debe incidir en todos aquellos factores tanto de riesgo como de protección que influyen en la situación de la persona afectada, con vistas al establecimiento de un tratamiento que incida sobre cada uno de ellos.

El trabajador social, será el encargado de establecer el primer contacto con la persona, detectando todos y cada uno de los aspectos que influyen en su situación, para posteriormente, en coordinación con el resto de los profesionales que componen el centro, y que se mencionaran posteriormente, ofrecer una respuesta adaptada a las necesidades particulares de cada usuario (Barreto-Pico, M. A., 2017).

### **5.8. Principios de actuación**

A lo largo del desarrollo del proyecto propuesto, deberán tenerse en cuenta los valores básicos imperantes en la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, a la cual pertenece el centro ambulatorio donde se realiza este proyecto, los cuales, a su vez, son aplicables a cualquier tipo de intervención de carácter social.

Destaca fundamentalmente la hospitalidad, considerándose esta como el principio central de la organización y la base sobre la cual se asientan los demás valores. Otros

valores fundamentales son el respeto, por todas las personas que acuden al centro, ya sean familiares o asistidos. A través del respeto, se promueve la justicia social y los derechos humanos y civiles. La responsabilidad, a su vez constituye un criterio básico para el servicio y para la gestión.

La calidad, a su vez, es considerada como la base del servicio ofrecido y de la gestión. Este valor se traduce en aspectos como la profesionalidad, la excelencia, la atención integral, la sensibilidad hacia las necesidades imperantes, etc...

Al mismo tiempo, tanto el trabajador social como el resto de profesionales que intervienen con la persona ludópata, deben adoptar en todo momento una actitud empática, que genere confianza en el usuario y que haga que éste no se sienta juzgado. Es de gran importancia también que el profesional de Trabajo Social lleve a cabo una escucha activa, escuchando con plena consciencia todo lo que el usuario pone de manifiesto, dándole a entender que le comprende y si es necesario, haciendo alguna pregunta para aclarar ciertas cuestiones (Hermanos De San Juan de Dios, 2017).

### **5.9. Planteamiento de la intervención**

Para poder llevar a cabo el tratamiento con las personas afectadas por una adicción al juego, el programa cuenta con un equipo de profesionales (trabajador social, medico-psiquiatra, psicóloga y monitores de ocio) que, de forma interdisciplinar y en equipo, intervienen en la readaptación de las personas que padecen una adicción al juego, mediante la rehabilitación psiquiátrica, la metodología clínica, el concepto de la salud integral y el sistema de gestión de calidad asistencial según el modelo ISO. El sistema operativo del trabajo interdisciplinar está constituido por el Equipo terapéutico, que es considerado como el factor más importante para la readaptación de los jugadores patológicos y el punto de partida para cualquier política rehabilitadora. Se compone de profesionales que provienen de distintas disciplinas en relación con las necesidades y las situaciones a resolver, interactuando entre ellos para la consecución de objetivos comunes, dentro de una metodología clínica, con una adecuada coordinación y con unos modelos complementarios.

Gracias a este equipo interdisciplinar, los usuarios pueden iniciar su tratamiento de deshabitación hacia el juego de manera directa, sin tener que acudir previamente a un médico psiquiatra o a un psicólogo que les derive hacia otro recurso más especializado. Esto agiliza en gran medida el proceso terapéutico.

Desde el programa, se llevan a cabo planes individualizados de intervención para cada usuario que además incluyen a sus familiares o a otras personas pertenecientes a su núcleo de convivencia que se vean afectadas por su adicción.

En la intervención profesional llevada a cabo, destaca fundamentalmente la atención centrada en la persona, presente en toda intervención y a lo largo de todo el proceso. Desde el modelo de atención centrada en la persona, se ajusta la intervención a las peculiaridades de cada persona, teniendo en cuenta, tanto las características propias de ésta junto con las del entorno que le rodea, para poder llevar a cabo un tratamiento individualizado y acorde con las necesidades propias del usuario. Desde este modelo, a

la atención profesional se le suma la colaboración del usuario como agente activo de su proceso de atención.

Por tanto, la intervención con cada usuario se realiza de manera integral, basándose en el trabajo en equipo y en el equilibrio entre la técnica y la humanización dentro de la relación terapéutica (Hermanos de San Juan de Dios, 2017).

### **5.10. Objetivos que pretenden lograrse con la intervención**

#### *Generales:*

Atender las necesidades sociales específicas de las personas que padecen ludopatía, con vistas a lograr su deshabituación y rehabilitación total.

#### *Específicos:*

- Proporcionar apoyo tanto psicológico como social a la persona jugadora y a su entorno familiar más cercano.
- Promover la adquisición de habilidades y estrategias que permitan al jugador afrontar con éxito las situaciones problemáticas que surjan en su vida cotidiana.
- Incidir sobre los factores de riesgo que propicien la aparición y/o el mantenimiento de la conducta adictiva, con vistas a minimizarlos.
- Potenciar los factores de protección tanto del usuario como de su entorno familiar y social.
- Minimizar los efectos negativos que la adicción produce tanto en el ludópata como en las personas de su entorno.

### **5.11. Actividades propuestas**

Algunas de las actividades que se podrán llevar a cabo desde el centro con vistas a la reducción de las consecuencias negativas que la ludopatía produce en aquellas personas que la padecen son las siguientes:

En primer lugar, se establecerán terapias individuales con la persona ludópata o con los familiares /pareja de la persona ludópata, incluyendo, si es necesario, consultas y seguimiento personalizado por parte del médico-psiquiatra.

Estas terapias serán llevadas a cabo por los distintos profesionales que componen el equipo multidisciplinar: trabajador/a social, psicólogo/a y médico-psiquiatra.

En primer lugar, será el/la trabajador/a social quien se encargará de identificar, mediante la realización de entrevistas tanto con la persona adicta al juego como con los familiares de la misma, los factores tanto de riesgo como de protección existentes, proponiendo soluciones conjuntas, en base a los deseos y preferencias de la persona, que permitan ofrecer una respuesta ante las necesidades sociales manifestadas. Todo ello, tomando como base el modelo de atención centrado en la persona mencionado con anterioridad.

A su vez, en coordinación con la labor llevada a cabo por el/la trabajador/a social, se realizarán las entrevistas que se consideren necesarias con el resto de profesionales (psicólogo/a y médico-psiquiatra). Cada uno de ellos, establecerá la intervención que se considere oportuna, en función a las características y particularidades de la persona.

Algunas de las actividades realizadas por el/la psicólogo/a, se basarán en técnicas de reducción de la ansiedad provocada por el juego. También se llevará a cabo una prevención de las recaídas, las cuales ocurren con bastante frecuencia, especialmente tras los tres meses posteriores a la finalización del tratamiento. Para ello, se dota a la persona de las habilidades necesarias con las que poder identificar las situaciones de riesgo, así como los conflictos interpersonales, los estados emocionales negativos y la presión social. El objetivo es el abordaje de la impulsividad de la persona y la resolución de las dificultades emocionales para las cuales el juego sirve como vía de escape (Marlatt & Gordon, 2005).

A su vez, el médico podrá recetar, en caso de que así se considere necesario, un tratamiento farmacológico que permita reducir los niveles de activación, impulsividad y compulsividad del jugador. Algunos de los fármacos más comunes empleados en el tratamiento del juego patológico son los antidepresivos inhibidores de la receptación de serotonina (IRSS), así como estabilizadores del estado de ánimo (Enrique Echeburúa, Karmele Salaberría, Marisol Cruz-Sáez, 2014).

Por otro lado, se crearán grupos de ayuda mutua constituidos por personas ludópatas que se brindarán asistencia mutua, con vistas a buscar soluciones compartidas ante necesidades y problemas comunes.

Una de las primeras organizaciones que pusieron en práctica la ayuda mutua fue Alcohólicos Anónimos, creada en torno al año 1935 en EEUU.

Estos grupos de ayuda mutua surgieron al amparo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), coincidiendo al mismo tiempo con el desarrollo de la atención primaria de salud y con diversos movimientos sociales.

Se desarrollaron como alternativa a las limitaciones de la ayuda mutua dentro del núcleo familiar y a las insuficiencias dentro del sistema tradicional de atención sociosanitaria, en el cual no se incluía ningún tipo de intervención hacia las necesidades psicosociales de las personas (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, 2008).

El papel del trabajador social en el grupo constituido por las personas afectadas por la problemática consiste fundamentalmente en ayudar al grupo a identificar los aspectos que considera más positivos y relevantes de cada uno de los miembros. Se fomenta el sentido de pertenencia, identificando aquellas preocupaciones, problemas, necesidades o deseos que definen al grupo. Al mismo tiempo, en esta actividad se enseñan aquellas estrategias que deben emplearse para poder llevar a cabo una interacción adecuada entre los participantes, pudiendo así beneficiarse éstos de las ventajas que supone la ayuda mutua.

A través de este proceso se comparte información entre los componentes del grupo, lo cual facilita en gran medida la formulación de soluciones a los problemas y la estructuración del trabajo y de la capacidad de acción ante los mismos.

El estilo de participación es libre, aunque sigue una estructura flexible determinada por el trabajador social, quien, en su papel de asesor o coordinador del grupo, se encarga de facilitar la escucha atenta y la comprensión entre los miembros del mismo.

El/la trabajador/a social del centro, junto con el/la psicólogo/a, llevarán a cabo terapia cognitivo-conductual para promover el cambio emocional y conductual de la persona ludópata.

Este tipo de terapia pretende conocer la forma de pensar de los sujetos acerca de sí mismos, de otras personas y del entorno que le rodea. Al mismo tiempo, busca comprender como aquellas conductas que una persona realiza afectan a su forma de pensar y a sus sentimientos. A través de ella, se ayuda a las personas a cambiar su forma de pensar y de actuar, contribuyendo, de esta manera, a su bienestar.

Las conductas, las emociones y los pensamientos se conciben como el resultado de un proceso de aprendizaje, pudiendo ser modificadas, a su vez, mediante la implementación de un nuevo proceso de aprendizaje.

El trabajador social, junto con el psicólogo, pretenden a través de esta terapia, explicar las conductas inadaptadas como un efecto producido por pensamientos inadecuados o generadores de culpa. Para ello, se llevan a cabo dinámicas grupales con las cuales se pretende detectar si los esquemas de interpretación empleados son útiles o existen dinámicas más adecuadas para el afrontamiento de un problema específico.

Al mismo tiempo, se lleva a cabo una evaluación previa para detectar posibles déficits cognitivos y conductuales de las personas que componen el grupo, determinando las áreas prioritarias sobre las que se debe trabajar.

El objetivo que se pretende lograr a través de esta actividad es la interiorización por parte de las personas que sufren la adicción, de creencias correctas y patrones de comportamiento adecuados, eliminando, al mismo tiempo, aquellos pensamientos o hábitos disfuncionales que supongan un obstáculo en el proceso de recuperación. A su vez, se ofrecerá a los destinatarios formación en materia de habilidades sociales y técnicas de negociación y resolución de conflictos, que permitan buscar vías alternativas a los mismos (*Royal College of Psychiatrists, 2009*).

Al mismo tiempo, en el centro se impartirán talleres de gestión emocional y formación en habilidades sociales destinadas al grupo joven.

Según Daniel Goleman (1996), es necesario que se adopte una nueva visión de la inteligencia humana, dando un paso más allá de los aspectos intelectuales y cognitivos de las personas, y comenzando a considerar la importancia del uso y de la gestión de los aspectos emocionales y sociales, con vistas a una mejora en la comprensión del desarrollo de la vida de los individuos.

En base a esto y teniendo en cuenta las características que definen el periodo vital de la adolescencia, es necesario que se impartan talleres en los que a través de la intervención llevada a cabo por parte tanto del/la trabajador/a social como de el/la psicólogo/a se fomente el desarrollo en los más jóvenes de conductas adecuadas tanto a nivel personal como relacional. Esto permitirá que los jóvenes tomen una mayor consciencia acerca de sus emociones, disponiendo al mismo tiempo de las herramientas necesarias con las

cuales poder hacer una correcta autorregulación y gestión de las mismas. De esta manera, se contribuirá, en materia de juego, a que los jóvenes puedan hacer un uso más controlado del mismo (Mira et al., 2017).

Por último, se organizarán talleres de exploración de actividades de ocio saludable para personas ludópatas: Taller de pintura y manualidades, actividades deportivas, cine y teatro, visitas culturales... Para la realización de estos talleres, se creará además un grupo joven en el que se ofrecerán actividades adaptadas a sus características.

Para la organización de estos talleres, se llevará a cabo en primer lugar, una asamblea constituida por personas adictas al juego. En ella, cada miembro del grupo expresará sus gustos y preferencias en lo referente a actividades de ocio. En base a la demanda del grupo, se establecerán las actividades a realizar.

## **5.12. Proceso de ejecución**

El trabajador social será el encargado de la recepción de la demanda. El usuario que acude al centro cuenta su situación personal al profesional de trabajo social, quien a través de una escucha activa, anotará los datos personales y realizará algunas preguntas al usuario, con vistas a aclarar aspectos relevantes y obtener una visión más concreta de la situación problemática. Una vez constatada la adicción al juego del usuario y por consiguiente la necesidad de incorporación al programa, el trabajador social le informa acerca del funcionamiento y las normas del centro, y le ofrece el informe de inicio del tratamiento, que deberá firmar alegando su conformidad con el Plan de intervención. Posteriormente, se le citará para la siguiente entrevista.

En la siguiente cita, el trabajador social llevará a cabo la valoración socio laboral. Para ello, realizará la historia social del usuario. Este documento, consta de una serie de preguntas tanto abiertas como cerradas y algunos ítems, que permiten estudiar de manera más exhaustiva el caso abordando distintas áreas (en relación al juego, al ámbito laboral/escolar, social/relacional y de la salud física y mental).

En este documento constarán, por tanto, los datos de identificación del usuario, los antecedentes familiares y la relación establecida con los mismos, su infancia y adolescencia, sus estudios y dedicación laboral a lo largo de su vida y en la actualidad, su situación familiar actual, etc... En lo referente a su adicción al juego, se llevará a cabo una entrevista semiestructurada con el usuario, en la que, a través de la Historia Social planteada por Echeburúa, se recogerán todos aquellos datos que guarden relación con el inicio y el desarrollo del problema de juego.

Una vez obtenidos los datos sobre el usuario en relación a su situación personal, se llevarán a cabo las actuaciones pertinentes, en base a los objetivos planteados conjuntamente entre él y el trabajador social. Las actuaciones planteadas, se valorarán junto con el resto de profesionales que componen el equipo interdisciplinar del centro, siendo éstos el médico-psiquiatra y la psicóloga, quienes realizarán una valoración sanitaria (historia médica, exploración paciente y analítica, junto con la valoración de posibles indicios de trastornos mentales) y psicológica (historia psicológica y pruebas psicométricas), respectivamente.

En tercer lugar, se lleva a cabo la elaboración del diagnóstico biopsicosocial, en base a la valoración anterior realizada en las diferentes áreas por los distintos profesionales. Una vez realizado el diagnóstico, se procede a diseñar el Plan Individualizado de tratamiento, siendo los contenidos propuestos en él, trasladados con posterioridad al paciente, que podrá revisar, pudiendo sugerir alguna readaptación o modificación. En caso de estar de acuerdo con lo establecido, lo firmará, ofreciendo su consentimiento para su puesta en práctica. Después, se implementa el Plan de Intervención Individualizado (PII), en el que se realizan actividades en las diferentes áreas (sanitaria, psicológica, socio laboral). Los monitores de ocio, en coordinación con la psicóloga y el trabajador social, se encargarán de llevar a cabo las actividades y los talleres grupales con los usuarios.

A lo largo del Plan de Intervención Individualizado (PII), se realizan reuniones de equipo en las cuales se evalúa la marcha del plan terapéutico diseñado y las incidencias relevantes, decidiendo, cuando proceda, las modificaciones y cambios oportunos.

Por último, se concluye el tratamiento en los casos en los que el paciente ha cumplido con los objetivos propuestos en el programa terapéutico (se produce el alta terapéutica por parte del equipo técnico), en los que se derive a otro centro para continuar con el tratamiento, en aquellos en los que se produzca un abandono del mismo, en los que se produzca la expulsión del usuario o en los casos en los que existan causas de fuerza mayor (Junta de Castilla y León, 2011).

### **5.13. Temporalización**

El programa tendrá, inicialmente, una duración de un año. Pasado ese tiempo, se revisaran las evaluaciones efectuadas tanto por los usuarios como por los profesionales que conforman el programa. Si se constata que se ha cumplido con los objetivos previstos y que el programa está funcionando de forma acorde con lo previsto, se establecerá una duración indefinida del mismo. En cambio, si se detectan fallos o se evidencia que no hay suficiente demanda del servicio, se procederá a la suspensión del mismo, con vistas a una reelaboración completa de los contenidos del programa.

### **5.14. Recursos a emplear**

En cuanto a recursos humanos, el programa dispondrá, a nivel interno, del personal habitual del centro, conformado por el Trabajador social, la psicóloga y el médico-psiquiatra. A nivel externo, se contará con la participación de monitores de ocio y tiempo libre.

Para financiar el programa, se cuenta con las subvenciones recibidas de la Junta de Castilla y León, Ayuntamiento y Diputación de Palencia.

En cuanto a los recursos materiales, además de las propias instalaciones del centro, del mobiliario y de los dispositivos tecnológicos, se adquirirán otros como material de papelería específico para las actividades a realizar, proyectores, algunas películas y material deportivo básico.

### **5.15. Evaluación**

Se considera necesaria, la creación de un plan de evaluación que permita valorar la adecuación del servicio a la realidad de las personas que padecen de una adicción al juego. Al mismo tiempo, se debe evaluar la idoneidad de las actividades propuestas para este colectivo.

A través de la evaluación se pretende detectar posibles déficits en la intervención, con vistas a subsanarlos. También se pretende conocer el grado de satisfacción de los beneficiarios del servicio y la eficacia lograda en la atención.

De esta manera, es posible reflexionar sobre la intervención llevada a cabo por parte del equipo de profesionales que componen el centro, generando nuevos aprendizajes que permitan a su vez la mejora de las intervenciones futuras.

Esta evaluación, se llevará a cabo a través de una monitorización que tendrá lugar durante el desarrollo del programa. Con ella, se pretende conocer el grado de satisfacción con las actividades impartidas y las posibles dificultades encontradas.

Se encargarán de su realización los distintos profesionales que componen el centro y que participan en el programa (el trabajador social, la psicóloga y el médico-psiquiatra). Estos profesionales, se encargarán de evaluar el funcionamiento de las actividades impartidas, con vistas a subsanar los posibles fallos encontrados.

Al mismo tiempo, los profesionales también se encargarán de revisar las evaluaciones aportadas por los usuarios.

Para realizar la evaluación sobre el servicio, se tendrán en cuenta una serie de modelos.

En primer lugar, a través del modelo de efectividad, se pretenderá conocer y evaluar los efectos o resultados que el programa ha tenido sobre los destinatarios. Esto se ve reflejado en la consecución de los objetivos planteados por el programa. Se deberá, por tanto, conocer si éstos se han cumplido y en qué medida los resultados obtenidos se asemejan a lo previsto. También se pretende detectar si se han producido efectos negativos.

A su vez, desde el modelo pragmático, se pretende averiguar cómo se han llevado a cabo las labores de gestión y planificación en el programa. Es decir, se establece qué partes del programa funcionan bien y cuales mal, qué es lo que debe mejorarse, cómo contribuye el servicio implementado a los objetivos de la organización en la cual se enmarca y al mismo tiempo, de qué manera afecta a las necesidades de las personas beneficiarias.

Por último, desde el modelo crítico, se pretende conocer si el servicio implementado tiene una utilidad social o de interés general. En este caso, si ofrece respuesta ante el problema social de la ludopatía.

Se valora por tanto en qué medida mejora el funcionamiento de la sociedad, reduciendo los efectos negativos que la adicción al juego genera en los individuos (Jennifer Greene, 2001).

El método empleado para la recogida de datos tendrá carácter cualitativo. Se evaluará a partir de la recogida de los datos aportados por los usuarios en los cuestionarios una vez que éstos hayan finalizado su tratamiento.

## **6. CONCLUSIONES**

Durante la carrera, hemos estudiado los diferentes colectivos con los que se interviene desde el Trabajo Social, siendo uno de ellos el que padece de un problema relacionado con las adicciones. Dentro de este colectivo, se ha hecho hincapié especialmente en aquellas adicciones que se producen cuando existe una sustancia que las genera, tratándose en menor medida las adicciones sin sustancia entre las cuales se encuentra la ludopatía. Al mismo tiempo, hoy en día, cuando se oye hablar de adicciones, es muy probable que la mayor parte de la población piense en la adicción a las drogas o al alcohol.

Así mismo, considero que se ha conseguido visibilizar en gran medida la labor desempeñada por parte de los trabajadores sociales en el ámbito de las drogodependencias, pero no tanto en el ámbito de las adicciones sin sustancia, concretamente en la adicción al juego o ludopatía, pese a producir en aquellos/as que la padecen, consecuencias similares a las que experimentan las personas drogodependientes.

De ahí mi interés por acercarme profesionalmente a esta problemática en mi Trabajo de Fin de Grado.

Las acepciones asignadas a la problemática de la adicción al juego han ido evolucionando con el paso del tiempo, pues se constata que, en las distintas ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), ha pasado de considerarse como un trastorno médico-psiquiátrico a un trastorno del control de los impulsos, y finalmente, en la última edición, correspondiente al DSM-V, a considerarse como juego patológico, incluyéndose dentro del apartado de los trastornos relacionados con sustancias. Éste hecho, pone de manifiesto la necesidad de modificar la forma de intervenir con las personas que padecen una adicción al juego, pues ante nuevas necesidades y problemas emergentes, deben ofrecerse nuevas respuestas que se adecúen a los mismos.

Al mismo tiempo, la pérdida del control y la dificultad de la persona ludópata a la hora de resistir el impulso hacia el juego producen una serie de consecuencias en múltiples aspectos de la vida de la misma: personal, familiar, social, laboral/académico y económico. Por ésta razón, es necesario que la atención ofrecida tenga un carácter integral, es decir, que incida sobre cada uno de dichos aspectos. Esto es posible a través de la colaboración y coordinación entre los diferentes profesionales que intervienen en el tratamiento de la adicción al juego.

A lo largo de este trabajo se ha comprobado que el crecimiento de la ludopatía en nuestro país, especialmente entre la población más joven, se debe fundamentalmente al aumento del número de salas de juego y al uso cada vez mayor que se hace de las nuevas tecnologías, especialmente entre los más jóvenes, lo cual facilita la realización de apuestas desde la comodidad del hogar. A todo esto, se le suman las características principales que definen a este sector poblacional y la publicidad realizada de las casas de apuestas a través de diversos medios, la cual se dirige especialmente a dicho sector. Por ello, tanto las instituciones públicas como los distintos profesionales que intervienen ante este tipo de adicción, deben movilizar los recursos y las herramientas necesarias

con las que se pueda hacer frente a estos factores de riesgo que predisponen a la población más joven tanto a iniciarse en el juego como a mantener la conducta adictiva.

No obstante, hemos visto como en nuestro país se han implementado una serie de leyes y planes de actuación con vistas a regular esta problemática y minimizar las consecuencias negativas que esta puede llegar a producir en la población. Un hecho clave, fue la implementación de la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, impulsada desde el Plan Nacional sobre Drogas, en la cual se incluyeron por primera vez las adicciones sin sustancia, entre las que se encuentra la adicción al juego, planteando una serie de actuaciones para hacer frente a la misma.

Al mismo tiempo, se han llevado a cabo actuaciones de prevención dirigidas especialmente a los más jóvenes y se han creado una serie de recursos, tanto especializados, como integrados, en los cuales se ofrece un tratamiento tanto a las personas que padecen una adicción al juego, como a aquellas que presentan una comorbilidad entre este tipo de conducta adictiva y un problema de drogodependencia.

Sin embargo, en comparación con las medidas establecidas en el ámbito de las drogodependencias, todavía son pocos los recursos establecidos para el tratamiento de la ludopatía, pese a las notables similitudes que presentan ambas patologías, en lo que se refiere a los factores que influyen en la aparición de las mismas y en las consecuencias que producen tanto en la propia persona adicta, como en su entorno más cercano.

Por otra parte, la tendencia ascendente existente en nuestro país, nos hace pensar que quizá dichas medidas no son suficientes para atajar este problema o que quizá los aspectos recogidos en las normativas no son cumplidos de manera estricta por parte de la sociedad.

Por ello, es necesario que la sociedad tome una mayor consciencia acerca de las características y de la magnitud de esta problemática, para que, tanto en materia de prevención como de asistencia, se lleven a cabo actuaciones que incidan especialmente en los factores de riesgo y en las causas que incitan a las personas a iniciar y a mantener este tipo de conductas de juego, especialmente entre la población más joven, debido a la vulnerabilidad que ésta presenta.

Es aquí donde los profesionales del trabajo social deben jugar un papel fundamental, ya que se encargan de estudiar los factores tanto personales como sociales y ambientales que influyen en la aparición o el mantenimiento de la conducta adictiva y sobre todo de movilizar los recursos que la sociedad destina a la lucha contra las adicciones. Los trabajadores sociales, a lo largo de todo el proceso de intervención, acompañan a la persona, tratando de incrementar los recursos personales y las redes de apoyo con las que ésta cuenta y al mismo tiempo, minimizar los factores sociales de riesgo existentes. Todo ello con el objetivo último de asegurar y mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas.

## **7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Red Nacional de Apoyo y Soluciones para Adicciones. (2020). *Tratar la ludopatía en un centro de desintoxicación*. Adictalia. URL <https://www.adictalia.es/noticias/tratar-ludopatia-en-un-centro-de-desintoxicacion/>
- American Psychological Association (APA). (1980). *DSM III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Elsevier Masson.
- American Psychological Association (APA). (2002). *DSM- IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Elsevier Masson.
- American Psychological Association (APA). (2013). *DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association (APA). (2014). *DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Báez, C., Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1994). Características demográficas, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo. *Clínica y Salud*, 5(3), 289-305.
- Barreto-Pico, M. A. (2017). Papel del trabajador social en las adicciones. *Revista científica dominio de las ciencias*, 3, (4), 311-325.
- Becoña, E. (1996). *La ludopatía*. Aguilar.
- Becoña, E. (2004). El juego patológico: Prevalencia en España. *Salud y drogas*, 4(2), 9-34. En URL <https://www.redalyc.org/pdf/839/83940202.pdf>
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas*. Fondo de Cultura Económica.
- Borrell-Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina clínica*, 119(5), 175-179.
- Cía, A. H. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. (2013). *Revista neuropsiquiatría*, 76(4). 210-217.
- Clark, L. (2010). Decision-making during gambling: an integration of cognitive and psychobiological approaches. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B, Biological Sciences*, 365(1538), 319-330. URL <https://doi.org/10.1098 / rstb.2009.0147>
- Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre. (2015). *Proyecto Hombre: El modelo biopsicosocial en el abordaje de las adicciones como marco teórico (MBPS)*.
- Consejo Asesor de Juego Responsable. (2013). *Estrategia de Juego Responsable en España*.

- Conserjería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Conserjería de Sanidad. Conserjería de Educación. (2019). *Acción coordinada sobre adicciones sin sustancia en Castilla y León 2019-2021*.
- Custer, R.L. (1984). «Profile of the pathological gambler». *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 2-12.
- Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. (2005). *Catálogo de Servicios Asistenciales de los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Andalucía*.
- Dirección General de Ordenación del Juego. (2019). *El Programa de Juego Responsable de la DGOJ 2019-2022*.
- Dirección General de Ordenación del Juego. (2021). *Memoria de actividad 2019*. <https://www.ordenacionjuego.es/es/memorias-informe-anual>
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet*. Desclée de Brouwer.
- Echeburúa, E., Amor, P.J. y Yuste, J. (2000). Atenuación de la responsabilidad penal en la ludopatía: bases psicopatológicas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 1(0), 59-77.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2005). El reto de las nuevas adicciones: objetivos terapéuticos y vías de intervención. *Psicología Conductual: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 13(3), 511- 528.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Nuevos retos en el tratamiento del juego patológico. *Terapia psicológica*, 32(1), 31-40.
- Fairburn, C. (1998). *La superación de los atracones de comida*. Paidós.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Pirámide.
- Fecyljar. (2018). URL <https://www.fecyljar.es/>
- Fundación Atenea Grupo Cid. (2010). *La metodología de la comunidad terapéutica*. URL <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/251.pdf>
- Garrido, M., Del Moral, G., Jaén, P. (2017). Antecedentes del juego y evaluación del sistema familiar de una muestra de jóvenes jugadores patológicos. *Salud y drogas*, 17(2), 25-36.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Kairós.
- González, A. (1989). *Juego patológico: una nueva adicción*. Tibidabo.
- Greene, J.C. (2001). “Dialogue in Evaluation: A Relational Perspective”. *Evaluation*, 7(2), 181-187.
- Gupta, R. y Derevensky, J. L. (1998). Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 14(4), 319-345.

- Gupta, R., y Derevensky, J. (2004). Psychosocial Variables Associated With Adolescent Gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(2), 9-170. URL <https://doi.org/10.1037/0893-164X.18.2.170>.
- Hermanos de San Juan de Dios. (2017). *Centro Asistencial San Juan de Dios de Palencia*. URL <https://sanjuandedios-palencia.com/>
- Herrero-Fernández, D., Estévez, A., Sarabia, I. y Merino, L. (2017). Psychophysiological arousal in different gambling phases in youngs and adolescents. *Health and Drugs*, 17(2), 37-44.
- Hing, N., Russell, A. M., Vitartas, P. y Lamont, M. (2015). Demographic, Behavioural and Normative Risk Factors for Gambling Problems Amongst Sports Bettors. *Journal of gambling studies*, 32(2), 625- 641.
- Junta de Andalucía. (2005). *Catálogo de Servicios Asistenciales de los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Andalucía*. URL [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile\\_sasdocumento/2019/CATALOGO\\_SERVICIOS\\_ASISTENCIALES.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/CATALOGO_SERVICIOS_ASISTENCIALES.pdf)
- Junta de Castilla y León. (2017). *Guía de procesos y procedimientos para los centros de asistencia ambulatoria a drogodependientes*. Junta de Castilla y León.
- La adicción al juego activa la misma zona del cerebro que la cocaína. (2019). *El Comercio*. URL <https://www.elcomercio.es/asturias/adiccion-juego-activa-20190405001630-ntvo.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>
- Lorains, F. K., Cowlshaw, S., y Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106, 490-498.
- Megías, I. (2020). Jóvenes, juegos de azar y apuestas. Una aproximación cualitativa. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad. URL <https://doi.org/10.5281/zenodo.3601078>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017) *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Ed. Secretaria General Técnica. Centro de Publicaciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA N.ADICCIONES 2017-2024 aprobada CM.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). *Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020*. Ed. Secretaria General Técnica. Centro de Publicaciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: [https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD\\_2018-2020\\_FINAL.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD_2018-2020_FINAL.pdf)
- Ministerio de consumo. (2021). *Dirección General de Ordenación del Juego*. Gobierno de España. Disponible en: <https://www.ordenacionjuego.es/es>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2021). *Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados*. URL <https://fejar.org/>

- Ministerio de Sanidad. (2021). *Informe sobre adicciones comportamentales 2020*. URL [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2020\\_Informe\\_adicciones\\_comportamentales.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2020_Informe_adicciones_comportamentales.pdf)
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Plan Nacional sobre Drogas*. URL <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>
- Mira, J.G., Parra, M.C. y Beltrán, M.A. (2017). Educación emocional en la universidad: propuesta de actividades para el desarrollo de habilidades sociales y personales. *Vivat Academia*, (139), 1-17. URL <https://doi.org/10.15178/va.2017.1-17>
- Muñoz Londoño, Y. A. (2016). La ludopatía: revisión y análisis hacia un modelo integral. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(2), 201-219.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades. World Health Organization.
- Pérez del Rio, F. (2011). Las adicciones sin sustancia en estos últimos 40 años. *Norte de salud mental*, 9(40), 47-56.
- Potenza, M.N., Steinberg, M.A., Wu, R., Rounsaville, B.J. y O'malley, S.S. (2006). Characteristics of older adult problem gamblers calling a gambling helpline. *Journal of Gambling Studies*, (12). 241-254.
- Real Academia Española. (2021). Adicción. En *Diccionario de la lengua española*. <https://dle.rae.es/adicci%C3%B3n>
- Rodríguez, P. (2013). La atención integral y centrada en la persona. *Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal*, 1, 1-122. URL <https://www.fundacionpilares.org/docs/AICPweb.pdf>
- Royal College of Psychiatrists. (2009). *La terapia cognitivo conductual (TCC)*. URL <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/translations/spanish/cognitive-behavioural-therapy>
- Salaberría, K., Báez, K. y Fernández- Montalvo, J. (1998). El juego patológico: Un problema social. *Revista de servicios sociales*, (33), 15-24.
- Servicio de Salud de Castilla- La Mancha (SESCAM). (2008). *Guía de Grupos de Ayuda Mutua*.
- Tibaná, D.C. (2009). Conocimientos ético-políticos, componentes de la fundamentación de la intervencion de Trabajo Social. *Tendencias & Retos* (14), 221-236.
- Universidad Carlos III (2018). *Anuario del Juego en España 2018*.
- Vázquez-Fernández, M. J & Barrera- Algarín, E. (2020). El juego online en España y las apuestas deportivas: Los jóvenes como nuevos perfiles con ludopatía. *Health and Addictions*, 20(2), 61-69.

Verdura Vizcaíno, E. J., Ponce Alfaro, G. y Rubio Valladolid, G. (2011). Adicciones sin sustancia: juego patológico, adicción a nuevas tecnologías, adicción al sexo. *Medicine*, 10(86), 5810-5815.

#### BIBLIOGRAFÍA LEGISLACIÓN:

Ley 4/1998, de 24 de junio, reguladora del Juego y de las Apuestas de Castilla y León. *Boletín Oficial del Estado*, 197, sec.1, de 18 de agosto de 1998, 28216 a 28224. <https://www.boe.es/eli/es-cl/l/1998/06/24/4>

Decreto 12/2005, de 3 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento regulador de las máquinas de juego y de los salones recreativos y de juego de la Comunidad de Castilla y León. *Boletín Oficial de Castilla y León*, 27, de 9 de febrero de 2005.

Ley 13/2011, de 27 de mayo, de Regulación del Juego. (2011). *Boletín Oficial del Estado*, 127, de 28 de mayo de 2011, 1 a 48. <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/05/27/13/con>

Real Decreto 1113/2015, de 11 de diciembre, por el que se desarrolla el régimen jurídico del Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones. *Boletín Oficial del Estado*, 1, sec.1, de 1 de enero de 2016, 10 a 19. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2015/12/11/1113>

Decreto 39/2018, de 27 de septiembre, por el que se modifica el reglamento regulador de las máquinas de juego y de los salones de juego de la Comunidad de Castilla y León, aprobado por Decreto 12/2005, de 3 de febrero. *Boletín Oficial de Castilla y León*, 190, de 21 de octubre de 2018, 37972 a 37984.

