

Adicciones comportamentales

Una oportunidad laboral para el educador
social

Behavioral addictions
Job opportunity for the social educator

TRABAJO FIN DE GRADO

Universidad de Oviedo. Grado de Educación Social
Curso académico: 2019/ 2020

Sara González Álvarez

Resumen:

Adicciones comportamentales. Una oportunidad laboral para el educador social

En este trabajo se pretende estudiar si la educación social es una profesión que puede intervenir de manera holística en el tratamiento de adicciones comportamentales. Para ello se va a realizar en primer lugar una revisión de la literatura existente con el propósito de determinar qué son y cuáles son las adicciones comportamentales y comprobar, cuál es la prevalencia que tiene este fenómeno en la población española.

En segundo lugar, se pretende realizar un análisis crítico de la forma de intervenir con estas adicciones comportamentales, tomando como referencia los planes de salud mental y los planes autonómicos de adicciones (si los hubiere), y la realización de entrevistas a profesionales que desempeñan una labor fundamental en distintos recursos de atención, para conocer cómo se interviene en diferentes unidades.

En una última parte, y tras el análisis anterior, se pretende realizar una defensa que permita un abordaje holístico de las adicciones comportamentales.

Palabras clave: Educador social, educación social, salud mental, planes autonómicos, adicciones comportamentales, biopsicosocial.

Abstract:

Behavioral addictions. A job opportunity for the social educator.

In this work we intend to study if social education is a professional that can intervene in a holistic way in behavioural addictions. In order to do so, firstly, a review of the existing literature will be carried out to determine what are and what are the behavioural addictions and to check what is the prevalence of this phenomenon in the Spanish population.

Secondly, a critical analysis of the way of intervening with these behavioural addictions will be carried out, taking as a reference the mental health plans and the autonomous plans of addictions (if any) and the carrying out of interviews with professionals who carry out a fundamental task in different care resources to find out how they intervene in different units.

In a last part, and after the previous analysis, we intend to make a defense that allows a holistic approach to behavioral addictions.

Key words: Social educator, social education, mental health, autonomous plans, behavioral addictions, biopsychosocial.

Índice	Págs.
1. Introducción.....	1
2. Adicciones comportamentales.....	6
2.1. Los problemas con la terminología.....	6
2.3. Adicción a internet.....	8
2.4. Trastorno de Juego	10
2.5. Adicción a los videojuegos	13
2.5.1. MMORPG	14
2.6. Adicciones relacionadas con NNTT	15
3. Las adicciones comportamentales en cifras.....	16
3.1 Adicción a internet/Usos compulsivos de internet.....	16
3.2 Juego con dinero.....	17
3.3 Adicción a los videojuegos	19
4. Adicciones comportamentales y planes autonómicos	20
4.1. PSM	21
4.2. Planes Autonómicos de Adicciones	24
5. Unidades de atención.....	28
5.1. Unidades mixtas.....	28
5.2. Unidades de atención específica.....	29
5.3. Modelo Asistencial del Hospital Universitario de Bellvitge	30
6. Del reduccionismo biomédico al abordaje holístico biopsicosocial.....	31
7. Conclusiones y Propuestas	34
8. Referencias bibliográficas.....	36

1. Introducción.¹

Poco o nada queda de aquella España de finales de los años setenta en la que se legalizaban los juegos de azar, lo que sí parece heredar el pueblo español de aquella legalización de 1977 es un problema que hoy en día está más presente que nunca, el trastorno de juego.

El trastorno de juego es la única adicción comportamental que el DSM – V² reconoce como un trastorno adictivo, pero no siempre fue así. Esta realidad cambiante, puede llegar a replantear cuestiones relativas al resto de adicciones comportamentales.

En caso de que estas adicciones comportamentales pasen a tener el reconocimiento de trastornos adictivos, siguiendo la estela del trastorno de juego, sería lógico preguntarse qué profesionales van a intervenir con estas personas.

También cabe preguntarse lo que supondría esta oportunidad para la educación social, que aunque lleva años trabajando con personas con problemas de adicción a sustancias, sigue sin estar reconocida en muchos de los Planes de Salud Mental (PSM), en adelante y Planes Autonómicos de Adicciones (PAA, en adelante).

En los últimos años el fenómeno de las adicciones comportamentales ha estado en el foco de muchas discusiones, no solo a nivel de investigación por parte de los profesionales, sino también a niveles mucho menos formales: la preocupación por las adicciones comportamentales está en la calle.

Además, las adicciones comportamentales han encontrado una herramienta que les permite llegar a casi todas partes y las hace más atractivas para la población joven: las nuevas tecnologías³. Estas herramientas de fácil acceso⁴ permiten al que las usa estar siempre conectado, hacer apuestas desde el sofá de las casas, conectarse a cualquier hora a los juegos de rol multijugador... En definitiva, han conseguido que conductas que antes estaban limitadas por tiempo y ubicación, dejen de estarlo.

¹ Todas las referencias a órganos unipersonales, cargos, puestos o personas para las que en el presente trabajo se utiliza la forma gramatical del masculino genérico, deben entenderse aplicables indistintamente a mujeres y hombres.

² Diagnostic and statistical manual of mental disorders

³ Siguiendo la terminología usada por Laespada & Estevez (2013) y Matalí, García, Martín, & Pardo, (2015)

⁴ Más del 90,7% de los españoles de entre 16 y 74 años ha usado internet en el año 2019

Si se extrapolan los datos de prevalencia disponibles⁵ con la cifras de población de 15 a 64 años, a fecha de 1 de Julio de 2019, se observa que 620.611 personas de entre 15 y 64 años en España, juegan de manera problemática y que 155.153 personas podrían tener un trastorno de juego (Instituto Nacional de Estadística⁶, 2019). Si la referencia es a las adicciones relacionadas con las NNTT, casi un millón de personas (899.886,53) realizan un uso abusivo.

En el caso de los videojuegos, el 82,2% de los estudiantes de entre 14 y 18 años han jugado a videojuegos el último año y el 28,6% le dedican más de dos horas al día. De media, los españoles juegan 6,2 horas a la semana a videojuegos, y un 77.4% (13 millones de jugadores) juegan al menos, semanalmente.

Es la propia ciudadanía, constituida en asociaciones, plataformas vecinales, organizaciones, etc.⁷ la que reclama soluciones para estos problemas, parece pues un momento oportuno para estudiar una cuestión tan relevante como son las adicciones comportamentales (también llamadas adicciones sin sustancia).

Las investigaciones y los estudios que abordan este tema en profundidad están empezando a conocerse, y son mayoría los que no incluyen al profesional de la educación social, también son pocos los estudios en los que éste figura como autor. La educación social está también infrarrepresentada en los documentos oficiales de referencia en esta materia, como son los planes de salud mental o los planes autonómicos de adicciones.

Este estudio pretende ahondar en estas cuestiones, planteándose como objetivo general, mostrar la educación social como una profesión que puede intervenir desde una perspectiva holística sobre las adicciones comportamentales. Igualmente, como objetivos específicos se incluyen el presentar el estado actual de las adicciones comportamentales en España y justificar un modelo de intervención biopsicosocial en Salud Mental por lo que respecta a las mismas.

⁵ Brime, Llorens, Méndez, Molina, & Sánchez, (2019), Brime, Llorens, Molina, Sánchez, & Sendino, (2019) e Isorna (2019)

⁶ INE en adelante

⁷ Es el caso de "Stop Casas de Apuestas", "Málaga contra las casas de apuestas" o la OCU (Organización de Consumidores y usuarios)

Metodología

Este trabajo se empieza a plantear a finales del primer semestre de tercer curso del grado y al cursar la asignatura denominada “intervención socioeducativa en drogodependencias y otras adicciones”, en ese momento se toma contacto con el término adicciones comportamentales por primera vez.

Al año siguiente (2019), se asiste a las “XXI Jornadas Municipio y Adicciones” que tuvieron lugar en Oviedo. Durante estas jornadas se toma contacto con dos profesionales de referencia en este ámbito y que serán posteriormente entrevistados para la realización de este trabajo: Doña Mónica Gómez, psicóloga de la unidad de juego del Hospital Universitario de Bellvitge y D. Alberto Medina, vicepresidente de LARPA (Ludópatas Asociados en Rehabilitación del Principado de Asturias), única entidad en Asturias que trabaja con personas con trastornos de juego.

Una vez encauzada la temática objeto de estudio, se realiza una revisión bibliográfica preliminar sobre el tema en formatos, tanto físicos como online, recurriendo a distintas bases de datos y fuentes de información (ISOC – CSIC⁸, Teseo, Mendeley, la Agencia Española del ISBN, Dialnet, SciELO, Ordenación del Juego, INE⁹, RES¹⁰ y publicaciones del Gobierno de España).

La búsqueda muestra que la información existente es muy escasa, por lo que se opta por consultar manuales de referencia para encontrar información con calidad. En ese momento resulta de gran utilidad consultar la publicación del Instituto Deusto de Drogodependencias “¿Existen las adicciones sin sustancia?”.

Durante la lectura de este manual se identifican varios autores de referencia en la materia y se realiza una segunda búsqueda para completar la información proporcionada por la fuente de referencia. Al mismo tiempo se considera oportuno contactar o en su caso, volver a hacerlo, con distintos profesionales que resultan relevantes para el estudio, es el caso de la Dra. Mónica Gómez¹¹ anteriormente mencionada, ya que durante la lectura del manual se corrobora que el Hospital Universitario de Bellvitge (Hospitalet de Llobregat) es un centro de referencia a nivel nacional e internacional en el tratamiento del trastorno de juego usando videojuegos,

⁸ Base de datos de la producción científica española de ciencias sociales y humanas

⁹ Instituto Nacional de Estadística

¹⁰ Revista de Educación Social

¹¹ Psicóloga clínica en el Hospital Universitario de Bellvitge y profesora en la Universidad de Barcelona

por lo que su experiencia profesional (centrada en el funcionamiento de la unidad) resulta de gran interés para el desarrollo de este trabajo. Otro de los centros con los que se intenta contactar es el Hospital Ramón y Cajal (Madrid).

La siguiente cuestión suponía mostrar la prevalencia de las adicciones comportamentales en el territorio español. Encontrar esos datos no estuvo exento de dificultades, ya que en las encuestas son escasas y las disponibles no cumplen, en muchas ocasiones, criterios de calidad (referidos en el apartado tres).

El Informe sobre Adicciones (2019) que el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones realiza para el Plan Nacional Sobre Drogas supone un punto de inflexión en la búsqueda de información. Se constata, además, el trastorno de juego como la adicción comportamental más desarrollada, y se dirige el resto del estudio hacia el juego patológico, acotándolo espacialmente en el Principado de Asturias.

Para conocer cómo se interviene en Asturias con el denominado trastorno de juego, se empieza revisando el Plan de Salud Mental vigente en el Principado de Asturias (2015 – 2020), en el que se encuentra una única mención a la ludopatía, y ninguna relacionada con la figura del educador social, algo que choca con la realidad.

Ante esta contradicción, se replantea el trabajo, pasándose a realizar una revisión de todos los Planes de Salud Mental (PSM, en adelante) vigentes de las comunidades y ciudades autónomas. En estas revisiones, aunque se constatan las adicciones comportamentales (si bien tratadas con poca profundidad en la mayoría de los PSM), la figura del educador social apenas obtiene mención (no así otros profesionales de la salud mental).

Se decide centrar el trabajo en mostrar que la educación social es una profesión que puede intervenir de manera holística con adicciones comportamentales, y que además, las adicciones comportamentales son una oportunidad laboral para esta figura profesional. Para ello se revisan los planes autonómicos de adicciones (PAA, en adelante) y mediante entrevistas a profesionales, se plantea mostrar la intervención que se realiza en diferentes unidades de atención.

Se retoma el curso de los contactos establecidos con anterioridad, a destacar en este momento el mantenido con el vicepresidente de la asociación LARPA con el que se lleva a cabo una entrevista, esta relación sirve también para facilitar el acceso al psicólogo de la asociación. También se intenta contactar con otros siete

centros (elegidos por las diferentes metodologías empleadas en la intervención) de distintas comunidades autónomas que trabajaban con personas con problemas de adicciones comportamentales, pero solo el Instituto Desconnect@ (Madrid y Barcelona), un centro especializado en el trabajo con jóvenes con adicciones relacionadas con NNTT, y la Fundación ADSIS (Gijón, Asturias), un centro que trabaja conjuntamente con personas con adicción con o sin sustancias, atienden la petición.

De forma paralela se formalizan las entrevistas con los distintos agentes presentados por orden cronológico: D. Marc Masip, Psicólogo de Desconnect@, (entrevista realizada 19/04/2020); D. Alberto Medina, vicepresidente de LARPA, (entrevista realizada el 22/04/2020), Doña. Andrea Muñiz, educadora social de Fundación ADSIS, (entrevista realizada el 23/04/2020), D. Juan López, psicólogo de LARPA, (entrevista realizada el 24/04/2020) y Dra. Mónica Gómez, psicóloga del Hospital de Bellvitge, (entrevista realizada el 04/05/2020).

Las entrevistas se realizan o bien por teléfono o por correo electrónico, dependiendo de las preferencias de los profesionales, en todas ellas se pretende conocer cómo se interviene desde estas unidades en los casos de adicciones sin sustancia, qué profesionales actúan en dichas unidades y por último, qué enfoque utilizan en los tratamientos.

Además de estas entrevistas, se recoge información complementaria y relevante de la conferencia (y posterior discusión con el ponente), pronunciada por D. Máximo Enrique Gutiérrez, presidente del FEJAR (Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados), durante el seminario de seguimiento de Prácticas Externas II de este curso académico.

En todos los PSM, PAA y unidades consultadas prima un modelo biomédico, solo uno de los recursos cuenta con educadores sociales y el desconocimiento de la profesión y sus funciones, está muy presente en las entrevistas, por lo que se considera necesario realizar un abordaje biopsicosocial de las denominadas adicciones sin sustancia.

Descripción general.

El trabajo se divide en las siguientes partes: una primera parte que explica de manera sumaria qué son (y cuáles) las adicciones comportamentales y el impacto

que pudieran tener en la sociedad; una segunda parte que recoge un análisis de los planes de salud mental y planes autonómicos de adicción de las distintas comunidades autónomas, revisando diferentes unidades de atención en materia de adicciones comportamentales; una tercera parte en la que se compara el actual modelo de intervención biomédico con un modelo de intervención biopsicosocial, donde el peso del educador social en la intervención directa con las adicciones comportamentales podría verse justificado y, finalmente un apartado dedicado a las conclusiones generadas en base al análisis realizado.

2. Adicciones comportamentales.

2.1. Los problemas con la terminología.

Las adicciones comportamentales o adicciones sin sustancia, se refieren a “la pérdida de control sobre una conducta que genera la aparición de consecuencias adversas y un fallo en la resistencia al impulso o tentación de realizar un acto dañino para él mismo u otros” (Matalí, García, Martín, & Pardo, 2015, p. 115).

Existen sin embargo problemas terminológicos sobre esta cuestión, ya que para algunos profesionales como Laespada & Estevez (2013) llamar adicciones a estos desajustes compulsivos de la conducta en los que no median sustancias puede generar más problemas que beneficios (si se exceptúa la adicción el juego, reconocida como tal).

Un ejemplo de esta situación, para las mismas fuentes, se puede observar con la adicción a internet, durante más de veinte años las investigaciones al respecto estuvieron estancadas, hasta que, recientemente se modifica la terminología empleada utilizándose uso problemático o uso patológico, lo que ha generado un mayor consenso y, en definitiva, un avance en las investigaciones.

Según Matute (2013), esto puede deberse a que el uso de una terminología más neutra no hace que los trastornos mentales pierdan credibilidad; otro motivo sería partir del planteamiento de condicionamiento y no de adicción en el caso antes mencionado. Aunque según Potenza, (2014) cabría preguntarse si referirse a la adicción a internet como uso patológico no presenta, a su vez, otros problemas derivados del uso peyorativo del término patológico.

Si se toma como referente la clasificación que establece la APA¹² en el DSM – V, estas adicciones comportamentales (a excepción del trastorno de juego) están clasificadas dentro del apartado de control de impulsos (Potenza, 2014). Según Matute (2013) esto puede ocurrir porque no se cuenta con la evidencia suficiente para establecer criterios diagnósticos y de desarrollo de la enfermedad.

De acuerdo con Jiménez-Murcia et al. (2013) plantear el estudio de las adicciones comportamentales sobre la base de las adicciones con sustancia es un tema controvertido, sobre todo para aquellos que consideran que las adicciones comportamentales son comportamientos compulsivos y no adicciones.

Para Muñiz (*Muñiz, A. Comunicación telefónica. 23/04/2020*) educadora social de la Fundación ADSIS de Asturias, este planteamiento tiene una segunda lectura, ya que dentro de las adicciones a sustancias también se presentan diferencias a tener en cuenta en función de la sustancia que consuman (o de un policonsumo). Por lo que se podrían entender, que usar las diferencias entre ambos fenómenos como una barrera para limitar la terminología de adicción en las adicciones sin sustancia, no tiene una base.

Hasta ahora, uno de los motivos que sustentaba que las adicciones sin sustancia suponen un condicionamiento, se basaban en que no se producen los cambios físicos en el cerebro, que impiden a su consumidor abandonar la conducta sin sufrir consecuencias. Sin embargo, en varios estudios de neuroimagen se pueden apreciar cambios en la estructura (materia blanca y materia gris) y funcionamiento del cerebro (Lin et al., 2012).

En el caso concreto de España, la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 – 2024¹³ ha añadido en todas sus líneas de actuación, las adicciones comportamentales, poniendo el foco de atención en el juego con apuesta (presencial u online) y las adicciones a las nuevas tecnologías (NNTT en adelante).

Según Muñiz (*Muñiz, A. Comunicación telefónica. 23/04/2020*), las adicciones comportamentales son un tema recurrente en congresos profesionales y, aunque hace muchos años que se conocen adicciones de este como el trastorno de juego, los casos han aumentado, así el uso de las nuevas tecnologías en la vida cotidiana

¹² Asociación Americana de Psicología

¹³ Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas (2017)

está llevando a considerar “tecno adicciones”, además, cada vez hay más investigaciones al respecto, más programas de intervención y se está observando una incipiente formación específica en estos aspectos.

Dado que no existe un consenso sobre si deberán denominarse adicciones o conductas patológicas (con el consecuente matiz peyorativo), y a falta de un término mejor, durante el presente trabajo se va a hacer referencia a las mismas como adicciones comportamentales o adicciones sin sustancia como: adicción a internet, trastorno de juego, los MMORPG¹⁴, adicción a los videojuegos, a las NNTT o TIC¹⁵, al amor, etc, siguiendo la clasificación propuesta por Laespada & Estevez, (2013)

Aunque la clasificación es amplia, muchos de los fenómenos son nuevos (sobre todo los relacionados con las NNTT), la información disponible limitada y los datos escasos, a continuación se van a desarrollar algunas de estas adicciones, comenzando por la adicción a internet, uno de los trastornos que más controversia ha generado en la APA.

2.3. Adicción a internet

Desde que en 1995 Iván Goldberg creó el término para bromear con su colegas, la idea de que internet puede generar adicción ha estado muy presente en la sociedad, tanto es así que el mismo año que se difunde la broma de Goldberg, Kimberly Young funda la primera clínica dedicada a tratar la adicción a internet (Carbonell, Fúster, Chamarro, & Oberst, 2012; Laespada & Estevez, 2013; Young, 1998).

Han pasado veinticinco años desde aquel suceso y poco se ha avanzado desde entonces: los estudios realizados al respecto son poco fiables y los datos varían significativamente. Uno de los mayores problemas es que no existe un cuestionario estandarizado, el primer cuestionario fue diseñado por Young en 1996, constaba de 8 ítems, posteriormente incluye 20 ítems, ambos cuestionarios se crean a partir los criterios diagnósticos de las adicciones con sustancia (Young, 1998). En la actualidad, paradójicamente, se constata la existencia de un excesivo número de cuestionarios.

¹⁴ Los Massively Multiplayer Online Role-Playing Games, lo que en España se denomina juegos de rol online multijugador

¹⁵ Tecnologías de la información y la comunicación

Sin embargo lo que se constata como cierto es que hay personas que tienen un problema de uso de internet (que suele estar relacionado con problemas de autocontrol); Matute & Vadillo, (2012) los clasifica en tres grupos:

- Grupo 1. Personas llevan menos de un año haciendo uso de internet: El 83% de las personas que llevan menos de un año podría ser considerada adicta, sin embargo, después de un año, el porcentaje desciende al 17% (Young, 1998). Siguiendo los criterios diagnósticos de las adicciones a sustancia (APA, 2013), estas personas no cumplirían los criterios diagnósticos.
- Grupo 2. Personas con problemas en internet: Este grupo recoge a personas que presentaban una problemática previa al uso de internet, e invierten mucho tiempo en la red. Estas personas no tiene una problemática relacionada con internet, aunque puede que utilicen la red para expresarlos.
- Grupo 3. Personas con problemas con internet: Este grupo recoge a aquellas personas que llevan más de un año haciendo uso de internet y no presentaban problemáticas previas a su utilización por internet, a diferencia del grupo anterior, este consumo compulsivo interfiere en su vida cotidiana. Dentro de este grupo aun quedarían por descartar aquellas personas que no tienen adicción, sino condicionamiento instrumental.

Dentro de este tercer grupo, hay que tener en cuenta que el problema de adicción a internet no es un problema aislado, las personas que realizan un uso abusivo de internet tienen tres veces más posibilidades de ser consumidores (de sustancias) de riesgo (Isorna, 2019).

En cuanto al perfil dentro del grupo, para Isorna, (2019), no se puede establecer un perfil de riesgo, pero suelen ser adolescentes de entre 14 y 16 años cuyos padres no controlan el uso que hacen de internet. Esta información concuerda con lo expuesto por Brime, Llorens, Méndez, Molina, & Sánchez, (2019b) y Gomes & Sendín (2014), según los cuales, el uso compulsivo de internet es un fenómeno que está creciendo entre los más jóvenes y tiene como resultado problemas psicológicos y conductuales, por ello es necesario disponer de datos y programar intervenciones eficaces.

2.4. Trastorno de Juego¹⁶

El trastorno de juego es otra de las adicciones (como la adicción a internet) que afecta no sólo a personas adultas, sino también a adolescentes, así según el Informe sobre adicciones comportamentales del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2019):

Se entiende por juego toda actividad en la que se arriesguen cantidades de dinero u objetos económicamente evaluables en cualquier forma sobre resultados futuros e inciertos, dependientes en alguna medida del azar, y que permitan su transferencia entre los participantes, con independencia de que predomine en ellos el grado de destreza de los jugadores o sean exclusiva o fundamentalmente de suerte, envite o azar. Los premios podrán ser en metálico o especie dependiendo de la modalidad de juego. (Brime, Llorens, Molina, Sánchez, & Sendino, 2019a, p. 5) .

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA en adelante) define en el DSM – IV – TR el trastorno de juego como:

Un trastorno consistente en el fracaso del control de los impulsos y se manifiesta a través de un comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, que altera de una manera muy importante la vida de la persona que la padece y de su entorno. (APA, 2001).

Los cambios en el perfil del Jugador.

En los últimos años el perfil del jugador ha sufrido cambios, sigue siendo normalmente un hombre, pero ha pasado de tener una media de edad de 40 años a tener entre 15 y 35 años (Gómez, M. Comunicación por correo electrónico. 04/05/2020; López, I. Comunicación telefónica. 24/04/2020; Medina, A. Comunicación telefónica. 22/04/2020; Muñiz, A. Comunicación telefónica. 23/04/2020; Laespada & Estevez, 2013), muchos de estos nuevos jugadores empiezan a jugar siendo menores de edad, algo prohibido en nuestro país.

¹⁶ En España el juego está regulado por la ley 13/2011

En cuanto a las mujeres, juegan menos que los hombres (3:1) y también solicitan menos tratamiento. Es importante focalizar la atención en la perspectiva de género en las unidades o recursos que trabajen con mujeres con trastornos de juego (Gómez, 2019a), además, de ampliarla a todas las áreas, partiendo desde el análisis de la situación (Arenas & Ballesta, 2016; Castillo et al., 2019)

En el siguiente apartado se pretende dar respuesta a porque estas personas juegan, aun cuando en los juegos de azar, la victoria se convierta casi siempre, en excepción.

Factores cognitivos.

El trastorno juego es un fenómeno complejo que ha tratado de ser explicado en distintas ocasiones, para ello se han examinado diferentes variables que se cree que pueden explicarlo.

Para Labrador (2013), la accesibilidad (histórica y actual), al juego es un factor muy importante, y se ha usado como elemento de control a la hora de limitar el uso. También otras cuestiones como que un juego acepte apuestas bajas, el efecto operante de los premios en los primeros momentos, que genere ideas de control, que estimule al jugador para mantener su atención, que el premio sea inmediato o ver el juego como una forma de socialización y diversión, hacen que unos juegos tengan mayor poder adictivo.

Según Labrador (2013) y Rubio, Fernández, Labrador, Salgado, & Ruiz (2002), el nivel de activación también debe ser tenido en cuenta, ya que parece ser una de las causas del desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva. A efectos prácticos, el adicto al juego presenta un cuadro similar al de un adicto a una sustancia, mientras consume juego, los niveles de activación son muy elevados, lo que produce una sensación placentera, sin embargo cuando no consume, se puede producir craving y síndrome de abstinencia (Echeburúa, Becoña, & Labrador, 2010).

Una última variable a tener en cuenta son las distorsiones cognitivas o sesgos, las personas con un trastorno de juego distorsionan la realidad y se autoconvencen de que pueden controlar el juego y sus resultados, esta ilusión de control hace que el jugador piense que va a ganar, incluso cuando pierde, sigue jugando, ya que el juego es la forma más rápida de recuperar lo perdido (Echeburúa et al., 2010).

Como ya se ha comentado con anterioridad, la edad de las personas que presentan un trastorno de juego ha descendido, por ello se cree necesario añadir un apartado específico para tratar el tema

Juego y adolescencia.

Aún existen pocos estudios sobre jóvenes y trastorno del juego, lo que sí se sabe es que la adolescencia es una época especialmente vulnerable y que ambos se han asociado a múltiples problemas psicológicos y con el consumo de drogas (Estevez, 2013).

Existen varias teorías que intentan explicar el fenómeno del juego en los jóvenes, desde las que inciden en aspectos internos como la búsqueda de sensaciones, hasta las que creen que se debe a aspectos externos como los nuevos escenarios de juego que facilitan el acceso. Estos nuevos escenarios de juego unidos a la vulnerabilidad propia de la adolescencia podrían derivar en problemas de juego en próximas etapas (Estevez, 2013).

La adolescencia es además el periodo en el que los hombres suelen empezar a presentar el trastorno de juego, las mujeres suelen empezar más tarde (Brime, Llorens, Méndez, Molina, & Sánchez, 2019b).

Máximo Enrique Gutiérrez, presidente de la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR) comenta que uno de los motivos por los que estos jóvenes podrían haber empezado a jugar, era la constante publicidad en televisión y redes sociales de casas de apuestas, que atraían al público con bonos de bienvenida, así como el traslado de la vida social de muchos jóvenes al interior de las casas de apuestas, en las que acceden a consumiciones baratas y pueden ver distintos deportes que las admiten

Otra cuestión a tener en cuenta al hablar de trastorno de juego es dónde se juega, las variaciones entre jugar de manera presencial y hacerlo online son mucho más relevantes para el trastorno que una simple ubicación, por ello se considera relevante hacer alusión al juego online

Juego online.

El juego online está siendo uno de los temas más estudiados en los últimos años, algunos de ellos han concluido que el riesgo de trastorno de juego es mayor entre

los jugadores que juegan online. Esto puede deberse a que la gran accesibilidad que tiene, y que hace que el jugador se conecte en entornos que considera seguros, también al anonimato que proporciona la red, al abandono del rol pasivo en el juego presencial, al tiempo que transcurre entre la apuesta y el premio, o a la posibilidad de jugar “partidas de prueba”, entre otros factores (Brime, Llorens, Méndez, et al., 2019a; Gómez, 2019b y Laespada & Estevez, 2013) .

Puede que una de las diferencias más llamativas entre el juego presencial y el online sea que el nivel de estudios es superior en los jugadores online, además de tener una edad de inicio menor, presentar menos evolución y el acumular fuertes deudas (Gómez, 2019b).

2.5. Adicción a los videojuegos

Los videojuegos han irrumpido en el panorama español con mucha fuerza, convirtiéndose España en un lugar clave para el desarrollo y venta de este producto (*La industria del videojuego en España Anuario 2019*), es por lo que resulta necesario analizar el impacto de esta industria sobre una posible adicción a los videojuegos

Según la 11ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 11 en adelante), recogido en el Informe sobre Adicciones Comportamentales del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, la adicción a los videojuegos, se define como :

Un patrón de comportamiento de juego (“juego digital” o “videojuego”) caracterizado por un control deficiente sobre el juego, aumentando la prioridad dada al juego sobre otras actividades en la medida en que el juego tiene prioridad sobre otros intereses y actividades diarias, junto a la continuación del juego a pesar de la ocurrencia de consecuencias negativas. (Brime, Llorens, Méndez, et al., 2019b).

En su última edición (2013), el DSM – V añadió en su sección III, dedicada a aquellos posibles trastornos que deben ser estudiados, los Internet Gaming Disorders, juegos de internet que no tienen apuesta (Brime, Llorens, Méndez, et al., 2019; Laespada & Estevez, 2013).

Por su parte la OMS¹⁷, en el CIE – 11 (2018), incluye el trastorno por uso de videojuegos. El reconocimiento por parte de la OMS de los videojuegos como un problema, implica un consenso entre gran parte de la comunidad científica, lo que hace pensar que el DSM, en próximas ediciones, seguirá los pasos del CIE.

En el caso de España, en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017), se hace mención explícita a los videojuegos dentro del eje de las adicciones comportamentales.

Isorna (2019), señala que los videojuegos se han convertido en la primera opción de ocio audiovisual. Entre los más consumidos por adolescentes, los primeros puestos los ocupan los denominados Fortnite y el *Clash Royal*, ambos videojuegos MMORPG y señalados como potencialmente adictivos.

2.5.1. MMORPG¹⁸

Según Carbonell (2013) en esta subcategoría de los videojuegos, el jugador crea un personaje, se une a un clan y mediante misiones y aventuras va consiguiendo experiencia y consiguiendo metas¹⁹.

Esta nueva forma de juego deja atrás el aislamiento y el juego en solitario característico de los videojuegos tradicionales, para avanzar es necesaria la interacción con los otros, por ello se crea una nueva socialización dentro del juego; cada uno de los denominados clanes tiene unas normas, unos roles, e interactúa con otros que a su vez, poseen sus propias normas y roles. Dentro del universo del juego, el jugador es quien quiera ser, además se encuentra en un mundo cambiante, que sigue avanzando sin que el jugador esté conectado, por lo que tiene que jugar para no perder lo conseguido. Otras características relevantes de estos juegos son que resultan muy accesibles, todas las acciones son recompensadas, el jugador tiene una impunidad total en sus acciones (como matar) y se pueden asumir todos los riesgos que el jugador quiera sin daño real (Carbonell, 2013; Isorna, 2019).

Al crear estos juegos una segunda realidad (en la que el jugador es anónimo) pueden aparecer comunicaciones alteradas de identidad. En algunos casos el avatar

¹⁷ Organización mundial de la Salud

¹⁸ Los Massively Multiplayer Online Role-Playing Games, lo que en España se denomina juegos de rol online multijugador

¹⁹ Un ejemplo de estos juegos son el Fortnite o World of Warcraft

pasa a ser más importante que el jugador y el mundo real pasa a ser el mundo del juego. Este razonamiento también podría explicar los problemas de adicción a las redes sociales (Carbonell et al., 2012).

Una nueva forma de socialización²⁰.

Los jugadores suelen recurrir a este tipo de juegos para escapar de su realidad, para jugar con amigos o para experimentar sensación de grupo, aunque los investigadores (Isorna, 2019; Laespada & Estevez, 2013) coinciden que el elemento central del juego, y lo que los ha convertido en un éxito (y en un problema), es el componente de socialización. Por ello es importante distinguir dos tipos de jugadores:

- Grupo 1: Jugador al que le gusta el juego, éste es importante para su identidad personal, juega por voluntad propia y tiene control sobre el tiempo y la energía que le dedica al juego.
- Grupo 2: Jugador al que le gusta el juego, es importante para su identidad personal, pero el juego interfiere en otras facetas de su vida. El juego acaba provocando tensión y ya no se disfruta del mismo.

Interesa señalar que las horas dedicadas al juego no son un criterio válido para pertenecer a uno o a otro grupo

2.6. Adicciones relacionadas con NNTT

Una de las primeras cuestiones que hay que resaltar es que el uso frecuente de las NNTT²¹ no equivale a un problema de adicción, lo importante es la pérdida de control y la interferencia en la vida cotidiana de la persona, no el número de horas empleadas. La categoría NNTT engloba distintos subgrupos de adicciones (juego online, aplicaciones de internet, redes sociales, móvil) aunque resulta difícil diferenciarlas por sus similitudes. (Laespada & Estevez, 2013)

El perfil de personas que tienen problemáticas relacionadas con las NNTT es variado, pero entre los factores comunes se encuentran: problemas relacionados con la falta de actividad y aburrimiento, alteraciones de estado de ánimo, poca capacidad para solucionar problemas, búsqueda de sensaciones, impulsividad...

²⁰ Y un negocio, véase anexo 2

²¹ O TIC

Destacar que muchas de estas características clínicas están presentes en el juego patológico (Laespada & Estevez, 2013).

Un aspecto a tener en cuenta es que el uso abusivo de la tecnología trae consigo otras prácticas de riesgo como el cyberbullying o el sexting (Isorna, 2019).

3. Las adicciones comportamentales en cifras

Resulta por tanto necesario focalizar la atención sobre la prevalencia que tienen las adicciones comportamentales en la población española

En nuestro país los datos sobre adicciones comportamentales son pocos y, aunque algunas comunidades autónomas recogen sus propios datos, a nivel estatal los datos de referencia son los extraídos de las encuestas EDADES²², y ESTUDES²³. Estas encuestas se han ido actualizando para añadir cuestiones relacionadas con el juego (online y presencial), internet y, en la última edición, con el trastorno por uso de videojuegos.

Para el análisis de los datos se han usado las dos últimas ediciones publicadas de ambas encuestas, ambas del 2019 (Brime, Llorens, Méndez, et al., 2019; Brime, Llorens, Molina, et al., 2019). Se ha optado por estos datos y no otros, porque se consideran los informes más completos de los que se dispone a nivel nacional.

Es relevante apuntar además que, a juicio de Brime, Llorens, Méndez, et al., (2019) y Brime, Llorens, Molina, et al., (2019), la reciente creación de estas encuestas, los cambios metodológicos, así como algunos de los datos que proporcionan, debieran ser tomados con reservas hasta que futuras ediciones confirmen las tendencias.

Siguiendo el orden en el que se han expuestos las adicciones comportamentales en el apartado anterior, se van a presentar los datos obtenidos de las encuestas antes mencionadas.

3.1 Adicción a internet/Uso compulsivo de internet

El uso de internet está generalizado en España, más del 90% de los españoles de entre 16 y 74 años ha usado internet (Brime, Llorens, Méndez, et al., 2019). Por ello resulta de interés comprobar si este uso generalizado tiene repercusiones en la

²² Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España, encuestados de 15 a 64 años, se recogen los datos en los años impares

²³ Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España, encuestados de 14 a 16 años, se recogen los datos en los años pares

prevalencia de la adicción a internet (tabla 1).

Tabla 1: *Uso compulsivo de internet*

	EIDADES		ESTUDES	
	2017	2015	2018	2014
General	2,9%	2,9%	20,0%	16,4%
Mujeres	2,8%	3,1%	23,4%	18,0%

Adaptado de: Brime, Llorens, Méndez, et al., 2019

Al igual que las personas con problemas de juego, las que pueden desarrollar un uso compulsivo de internet presentan otras problemáticas asociadas patologías autodiagnosticadas (principalmente ansiedad) y consumo de riesgo de alcohol y de tabaco (Brime, Llorens, Méndez, et al., 2019).

3.2 Juego con dinero

En la tabla 2 se muestra la prevalencia del juego con dinero en el último año, la prevalencia en hombres (son los que más juegan) en el último año, la prevalencia en el juego presencial (liderado por la lotería) y online (liderado por las apuestas deportivas) y la edad de inicio del juego con dinero

Tabla 2: *Juego con dinero*

		EIDADES		ESTUDES	
		2017	2015	2018	2014
Juego con dinero en el último año	General	60,2%	25,5%	22,3%	
	Hombres	63,5%	35,6%	33,6%	
	Presencial	59,5%	-	-	
	Online	3,5%	-	-	
Edad de inicio	Presencial	22,8 años	14,6 años	-	
	Online	26,8 años	14,7 años	-	

Adaptado de: Brime, Llorens, Méndez, et al., 2019; Brime, Llorens, Molina, et al., 2019

Juego con dinero online y presencial

En esta primera tabla (tabla 3) se muestra el juego con dinero online en el último año, la prevalencia en hombres, las franjas de edad con mayor prevalencia para el juego y que porcentaje de población encuestada juega con dinero, mensualmente o con más frecuencia.

Tabla 3. *Juego con dinero online*

		EIDADES		ESTUDES	
		2017	2015	2018	2014
Juego online en el último año	General	3,5%	2,7%	10,3%	10,2%
	Hombres	5,8%	4,6%	17,4%	16,7%
Franjas de edad con mayor prevalencia EDADES 15 a 34 años/ESTUDES 18 años		5,5%	4,4%	14,6%	14,8%
Frecuencia de juego online mensual o superior		1,6%	1,0%	3,0%	3,2%

Adaptado de : (Brime, Llorens, Méndez, et al., 2019; Brime, Llorens, Molina, et al.,

Entre los juegos más utilizados online, en EDADES 2017, se encuentran las apuestas deportivas en el caso de los hombres, y loterías, primitiva y bonoloto en el caso de las mujeres; en ESTUDES 2018, adquieren relevancia las apuestas deportivas y los videojuegos.

En la Tabla 4 se muestra el juego con dinero presencial utilizando los mismos ítems que en la anterior.

Tabla 4. *Juego con dinero presencial*

		EDADES		ESTUDES	
		2017	2015	2018	2014
Juego presencial en el último año	General	59,5%	37,4%	22,7%	20,6%
	Hombres	62,4%	40,5%	30,7%	31,4%
Franjas de edad con mayor prevalencia EDADES 45 a 64 años/ESTUDES 18 años		70,9%	42,8%	37,2%	30,6%
Frecuencia de juego presencial mensual o superior		27,8%	16,4%	5,9%	8,4%

Adaptado de: (Brime, Llorens, Méndez, et al., 2019; Brime, Llorens, Molina, et al.,

Entre los juegos más utilizados presencialmente, en EDADES 2017, se aprecia que es más frecuente jugar a loterías, aunque los hombres prefieren como segunda opción las quinielas de fútbol, mientras las mujeres se decantan por las loterías instantáneas; en ESTUDES 2018 se advierte una ligera variación por lo que respecta a las mujeres, puesto que según esta fuente las mujeres suelen jugar a loterías y loterías instantáneas, y los hombres prefieren las quinielas de fútbol y las apuestas deportivas.

Problemas con el juego

De estas personas que juegan con dinero, ya sea de manera online o presencial (o ambas), algunas presentan problemas con el juego y otras, un trastorno de juego.

Tabla 5. *Juego problemático*

		EDADES	ESTUDES
		2017	2018
Juego problemático	General	2,0%	4,7%
	Hombres	2,9%	7,6%
Trastorno de juego		0,5%	-
Juego problemático online		-	26,4%
Juego problemático presencial		-	19,8%

Adaptado de: Brime, Llorens, Méndez, et al., 2019; Brime, Llorens, Molina, et al., 2019

Las personas con un posible juego problemático lo hacen con más frecuencia y gastan mayores cantidades de dinero. En EDADES (2017), se muestra que las personas que juegan de manera online suelen jugar a los mismos juegos que la población sin problemas de juego. ESTUDES (2018), señala que las personas sin problemas juegan preferentemente a videojuegos, las personas que podría tener un problema de juego realiza preferentemente apuestas deportivas. De manera presencial, la población sin problemas de juego prefiere las loterías y la población con problemas, las apuestas deportivas (Brime, Llorens, Méndez, et al., 2019; Brime, Llorens, Molina, et al., 2019 y Laespada & Estevez, 2013).

En cuanto a la relación con otras problemáticas las personas con posibles problemas de juego suelen además, poseer más patologías autodiagnosticadas.

3.3 Adicción a los videojuegos

A continuación se muestran los datos recogidos sobre adicción a los videojuegos (tabla 6) a nivel nacional por la encuesta ESTUDES (2018). Para completar la información aportada por ESTUDES, se revisan los datos aportados por la industria del videojuego (tabla 7).

Tabla 6. Adicción a los videojuegos

		ESTUDES 2018
Juega a videojuegos	General	82,2%
	Hombres	96,0%
Juega a eSports	General	47,9%
	Hombres	66,6%
Espectador de eSports	General	34,7%
	Hombres	50,9%
Juega semanal o con más frecuencia		46,7%
Juega dos horas diarias o más frecuencia		28,6%
Ha gastado dinero dentro del juego		28,4%

Adaptado de: Brime, Llorens, Méndez, et al., 2019

Tabla 7. La sociedad española y los videojuegos

	2018
Videojugadores 6 - 64 años	47%
Franja de edad con mayor prevalencia (6 a 14 años)	79%
Juega al menos semanalmente	77%
Horas jugadas de media	6,2

Adaptado de: *La industria del videojuego en España Anuario*, 2019

Problemas con los videojuegos

Del porcentaje de personas que juegan a videojuegos, algunos tiene problemas con ellos (tabla 8).

Tabla 8. *Problemas con los videojuegos*

		ESTUDES 2018
Problemas con los videojuegos	General	6,1%
	Hombres	10%
Jugadores sin problemas que juegan 5 horas o más		5,6%
Jugadores con problemas que juegan 5 horas o más		26,1%

Adaptado de: Brime, Llorens, Méndez, et al., 2019

Los estudiantes con problemas realizan más compras dentro del videojuego y, además, juegan con dinero (tanto online como presencialmente) con mayor frecuencia que los que no tienen un problema.

Los datos aportados por Isorna, (2019) son algo más elevados diferenciando aquellos jugadores que juegan a diario, de los que no lo hacen.

Tabla 9. *Problemas con los videojuegos según su frecuencia de juego*

No juega a videojuegos diariamente	Problemas con los videojuegos	14,5%
	Sintomatología propia de la adicción	3,7%
Juega a videojuegos diariamente	Problemas con los videojuegos	38,9%
	Sintomatología propia de la adicción	12,6%

Adaptado de: Isorna (2019)

4. Adicciones comportamentales y planes autonómicos

Una vez revisado que son y cuáles son las adicciones comportamentales, así como su prevalencia en nuestra sociedad, se va a pasar a revisar los planes de salud mental y los planes autonómicos de adicción. Con esta revisión se intentará comprobar si las adicciones comportamentales son tenidas en cuenta en los mismos, en que ámbitos aparecen y que profesionales están interviniendo con las personas que presentan estas problemáticas.

4.1. PSM

Para realizar este apartado, se han revisado todos los PSM que se encuentran actualmente vigentes²⁴ en las diferentes comunidades y ciudades autónomas españolas. En la tabla (Anexo 3. Tabla de PSM) se ha pretendido realizar un resumen de la información más destacada que aparece en los PSM de estas localizaciones.

Destacar que muchos de los PSM solo hacen referencia a la ludopatía, por continuar con lo expuesto anteriormente, se ha aceptado esa mención exclusiva a la ludopatía como referencia a las adicciones comportamentales. Sin embargo, en el caso de que las menciones sean solo de trastorno de juego, se reflejará en el apartado de observaciones.

En el PSM del Principado de Asturias del 2015 (Blanco, 2015), se realiza una única mención a la ludopatía, reconociendo el derecho a diagnóstico y tratamiento. Entre los profesionales que se considera que deben intervenir en salud mental, no figura el educador social

En Cantabria (Artal, 2015), las adicciones comportamentales se incluyen como trastornos adictivos, sin embargo no se profundiza en ellas, ni se dispone de recursos específicos para su intervención, aunque se incluya en anexos, que en la comunidad se encuentran diferentes asociaciones que trabajan con personas con problemas de ludopatía. Sin embargo se reconoce la figura del educador social como un profesional capacitado para intervenir, en centros de rehabilitación psicosocial destinadas a personas con enfermedad mental.

Navarra cuenta con uno de los PSM de más reciente creación (Flamarique, 2019), muestra un apartado específico para los juegos de azar y los videojuegos. Centrándose en la figura del educador social, el PSM lo menciona, relacionándolo con el servicio de atención asistencial a personas con trastornos adictivos en el Centro Penitenciario de la comunidad.

En el PSM de Aragón (García, 2017) aparecen las adicciones comportamentales como trastornos del control de impulsos, también se especifica que en caso de necesitar intervención se realizaría en unidades de asistencia y seguimiento de

²⁴ También se va a revisar el PSM de Cantabria que finalizó en 2019, ya que se puede entender que se encuentran en un periodo de transición mientras se espera la aprobación del siguiente PSM

adicciones (junto a adicciones con sustancia). El educador social solo se menciona en el PSM al hablar de programas residenciales terapéuticos infantojuveniles (que no existen dentro de la comunidad autónoma).

En cuanto al PSM de Cataluña (Bonet et al., 2017), las adicciones comportamentales se mencionan en los apartados dedicados a jóvenes y adolescentes, esta plan incluye además prevención universal en torno a las adicciones comportamentales, lo que no se detalla es si se crearán itinerarios específicos. Barcelona dispone de su propio PSM (Berbel & Sánchez, 2018), y resulta interesante destacar que entre sus redactores, cuentan con educadores sociales, pero el plan no los recoge como profesionales en la intervención propiamente dicha.

El PSM de La Rioja (Caro et al., 2016) no incluye referencias a adicciones comportamentales, ni al trastorno de juego, ni al profesional de la educación social

En el PSM de la Comunidad de Madrid (Navío, Baón, & López, 2018) se hace una única mención a la ludopatía al señalarse unidades para trabajar con estas personas. No aparecen menciones a la figura del educador social.

El PSM de Castilla – La Mancha (Fernández & Marín, 2018) mantiene similitudes con el PSM del Principado de Asturias, ya que ambos hacen una única mención a la ludopatía en el mismo apartado.

La Comunidad Valenciana junto con las Islas Canarias, son las únicas comunidades que tiene un PSM revisado y/o validado por el Colegio Profesional de Educadoras y Educadores Sociales de su comunidad autónoma.

En cuanto al PSM Valenciano (Sotoca, 2016), no aparecen menciones a las adicciones comportamentales, ni a la educación social.

En el PSM de Las Islas Canarias (Gutierrez, 2019) tampoco recoge las adicciones comportamentales. Aparece la figura del educador social como un profesional clave, trabajando como parte de un equipo multidisciplinar que interviene en el caso de discapacidad por trastorno mental grave.

El PSM de la otra comunidad insular, las Islas Baleares (Oriol, 2016), solo aparece la ludopatía, incluida como conducta adictiva.

En cuanto al PSM extremeño (Martín et al., 2016) no se hacen referencias a las adicciones comportamentales, ni a la figura del educador social.

La Comunidad de Murcia es un caso singular ya que actualmente tiene un programa de salud mental (Concepción et al., 2019). En este programa se defiende que la intervención con adicciones sin sustancia (principalmente referidas a la ludopatía) se generalice, para ello se pretende la formación de profesionales especialistas en intervención con adicciones sin sustancia, además de incluir las adicciones comportamentales en la cartera de servicios.

Por último, Andalucía incluye en su PSM (Carmona et al., 2016) las adicciones comportamentales como trastorno por adicciones (concretamente se recogen en el apartado de otras conductas adictivas). No aparece información relativa a adicciones comportamentales o al trabajo del educador social.

Como se puede observar, las adicciones comportamentales aparecen en la mayoría de los PSM analizados (con presencia mayoritaria de la ludopatía), sin embargo el tema no es tratado en profundidad; en muchos de estos planes se puede apreciar menciones que no tienen repercusión posterior en las acciones concretas del plan. Esto podría explicarse porque el trastorno de juego es la única adicción comportamental que tiene aceptado el DMS – V, sin embargo, estos planes de salud mental no siguen otras recomendaciones de la APA (dejar de usar el término juego patológico).

Diez de los PSM revisados hacen referencia a las adicciones comportamentales, de ellas, cinco hacen mención únicamente a la ludopatía y cuatro, no tratan el tema en profundidad, lo que hace suponer la inexistencia de intervenciones concretas con respecto a las adicciones comportamentales.

Con respecto a la figura del educador social, en los planes revisados las menciones escasas, y solo la Comunidad Foral de Navarra relaciona a los educadores sociales con la intervención en adicciones. Uno de los motivos que puede explicar la baja presencia de esta figura profesional tiene que ver con la terminología usada en los PSM, en ellos se nombra a “educadores” pero no se especifica si se trata de una figura profesional o no profesional.

4.2. Planes Autonómicos de Adicciones

En la tabla (Anexo 4.), se revisan los Planes Autonómicos de Adicciones (PAA, en adelante), vigentes²⁵ en el momento en el que se realiza el trabajo, el peso porcentual que tienen las adicciones comportamentales dentro de cada plan (numero de menciones a las adicciones comportamentales en los objetivos operativos/total de ítems en los objetivos operativos).

El País Vasco cuenta con varios documentos que regulan las acciones relacionadas con las adicciones, y en todas ellas aparecen las adicciones comportamentales al mismo nivel que las adicciones con sustancias.

En cuanto a la Ley de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias (Comunidad Autónoma Del País Vasco, 2016), se incluyen la prevención, la reducción de la oferta, y la intervención con todas aquellas conductas que puedan resultar excesivas. Para la elaboración de esta ley se contó con el Colegio Educadoras y Educadores Sociales del País Vasco

Desde el departamento de salud (Departamento de salud, 2017a) se trabaja para eliminar los prejuicios que puedan tener los profesionales respecto a las adicciones (también las adicciones comportamentales).

EL PAA de Euskadi (Departamento de salud, 2017b), persigue reducir el consumo de adicciones comportamentales. Coloca al mismo nivel las adicciones con sustancia que las adicciones sin sustancia.

Las adicciones comportamentales aparecen específicamente además en dos de los cinco ejes de actuación del plan, en dos de los dieciséis objetivos específicos y en cinco acciones de las 49 que contempla en plan (más del 10%), orientados sobre todo a prevención y reducción de la oferta. Aunque puede, que las adicciones comportamentales estén implícitas en más ejes, objetivos y acciones.

Por otra parte el PAA de Navarra (Fermín et al., 2018), nombra solamente las adicciones comportamentales, consideradas por separado, señalando la preocupación existente por el uso excesivo de internet, de las redes sociales, y el posible impacto sobre la socialización de las personas.

²⁵ También se ha revisado el PAA de Cataluña y el de Madrid, ya que finalizaron en el años 2019 y se puede entender que se encuentran en un periodo de transición

En la presentación de los objetivos sin embargo, si se consideran las adicciones comportamentales en conjunto, y no por separado como hasta el momento. Aparecen en los tres objetivos generales del plan, en siete de sus catorce líneas de acción y en 11 de sus 65 actuaciones (casi un 17%).

Sus actuaciones están muy orientadas a la prevención, aunque también se contemplan actuaciones para visibilizar del problema, identificarlo y controlarlo, cumplir la legislación y formar a profesionales.

En cuanto a Aragón y (Espinosa et al., 2018), se constata la mención a las adicciones comportamentales en el análisis de la situación actual de la comunidad, incluyendo además, dentro de los objetivos, la prevención de las adicciones sin sustancia, y el control de la publicidad relacionada con el juego.

Analizando específicamente el PAA (*III Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón 2018-2024*, 2018), las adicciones comportamentales se presentan como uno de los cuatro elementos base del plan, mencionándose específicamente la adicción al juego y la problemática relacionada con NNTT.

Las adicciones comportamentales aparecen en las cinco áreas de actuación, en once de los veintiún objetivos, y en trece de las cincuenta y siete acciones (más de un 22%) que tiene previstas el plan.

Estas intervenciones se llevarían a cabo en materia de prevención, revisión y cumplimiento de la normativa de juego (incluido REJUP²⁶); programas de atención a las adicciones comportamentales o coordinación entre stakeholders²⁷ para garantizar el acceso a otros recursos y gestionar el conocimiento. Aparte de estas actuaciones, las adicciones comportamentales están presentes de manera implícita en otras intervenciones, aunque no parezcan reflejadas como tal.

Cataluña dispone de dos documentos que tratan el tema de las adicciones, el PSM, y un plan de trastornos mentales y adicciones (Generalitat de Catalunya, 2017), que finalizó en 2019. En este análisis no se encuentran referencias a las adicciones comportamentales.

²⁶ Registro del juego de prohibidos

²⁷ Fantova (2005), las diferentes partes interesadas en el éxito desarrollo del PAA

El PAA de Castilla y León (Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comunidad de Castilla y León, 2017), al igual que el plan catalán, no hace referencia a las adicciones comportamentales.

En el PAA de La Rioja (*Plan de Prevención de Adicciones de La Rioja 2018 - 2024*, 2018), aparecen las adicciones comportamentales como un aspecto determinante a tener en cuenta, especialmente se hace hincapié en aquellas que están relacionadas con el uso de TIC²⁸, los juegos de azar, y los videojuegos.

Las adicciones comportamentales aparecen en seis de los once objetivos del plan, en nueve de las cuarenta y una acciones, y en doce de los cincuenta y siete intervenciones (más de un 21%).

Entre las intervenciones que plantea se encuentran: la coordinación y formación de los stakeholders, la prevención universal (escolar y laboral) y selectiva y el control sobre las intervenciones y protocolos de atención dentro de salud mental, entre otras

La Comunidad de Madrid dio por finalizado su plan ("Plan de Prevención En Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos," 2015) en el año 2019. La escasa información disponible no permite un análisis adecuado del mismo. Sin embargo se puede apuntar que las adicciones comportamentales no se recogen en el objetivo general del plan, aunque aparecen en uno de los cinco de los objetivos específicos y en una sus nueve actividades a desarrollar (relacionada con las NNTT y las TIC), siendo la única mención directa a adicciones comportamentales (un 11% del plan).

El plan de Extremadura (Castillo et al., 2019), es uno de los más completos que se han revisado, incorporando temas destacados como la perspectiva de género (formación de profesionales, incluir la perspectiva en los análisis de datos, rediseñar los programas con esta perspectiva) y la ideación autolítica. Este plan está validado por el Colegio Profesional de Educadoras y Educadores Sociales de Extremadura.

Las adicciones comportamentales aparecen en las cinco áreas del plan, en veinte de sus veintidós objetivos y en cincuenta de sus noventa y una líneas de actuación (más de un 54%).

Entre los temas que trata este plan se encuentran: la prevención, discapacidad y conductas adictivas, la atención a las personas privadas de libertad y los menores

²⁸ Tecnologías de la información y la comunicación

con medidas judiciales que tienen problemas relacionados con las conductas adictivas, la incorporación de las necesidades sociolaborales, la mejora de los sistemas de detección temprana de las conductas adictivas, la detección de riesgo de autolisis, la violencia de género (y/o violencia sexual) y conductas adictivas, la coordinación de stakeholders y gestión del conocimiento y la investigación. Dentro del plan se hace mención a la educación social, como una profesión que formaría parte de equipos multidisciplinares en unidades de atención.

Por último, el PAA de Andalucía (Arenas & Ballesta, 2016), cuenta con más de trescientas estrategias. Las adicciones comportamentales aparecen en los quince objetivos generales que tiene el plan, en cuarenta y dos de los cuarenta y cuatro objetivos específicos y en ciento cincuenta y nueve de las trescientas cincuenta y cuatro estrategias (un 44,9%).

Estas aportaciones, divididas en cuatro ejes, tratan temas como: la atención integral, la prevención, intervención con población vulnerable (personas privadas de libertad, menores con medidas judiciales, mujeres, inmigrantes, víctimas de violencia de género o personas en situación de exclusión social), formación y coordinación entre stakeholders, inserción laboral y social, trabajo con perspectiva de género, y actualización de los protocolos de actuación, entre otros.

Destacar las dos menciones que realiza a la educación social, considerando a los educadores sociales, como profesionales a impulsar, (utilizando la terminología que usa el plan para referirse a esta cuestión concreta) para realizar prevención en familias en contextos de vulnerabilidad, y como profesionales, para realizar acompañamiento individualizado, en procesos de integración social de personas con problemas de adicción (con y sin sustancia). Además, algunas de las figuras como educadores de pares y mediadores multiculturales, podrían ser realizadas por educadores sociales.

Tras el análisis de los PSM y los PAA se muestra que no hay unanimidad, ni en la forma de tratar las adicciones comportamentales, ni en los profesionales que deben intervenir. No todos los documentos recogen las mismas adicciones y no disponen de los mismos recursos, además no se especifica cuál es el abordaje que se considera más adecuado para la problemática.

Por ello en el siguiente apartado se pretende conocer las distintas formas de intervenir ante una problemática común, las adicciones comportamentales; con esta finalidad se ha procedido a entrevistar a profesionales de reconocido prestigio en la intervención con adicciones comportamentales.

5. Unidades de atención

Si una persona tiene problemas con las adicciones comportamentales habría que plantearse a que recurso tendría que acudir. Para diferenciarlos, se construye una propuesta de clasificación de las unidades de atención teniendo en cuenta si intervienen de manera exclusiva con adicciones comportamentales o si tratan, dentro de la misma unidad, adicciones independientemente de si son con o sin sustancia.

5.1. Unidades mixtas

Por unidades mixtas se entienden aquellos recursos en los que se trabaja conjuntamente con personas que tienen un problema de adicción, ya sea con sustancia o sin sustancia. Estos suelen ser recursos que debido a la demanda, han reorientado sus servicios para adaptar su intervención a las nuevas adicciones.

Para comprender mejor el funcionamiento de una unidad mixta, se ha entrevistado vía telefónica a Andrea Muñiz, educadora social de la Fundación ADSIS Asturias, un centro que responde a las características antes nombradas (*Muñiz, A. Comunicación telefónica. 23/04/2020*).

En la Fundación ADSIS (Gijón) se interviene con personas privadas de libertad que presentan una problemática de consumo de sustancias, y aunque siempre han atendido casos puntuales que demandaban ayuda por un problema con el juego, en los últimos años las personas que acuden al recurso por una problemática de adicciones comportamentales, ha aumentado.

Los profesionales (miembros de un equipo multidisciplinar en el que trabajan cuatro educadores sociales) realizan intervenciones individualizadas con las personas que acuden al recurso. Las intervenciones se realizan en forma de tutorías semanales, en las que se trabaja de manera integral el problema con la sustancia o la adicción comportamental. La duración media de una intervención en la Fundación ADSIS suele ser de un año y medio (equivalente a quinientas horas de trabajo)

La intervención integral que se realiza desde Fundación ADSIS con las personas con adicción ya sea o no con sustancia, comparte una base, aunque existen matices propias de cada sustancia y de cada adicción comportamental. Se trabaja en la prevención, en las modificaciones en los estilos de vida, las relaciones, contextos, habilidades emocionales etc. es decir se realiza un abordaje holístico, al que da respuesta el perfil del educador social

5.2. Unidades de atención específica

Son unidades que trabajan de manera exclusiva con adicciones comportamentales, pudiendo intervenir sobre un grupo específico de adicciones comportamentales, como es el caso del Instituto Psicológico Desconnect@ que se centra en adicciones relacionadas con las nuevas tecnologías, o un adicción comportamental específica, como LARPA que se centra en el trastorno de juego.

La entrevista realizada a D. Marc Masip, director del Instituto Psicológico Desconnect@ (*Masip, M. Comunicación por correo electrónico. 19/04/2020*), aporta datos interesantes sobre el funcionamiento de la unidad. Así, en esta unidad se llevan a cabo programas en los que se interviene con jóvenes de entre doce y diecinueve años con problemas de adicción relacionados con las NNTT (redes sociales, teléfono móvil, pornografía y videojuegos), las intervenciones grupales e individuales se realizan varias veces a la semana primando un abordaje psicológico.

Para resolver esta necesidad de atención específica a los problemas de los jóvenes con la tecnología, se crea Desconnect@, que actualmente cuenta con un Hospital de día y un aula terapéutica (colegio autorizado) en el que interviene con un equipo multidisciplinar.

Otro ejemplo de unidad de atención específica es LARPA, que está centrada en el trastorno de juego, su vicepresidente D. Alberto Medina (*Medina, A. Comunicación telefónica. 22/04/2020*) y el psicólogo coordinador D. López (*López, I. Comunicación telefónica. 24/04/2020*) llevan varios años trabajando en esta asociación que se crea en 2012, vista la carencia de asociaciones que trataran este tema en el Principado de Asturias; desde entonces, se han atendido en el recurso a cuatrocientos enfermos y quinientos seis familiares, suponiendo unos cien nuevos casos cada año.

El jugador (mayor de edad) que está a tratamiento presenta dos perfiles diferenciados: El de un hombre de unos cuarenta años, con pareja, que juega a

maquinas tipo B y que va al recurso presionado por su pareja, y el nuevo perfil de chicos jóvenes de dieciocho o veinte años que desarrollaron la adicción siendo menores, que viven con sus padres y van al recurso obligados por ellos, en este segundo perfil la intervención con la familia es mucho más importante, ya que tienden a sobreproteger al jugador. En ambos casos el proceso para llegar al tratamiento es largo, ya que no suelen pedir ayuda hasta que las deudas son ya muy importantes o sus familias descubren el problema y les exigen empezar un tratamiento

LARPA trabaja sobre dos ejes, las intervenciones grupales semanales con la persona con la problemática de juego y la familia (en grupos separados), en la que jugadores rehabilitados y familiares de personales rehabilitados, dirigen las sesiones. Una vez al mes los profesionales se intercambian, pasando al grupo de familiares, un jugador rehabilitado (para resolver dudas y poder hablar sobre sus preocupaciones). Una vez cada mes o dos meses, se organizan grupos conjuntos entre familiares y jugadores, en estos grupos se busca encarar problemáticas y contrastar información. Cada mes o mes y medio, los jugadores tienen entrevistas con los psicólogos, para tratar temas específicos; los familiares también realizan reuniones con el psicólogo orientadas a tratar temas relativos a la rehabilitación y control del jugador.

5.3. Modelo Asistencial del Hospital Universitario de Bellvitge²⁹

Aunque si hay que nombrar una unidad de atención específica para intervenir en adicciones comportamentales, esa sería sin duda la unidad de juego del HUB, reconocida nacional e internacionalmente como un referente (Laespada & Estevez, 2013).

El HUB tiene una unidad de juego especializada en adicciones comportamentales, y es un hospital de referencia en España en el tratamiento de juego patológico con videojuegos con fines terapéuticos o serious games, para mejorar competencias específicas o entrenamiento de habilidades (Laespada & Estevez, 2013).

Para conocer el funcionamiento de esta unidad se ha entrevistado a la Doctora Mónica Gómez, psicóloga especialista en psicología clínica del HUB y profesora de

²⁹ HUB, en adelante

la Universidad de Barcelona (Gómez, M. *Comunicación por correo electrónico*. 04/05/2020).

La Unidad de Juego³⁰ nace para dar respuesta a las necesidades de las personas con problemas de juego, este problema se detecta por el aumento de tentativas autolíticas que acudían al servicio de urgencias del HUB en la década de 1980.

Principalmente atiende trastornos de juego, adicción a los videojuegos y compra compulsiva, aunque también atienden a personas con otras adicciones comportamentales (sexo, tarot, etc). Destacar que el perfil de persona que suele acudir al recurso (principalmente una persona con problemas de juego) está cambiando, del hombre, jugador de máquinas tipo B, al chico joven que juega online.

Las personas que pueden presentar un problema de adicción comportamental llegan a la unidad y se les realiza una anamnesis, en una nueva cita se comenta los resultados obtenidos y se plantea el tratamiento más adecuado, pudiendo ser grupal o individual. Estas sesiones se suelen repetir durante todo el proceso, para comprobar los avances en la consecución de los objetivos.

Estas unidades presentan diferencias que van más allá del tipo de adicciones que tratan, una de las más notables se corresponde con el perfil profesional que tienen las personas que intervienen en ellos. En modelo de Fundación ADSIS es el único que cuenta en su equipo de intervención multidisciplinar con profesionales del ámbito social, concretamente educadores sociales; el resto de unidades tienen equipos multidisciplinarios de ámbitos psicológicos o médicos.

El perfil de los equipos de intervención puede marcar el abordaje del que parten, pudiendo ser biomédico (caracteriza por una intervención centrada en cuestiones médicas o psicológicas) o biopsicosocial (intervención holística).

6. Del reduccionismo biomédico al abordaje holístico biopsicosocial

En este último apartado se considera pertinente realizar mención expresa al modelo de intervención biopsicosocial como un modelo que, independientemente de la unidad, plantea un abordaje holístico que no es tenido en cuenta por los PSM, los PAA y muchas unidades de atención.

³⁰ UJ, en adelante

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, en adelante), cabe preguntarse si en la intervención con adicciones comportamentales se sigue la definición de salud de la OMS: “ un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia.”(OMS, 1998, p. 10), o en cambio habría que plantearse intervenir con un enfoque biopsicosocial, usando para ello equipos multidisciplinares.

La propia OMS (2013) reconoce la importancia de estos factores sociales a los que se refiere como determinantes sociales. Estos determinantes tienen en cuenta cuestiones individuales, comunitarias y estructurales de las personas, con el fin de realizar un análisis de las situaciones de vulnerabilidad, pues estas tienen un impacto muy importante en la salud (Borrell, 2016).

En la propia Estrategia Nacional sobre Adicciones (Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017), se recoge la necesidad de ofrecer una atención integral socio-sanitaria mediante un trabajo en red y en los itinerarios personalizados de intervención que tengan en cuenta las características de cada persona.

Para realizar una intervención biopsicosocial, siguiendo las recomendaciones de la OMS (Coto, Lourdes, Tovar, Alfaro, & Ayala, 2012), es necesario un abordaje integral partiendo de dos cuestiones básicas, que las personas son titulares de derechos, y que se debe trabajar con el contexto social y comunitario que rodea a una persona. Este modelo permite explicar las adicciones comportamentales como un problema multicausal y que necesita, por tanto, un abordaje que contemple los diferentes factores de la persona (biológico, personal y social), y las relaciones que se establecen entre los mismos.

Este abordaje busca a su vez incorporar y vincular al proceso de intervención a los stakeholders³¹, ya que los beneficios no son exclusivos para la persona con la interviene de manera principal. Esta forma de intervenir basada en el enfoque de derechos, la participación social y la igualdad de oportunidades, beneficia también a la comunidad de pertenencia y a la sociedad en general.

Por ello es necesario contar en los equipos multidisciplinares que trabajan con personas con adicciones, sean o no comportamentales, con profesionales del ámbito

³¹ Interesados en que se produzca un proceso de cambio, las familias, la comunidad, las asociaciones implicadas...

social que puedan aportar ese enfoque holístico e individualizado, del que carecen algunos de los planes analizados.

Educación Social, un perfil profesional ligado al mundo de las adicciones

En 2004 el “Libro Blanco. Título de Grado de Pedagogía y Educación Social” (Bas-Peña, 2014) considera las adicciones como una oportunidad laboral para el educador social, desde entonces, se ha convertido en un profesional recurrente en los equipos multidisciplinares, pero muchas veces este profesional ha permanecido, y permanece, invisibilizado, como se ha mostrado aquí, recogidas las escasas menciones en los PSM y PAA

Esta invisibilización se traduce una en ambigüedad en sus funciones, la realización de tareas por debajo de su perfil profesional y, muy probablemente, en un menor peso y presencia en la toma de decisiones (Sixto-Costoya & Olivar, 2018; Soriano, Garrido, Vázquez, Cid, & Carrera, 2016).

En esta línea Sixto-Costoya & Olivar (2018), señalan que el educador social se encarga de intervenir de manera directa y holística con la persona, para que esta reconstruya el proceso de socialización que ha sido alterado por la adicción o cuya alteración ha llevado a la adicción, para ello el trabajo del educador social va más allá de la persona, trabaja con la familia, el barrio, en su tiempo de ocio o en su economía (entre otros).

Como se ha visto a lo largo de este estudio, muchas de las adicciones comportamentales generan nuevas formas de socialización entre el grupo de iguales, estos nuevos perfiles demandan (como también lo hacen los perfiles clásicos) una atención holística.

Para realizar estas intervenciones, el educador social, como parte de un equipo multidisciplinar, debe partir de las características individuales de cada persona (género, la clase social, etc.), ignorarlas puede colocar a la persona con la que se interviene en una situación de vulnerabilidad y de desigualdad social (Borrell, 2016; OMS, 2013)

En definitiva, el educador social acompaña a la persona en su incorporación a la sociedad y en la búsqueda de apoyos que le ayuden en su proceso de abandono de la adicción (ASEDES, 2007; Bas-Peña, 2014; Soriano et al., 2016; Sixto-Costoya & Olivar, 2018). Este acompañamiento debe ser entendido como una herramienta que

ponga en el centro de la acción socioeducativa a la persona, devolviéndole el papel activo, que nunca debió perder, en su proyecto vital, y considerando al profesional como un apoyo temporal que le ayuda a encontrar recursos para volver a conectar con la comunidad.

La educación social posibilita “La incorporación del sujeto de la educación sujeto de la educación a la diversidad de las redes sociales, redes sociales entendida como el desarrollo de la sociabilidad y la sociabilidad circulación social circulación social” (ASEDES, 2007, p. 12).

7. Conclusiones y Propuestas

Las adicciones comportamentales son una realidad que, independientemente de la problemática existente alrededor de su terminología, puede generar problemas a una parte de la población, por ello, sería necesario realizar estudios contrastados de cada una de las adicciones, así como comprobar la prevalencia de las mismas en la población española, estandarizando para ello instrumentos de evaluación que permitan comparar los resultados obtenidos en diferentes localizaciones.

Muchas de las adicciones comportamentales tienen un fuerte componente tecnológico, por lo que sería necesario formar a los profesionales que vayan a intervenir con estas personas en competencias digitales, NNTT, TIC, seguridad en la red... Resulta por tanto imprescindible adaptar y/o actualizar la formación universitaria de profesionales clave.

Los datos recogidos por la encuesta ESTUDES solo incluyen a jóvenes de 14 a 18 años que se encuentren cursando segundo ciclo de enseñanza secundaria, bachillerato o ciclos de formación profesional básica o de grado medio, por lo que esta representación no incluye a aquellos jóvenes que ya han abandonado el sistema educativo. Podría interpretarse que la realidad de las adicciones comportamentales en los jóvenes de 14 a 18 años esta infrarrepresentada, ya que en las etapas en las que se realizan las encuestas, ya se han producido los abandonos.

Las adicciones relacionadas con las NNTT o TIC como juego online o videojuegos, están generando muchos problemas y cada vez tienen mayor prevalencia, sobre todo entre los grupos de población más jóvenes. Es por ello necesario realizar una revisión de los factores de riesgo y de protección que se usan en la literatura de las

adicciones con sustancia, para comprobar su aplicabilidad en las adicciones comportamentales. Este factor puede resultar determinante en la planificación e implementación de una prevención universal y selectiva, pudiendo ser necesario realizar esta intervención de manera separada (realizar por un lado prevención sobre adicciones con sustancia, y por otro prevención sobre adicciones sin sustancia)

El estudio de los PSM y PAA de las comunidades autónomas muestran carencias que deben ser solventadas para garantizar un correcto tratamiento del fenómeno de las adicciones comportamentales y de los profesionales que trabajan en este ámbito. En muchos de sus objetivos aparecen reflejadas las adicciones comportamentales, que sin embargo, no tienen un peso real en las intervenciones concretas que se realizan posteriormente, quedándose esas menciones en un mero reconocimiento del problema sin una propuesta de intervención. Además, es necesario que se definan en que recursos se va a trabajar con estas personas, planteando un modelo de intervención holístico y multidisciplinar que garantice un abordaje biopsicosocial de la problemática.

Los PSM y PAA deberían tener más en cuenta la perspectiva género en su diseño y posterior aplicación. También se deberían crear protocolos específicos para controlar y evitar la ideación autolítica que algunas adicciones comportamentales tienen (caso del trastorno de juego).

En las entrevistas realizadas se ha podido conocer el funcionamiento de distintas unidades que tratan con estas adicciones, poniéndose de manifiesto la importancia tanto del tipo de recurso, como del perfil de los profesionales que trabajan en el mismo

Se cree necesario crear centros de intervención específicos para intervenir con las personas con problemas relacionados con las adicciones sin sustancia para que las intervenciones cuenten con las máximas garantías posibles, pero también deben crearse espacios dedicados a la prevención, divulgación, formación e investigación sobre este particular, ambos aspectos se complementan.

El actual modelo biomédico (presente en los PSM y PAA) no parece responder a las necesidades reales de la problemática multicausal de las adicciones comportamentales, olvidando en muchas ocasiones la necesidad de realizar un abordaje social, o haciéndolo con un perfil poco apropiado. Ignorando además

planteamientos internacionales que implican a los denominados determinantes sociales de la salud, o la propia definición de salud (OMS)

Se debe incluir el abordaje biopsicosocial en el trabajo con adicciones comportamentales, usando para ellos profesionales que puedan intervenir con las personas, trabajando en red con otros recursos y profesionales y vinculando en este trabajo, a la sociedad.

Es necesario sensibilizar a profesionales clave, sobre la necesidad de realizar abordajes que incluyan a profesionales hasta ahora desconocidos.

Parece imprescindible que el educador social esté presente igualmente en otros aspectos relacionados con las adicciones comportamentales, que se han nombrado a lo largo del trabajo y que son igualmente importantes: el diseño de PSM y PAA desde perspectivas complementarias, la prevención universal y selectiva (no solo en el ámbito escolar), el rediseñar los protocolos de intervención, la intervención con personas privadas de libertad y menores con medidas judiciales con adicciones comportamentales, entre otros.

8. Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association. (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (D.S.M-IV-T). Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.; American Psychiatric Association, Ed.). Washington, DC.

Arenas, F., & Ballesta, R. (2016). *III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, 2016-2021*. Sevilla.

Artal, J. (2015). *Plan de Salud Mental de Cantabria 2015 - 2019*. Santander .

ASEDES. (2007). *Documentos profesionalizadores*. Retrieved from <http://www.eduso.net/archivo/doccdow.php?id=143>

Bas-Peña, E. (2014). EDUCACIÓN SOCIAL Y FORMACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS SOCIAL EDUCATION AND TRAINING IN DRUG ADDICTION. In *Health and Addictions* (Vol. 14). Retrieved from <https://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/215/219>

- Berbel, S., & Sánchez, E. (2018). *Plan de salud mental de Barcelona 2016-2022*. Barcelona.
- Blanco, F. (2015). *Plan de salud mental del Principado de Asturias 2015 - 2020*. Retrieved from <https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/Plan+de+Salud+Mental+del+Principado+de+Asturias+2015+-+2020.pdf/81ec0129-5365-a96c-94cb-c541bfc618b8>
- Bonet, P., Cid, J., Jordà, E., Magrinyà, P., Porta, E., Puigdevall, E., ... Viñas, P. (2017). *Estratègies 2017-2020 Pla d'irector de salut mental i addiccions*. Retrieved from http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematics/linies_dactuacio/estrategies_salut_salut_mental_i_addiccions/
- Borrell, C. (2016). *Los determinantes sociales de la salud*. Retrieved from https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/4019/Conferencia_inaugural_Carmen_Borrell.pdf
- Brime, B., Llorens, N., Méndez, F., Molina, M., & Sánchez, E. (2019). *INFORME SOBRE Adicciones comportamentales Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES*. Retrieved from http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_adicciones_comportamentales_2.pdf
- Brime, B., Llorens, N., Molina, M., Sánchez, E., & Sendino, R. (2019). *Informe sobre adicciones comportamentales. Juego y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y adicciones en España EDADES y ESTUDES*. <https://doi.org/10.7319/19-002-1>
- Carbonell, X. (2013). De la adicción a Internet al trastorno del juego en Internet. In M. T. Laespada & A. Estevez (Eds.), *¿Existen las adicciones sin sustancias?* (pp. 73–86). Bilbao: Deusto Digital.
- Carbonell, X., Fúster, H., Chamarro, A., & Oberst, U. (2012). ADICCIÓN A INTERNET Y MÓVIL: UNA REVISIÓN DE ESTUDIOS EMPÍRICOS ESPAÑOLES. *Papeles Del Psicólogo*, 33(2), 82–89. Retrieved from <http://www.cop.es/papeles>
- Carmona, J., García-Cubillana, P., Millán, A., Huizing, E., Fernández, G., Rojo, M., & Aguilera, L. (2016). *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016 - 2020*. Sevilla.
- Caro, Y., Cestafe, C., Fonseca, E., Garraleta, J., Gutierrez, M. C., Khalil, H., ... Santolalla, I. (2016). *III PLAN ESTRATEGICO DE SALUD MENTAL DE LA RIOJA 2016 - 2020*. Logroño.
- Castillo, M. M., Corté, M., Gallardo, A., Guijarro, P., Morcillo, M. P., Santos, J. A., & Vas, A. M. (2019). *Plan de Adicciones de Extremadura 2018-2023*. Mérida.

- COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO. (2016). Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias. *BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO*, (105). Retrieved from <https://www.boe.es/boe/dias/2016/05/02/pdfs/BOE-A-2016-4170.pdf>
- Comunidad de Castilla y León. Consejería de familia e igualdad de oportunidades. (2017). ACUERDO 22/2017, de 25 de mayo, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el VII Plan Regional sobre Drogas (2017-2021). *Boletín Oficial Del Castilla y León*, (Núm. 100), 19247–19425. Retrieved from <https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/plan-regional-sobre-drogas.html>
- Concepción, A., Hurtado, A. M., Martínez, J., Ortiz, A., Álvarez, F. J., Celdrán, J., ... Ruiz, B. (2019). *PROGRAMA DE ACCIÓN PARA EL IMPULSO Y MEJORA DE LA SALUD MENTAL EN LA CARM 2019-2022*. Murcia.
- Coto, J. V., Lourdes, A., Tovar, P., Alfaro, G., & Ayala, G. (2012). *Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional*. San Salvador, El salvador.
- Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. (2017). *ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES 2017-2024*. Madrid.
- Departamento de salud. (2017a). *2017-2020 Líneas estratégicas. Departamento de Salud*. Retrieved from https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/stp/lineas_estrategicas.pdf
- Departamento de salud. (2017b). *VII Plan de ADICCIONES EUSKADI 2017 - 2021*. Retrieved from <http://www.bibliotekak.euskadi.eus/WebOpac>
- Echeburúa, E., Becoña, E., & Labrador, F. J. (2010). *El juego patológico Avances en la clínica y en el tratamiento* (Fundación Gaudium, Ed.). Madrid: PIRÁMIDE.
- Espinosa, M. L., Febrel, M., Gascón, L., Adiego, B., Melús, E., Bartolomé, C., ... Alonso, J. P. (2018). *Plan de Salud de Aragón 2030*. Zaragoza.
- Estevez, A. (2013). Juego en adolescentes: nuevas formas, mismas consecuencias. In M. T. Laespada & A. Estevez (Eds.), *¿Existen las adicciones sin sustancias?* (pp. 53–72). Bilbao: Deusto Digital.
- Fermín, A., Lafuente, C., Cava, J., Margarita, M., Ozcoidi, E., González, R., ... García, M. (2018). *El III Plan de prevención: Drogas y Adicciones 2018 - 2023*. Retrieved from https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/iii_plan_de_preencion_drogas_y_adicciones_definitivo_comp.pdf
- Fernandez, J., & Marín, M. T. (2018). *PLAN DE SALUD MENTAL De Castilla-la Mancha 2018 - 2025*. Toledo.

Flamarique, M. B. (2019). *Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023*. Pamplona.

García, M. (2017). *Plan de Salud Mental 2017 - 2021*. Zaragoza.

Generalitat de Catalunya. (2017). *Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions*. Retrieved from https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/mapa/pdf/Cataluna_Estrategia_2017_2019.pdf

Gomes, F., & Sendín, J. C. (2014). Internet como refugio y escudo social: Usos problemáticos de la Red por jóvenes españoles. | *Revista Científica de Educomunicación*, 22(43), 45–53. <https://doi.org/10.3916/C43-2014-04>

Gómez, M. *Comunicación por correo electrónico*. 04/05/2020. (n.d.).

Gómez, M. (2019a). Clínica y tratamiento del Trastorno de Juego asociado al género. In P. municipal sobre drogas Ayuntamiento de Oviedo (Ed.), *XXI Jornadas Municipio y Adicciones*. Oviedo.

Gómez, M. (2019b). Nuevos perfiles en el trastorno del juego: Características clínicas y respuestas al tratamiento. In P. municipal sobre drogas Ayuntamiento de Oviedo (Ed.), *XXI Jornadas Municipio y Adicciones*. Oviedo.

Gutierrez, M. A. (2019). *PLAN DE SALUD MENTAL DE CANARIAS 2019 - 2023*. Las Palmas de Gran Canaria.

III PLAN DE ADICCIONES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN. 2018-2024. (2018). Zaragoza.

Instituto Nacional de Estadística. (2019, July 1). Población residente por fecha, sexo, grupo de edad y nacionalidad (agrupación de países)(9689). Retrieved May 5, 2020, from <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=9689#!tabs-tabla>

Isorna, M. (2019). Elementos centrales que conforman el fenómeno de las adicciones (con y sin sustancia) en la actualidad. In P. municipal sobre drogas Ayuntamiento de Oviedo (Ed.), *XXI Jornadas Municipio y Adicciones*. Oviedo.

Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Moragas, L., del Pino-Gutierrez, A., ... Aranda, F. (2013). Nuevas tecnologías: desde la adicción hasta la rehabilitación. In M. T. Laespada & A. Estevez (Eds.), *¿Existen las adicciones sin sustancias?* (pp. 101–116). Bilbao: Deusto Digital.

La industria del videojuego en España Anuario 2019. (2019). Retrieved from <http://www.aevi.org.es/web/wp-content/uploads/2020/04/AEVI-ANUARIO-2019.pdf>

Labrador, F. J. (2013). La importancia de los factores cognitivos en la adicción al juego. In M. T. Laespada & A. Estevez (Eds.), *¿Existen las adicciones sin sustancias?* (pp. 39–52). Bilbao: Desuto Digital.

- Laespada, M. T., & Estevez, A. (Eds.). (2013). *¿Existen las adicciones sin sustancia?* Bilbao: DeustoDigital.
- Lin, F., Zhou, Y., Du, Y., Qin, L., Zhao, Z., Xu, J., & Lei, H. (2012). Abnormal White Matter Integrity in Adolescents with Internet Addiction Disorder: A Tract-Based Spatial Statistics Study. *PLoS ONE*, 7(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0030253>
- López, I. Comunicación telefónica. 24/04/2020. (n.d.).
- Martín, B., Torres, I., Casado, M. P., López, M. I., Rodríguez, B., & Torres, R. (2016). *III Plan de integral de Salud Mental de Extremadura 2016 - 2020*. Mérida.
- Masip, M. Comunicación por correo electrónico. 19/04/2020. (n.d.).
- Matalí, J. L., García, S., Martín, M., & Pardo, M. (2015). Adicción a las nuevas tecnologías: definición, etiología y tratamiento. In G. Roca (Ed.), *Las Nuevas tecnologías en niños y adolescentes: guía para educar saludablemente en una sociedad digital* (pp. 113–121). Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu.
- Matute, H. (2013). Internet: ¿Adicción o no adicción? In M. T. Laespada & A. Estevez (Eds.), *¿Existen las adicciones sin sustancias?* (pp. 19–38). Bilbao: Deusto Digital.
- Matute, H., & Vadillo, M. A. (2012). *Psicología de las nuevas adicciones: De la adicción a Internet a la convivencia con robots*. Madrid: Síntesis.
- Medina, A. Comunicación telefónica. 22/04/2020. (n.d.).
- Muñiz, A. Comunicación telefónica. 23/04/2020. (n.d.).
- Navío, M., Baón, B., & López, J. M. (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020*. Retrieved from <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>
- OMS. (1998). *Glosario sobre promoción de la salud* (Ministerio de Sanidad y Consumo, Ed.). Madrid.
- OMS | Determinantes sociales de la salud. (2013). Retrieved May 29, 2020, from WHO website: https://www.who.int/social_determinants/es/
- Oriol, J. (2016). *PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL DE LAS ISLAS BALEARES 2016 - 2022*. Palma de Mallorca.
- Plan de prevención de adicciones de La Rioja 2018 - 2024*. (2018). Logroño.
- Plan de Prevención en Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos. (2015). Retrieved May 7, 2020, from Comunidad de Madrid website: <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-prevencion-drogodependencias-y-otros-trastornos>

- Potenza, M. N. (2014, January). Non-substance addictive behaviors in the context of DSM-5. *Addictive Behaviors*, Vol. 39, pp. 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.09.004>
- Rubio, G., Fernández, A., Labrador, F. J., Salgado, A., & Ruiz, B. (2002). Evaluación de la activación durante el juego en máquinas recreativas con premio análisis comparativo de una muestra de jugadores patológicos y una muestra normal. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28(118), 213–234. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=259936>
- Sixto-Costoya, A., & Olivar, A. (2018). Educación Social y Trabajo Social en adicciones: Recuperar el territorio colaborando. *RES, Revista de Educación Social*, 26. Retrieved from <http://www.eduso.net/res/26/articulo/educacion-social-y-trabajo-social-en-adicciones-recuperar-el-territorio-colaborando>
- Soriano, L. R., Garrido, J. M., Vázquez, S., Cid, X. M., & Carrera, M. V. (2016). Presencia y potencialidades de la educación social en el campo de la salud. *Revista de Educación*, 373, 57–84. <https://doi.org/10.4438/1988-592X-RE-2016-373-321>
- Sotoca, R. (2016). *ESTRATEGIA AUTONÓMICA DE SALUD MENTAL 2016-2020*. Valencia.
- Young, K. S. (1998). *Caught in the Net: How to recognize the signs of Internet addiction - and a winning strategy for recovery*. Nueva York: Wiley.

Anexos

Anexo 1. Glosario

Anexo 2. MMORPG como una oportunidad comercial

Anexo 3. Tabla de PSM

Anexo 3. Tabla de PAA

Anexo 1. Glosario

Craving: Cuando una persona se encuentra en un periodo de abstinencia, pueden darse deseos intensos de consumir, este fenómeno suele ir asociado a estímulos externos que evocan momentos previos de consumo (por ejemplo, si una persona que fumaba siempre esperando el bus, deja de fumar, es más probable que aparezcan esos deseos de fumar esperando el bus, que en su trabajo, donde no lo hacía).

ESport: Deportes electrónicos (*Dotta, Battle Royale, LOL..*) a los que se puede jugar de manera individual o grupal, tienen un alto desgaste físico y psicológico para sus jugadores.

Máquinas Tipo B: popularmente conocidas como “tragaperras”, son aquellas máquinas recreativas que dan al jugador la posibilidad de ganar (azar mediante) un premio en metálico (previo pago de una tarifa establecida)

MMORPG: Juegos de rol online multijugador en los que la persona crea un avatar (física y psicológicamente), se une a un clan y debe completar misiones. El mundo del juego es cambiante por lo que obliga al jugador a estar conectado para no perderse nada

Sexting: Enviar imágenes de contenido íntimo o sexual a otra persona, normalmente usando el teléfono móvil

Stakeholders: Personas y grupos interesados (y/o implicados) en que una intervención se realice de manera exitosa. En el caso de una

Anexo 2. MMORPG como una oportunidad comercial

Para Isorna, (2019), los MMORPG son un de videojuegos gratuitos y normalmente descargables en los Smartphone que se caracterizan por partidas breves, controles sencillos, donde se juega con amigos (nueva forma de socialización) y se intenta conseguir “CORONAS” y cartas coleccionables.

Es en el coleccionismo de esas cartas donde se encuentra la rentabilidad (y uno de los motivos por los que estos juegos pueden ser tan adictivos), es muy complicado avanzar si no se invierte dinero, los tiempos de espera son altos, las recompensas escasas y sin una buena baraja de cartas no se pueden conseguir victorias, poniendo en peligro algunas de las relaciones formadas dentro del juego (que pueden ser las únicas relaciones que tiene el jugador o ser relaciones con personas relevantes para él, por lo que quiere o seguir el ritmo).

Anexo 3. Tabla de PSM

Comunidad Autónoma	PSM	Fechas ³²	Observaciones	AC ³³	ES ³⁴	Autor ES ³⁵	Observaciones
Galicia	No						
Principado de Asturias	Si	2015-2020		Si	No	No Consta	Solo nombra ludopatía
Cantabria	No	2015-2019	A la espera del siguiente PSM	Si	Si	No Consta	Sin análisis detallado
País Vasco	No		Araba y Gipuzkoa tienen un PSM				
Navarra	Si	2019-2023		Si	Si	No Consta	Tiene estadísticas propias
Aragón	Si	2017-2021		Si	Si	No	Poca profundidad
Cataluña	Si	2017-2020	Barcelona tiene un PSM	Si	No	No Consta	Poca profundidad
Castilla y León	No						
La Rioja	Si	2016-2020		No	No	No	
Madrid	Si	2018-2020		Si	No	No	Solo nombra ludopatía
Castilla - La Mancha	Si	2018-2025		Si	No	No Consta	Solo nombra ludopatía
Comunidad Valenciana	Si	2016-2020	Revisado por COEESCV	No	No	No Consta	
Islas Baleares	Si	2016-2022		Si	No	No Consta	Solo nombra ludopatía
Extremadura	Si	2016-2020		No	No	No Consta	
Región de Murcia	Si	2019-2022	Tienen un Programa de Salud Mental no PSM	Si	No	No	Alusión a ludopatía
Andalucía	Si	2016-2020		Si	No	No	Poca profundidad
Islas Canarias	Si	2019-2023	Validado por CEESCAN	No	Si	No	
Ciudad Autónoma: Melilla	No						
Ciudad Autónoma: Ceuta	No						

Fuente propia

³² Desarrollo temporal del plan³³ Aparecen en el PSM las adicciones comportamentales³⁴ Aparece en el PSM la figura del educador social³⁵ Aparece como parte de los equipos de trabajo encargados de realizar el documento algún educador social

Anexo 4. Tabla de PAA

Comunidad Autónoma	PAA ³⁶	Fechas	Observaciones	AC	ES	Autor ES	Peso (%) ³⁷	Observaciones
Galicia	No	-		-	-	-	-	
Principado de Asturias	No	-	Incluido en PSM	-	-	-	-	
Cantabria	No	-	Incluido en PSM	-	-	-	-	
País Vasco	Si	2017 - 2021	Ley de atención integral	Si	No	-	10,2	
Navarra	Si	2018 - 2023	Plan de prevención	Si	No	-	16,9	
Aragón	Si	2018 - 2024		Si	No	-	22,8	Referencias implícitas
Cataluña	No	2017 - 2019	Incluido en PSM	No	-	-	-	
Castilla y León	Si	2017 - 2021		No	No	-	-	
La Rioja	Si	2018 - 2024		Si	No	-	21,1	
Madrid	No	2015 - 2019		Si	No	-	11,1	Plan no detallado
Castilla - La Mancha	No	-	Incluido en PSM	-	-	-	-	
Comunidad Valenciana	No	-		-	-	-	-	
Islas Baleares	No	-		-	-	-	-	
Extremadura	Si	2018 - 2023	Convocado el colegio profesional de ES	Si	Si	Si	54,9	Terminología neutra y perspectiva de genero
Región de Murcia	No	-		-	-	-	-	
Andalucía	Si	2016 - 2021		Si	Si	-	44,9	Muy pormenorizado
Islas Canarias	No	-		-	-	-	-	
Ciudad Autónoma: Melilla	No	-		-	-	-	-	
Ciudad Autónoma: Ceuta	No	-		-	-	-	-	

Fuente propia

³⁶ La comunidad tiene un Plan Autonómico de Adicciones

³⁷ Porcentaje de menciones que tienen las adicciones comportamentales (o alguna variante terminológica) en los objetivos del plan