



MODELO DE INTERVENCIÓN CON ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL Y DE GÉNERO PARA ADICCIONES SIN SUSTANCIA

JUEGO PROBLEMÁTICO / JUEGO PATOLÓGICO

Con la asistencia técnica de:



Financiado por:



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

Como citar este informe:

González – Rojas, A; Soriano-Villarroel, I; Martínez-Redondo, P. (2022) *Modelo de intervención con enfoque biopsicosocial y de género para adicciones sin sustancia*. UNAD. La red de atención a las adicciones. Madrid.

Equipo investigador y autoría:

Andrea González Rojas, Iniciativas- CSE. S. Coop. Mad.

Isabel Soriano Villarroel, Iniciativas- CSE. S. Coop. Mad.

Revisión y corrección:

Patricia Martínez Redondo

Profesionales y entidades participantes:

Ascensión Fernández Perea (ARIADNA)

Belén Villalba Segovia (Fundación EMET Arco Iris)

Blanca Martínez Bugarín (Asociación ANTOX)

Erdoitza Unanue Herreros (Fundación Gizakia)

Gisela Hansen Rodríguez (Asociación Dianova)

Jesús Cancelo Martínez (ACLAD Alborada)

José Luis Rabadán Rituerto (ARAD)

Juan José Lamas Alonso (FEJAR)

Laura Durán González (Asociación Érguete)

Maitte Soler Alcaide (Fundación Salud y Comunidad)

Rosana Santolaria Gómez (FEJAR)

Sandra Ribas Escolà (Grup ATRA)

Sonia Martín Martínez (ANTAD)

Consultas

unad@unad.org

C/Cardenal Solís 5, local 2, 28012 Madrid

Tfno.: 91 447 88 95

Editado por: UNAD

Diseño creativo y maquetación: Javier Valdés de Jesús

Diciembre 2022

ISBN: 978-84-09-48407-2

Agradecimientos

Agradecemos enormemente la colaboración de las mujeres y hombres que contribuyeron con sus testimonios a la elaboración de este modelo. Sus relatos y experiencias son el motor de este trabajo.

También agradecemos la participación de todas las personas que, desde sus organizaciones sociales, han estado siguiendo muy de cerca este proceso. Su experiencia profesional y su visión han sido un ingrediente muy importante.

Coordina:



Con la asistencia técnica de:



Financiado por:



Licencia de Reconocimiento-No Comercial – Sin Obra Derivada CC BY-NC-ND

ESTUDIOS E INVESTIGACIONES UNAD

**MODELO DE INTERVENCIÓN CON ENFOQUE BIOPSIOSOCIAL
Y DE GÉNERO PARA ADICCIONES SIN SUSTANCIA.**

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| 01. PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL | 8 |
| 02. INTRODUCCIÓN | 10 |
| 03. EL JUEGO PATOLÓGICO O PROBLEMÁTICO | 16 |
| LA SITUACIÓN ACTUAL GENERAL DEL JUEGO EN ESPAÑA: | 20 |
| LO ONLINE: | 23 |
| LO PRESENCIAL: | 24 |
| ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL JUEGO PROBLEMÁTICO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO: | 25 |
| 04. EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL Y DE GÉNERO | 30 |
| MODELO DE INTERVENCIÓN CON ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL Y DE GÉNERO PARA ADICCIONES SIN SUSTANCIA | 33 |
| LA COMPRENSIÓN DESDE LO "BIO" | 34 |
| Componente biológico – genético | 36 |
| Componente médico-sanitario | 37 |
| EL TRATAMIENTO DESDE LO "BIO" / ABORDAJE DESDE LO ORGÁNICO - INDIVIDUAL | 40 |
| LA COMPRENSIÓN DESDE LO "PSICO" | 46 |
| Componente de atención centrada en la persona | 48 |
| Enfoque del trauma reportado | 51 |
| EL TRATAMIENTO DESDE LO "PSICO" / ABORDAJE DE LO SUBJETIVO | 54 |
| LA COMPRENSIÓN DESDE LO "SOCIAL" | 60 |
| Componente de los determinantes sociales o de contexto | 62 |
| Componente educativo | 63 |
| EL TRATAMIENTO DESDE LO SOCIAL / ABORDAJE DE LO RELACIONAL | 66 |
| 05. ATERORIZANDO EL MODELO EN LA INTERVENCIÓN EN ADICCIONES SIN SUSTANCIA | 70 |
| A. INTERVENCIÓN CON MUJERES | 73 |
| Algunos pasos previos: | 73 |
| Qué NO hacer en el trabajo con mujeres: | 76 |
| Algunos temas que pueden ser tratados en las sesiones grupales con mujeres: | 77 |
| B. LA INTERVENCIÓN CON HOMBRES Y EL ABORDAJE DE LA MASCULINIDAD | 78 |
| Algunos pasos previos: | 78 |
| Qué NO hacer en el trabajo con hombres: | 80 |
| Algunos temas que pueden ser tratados en las sesiones grupales con hombres: | 82 |
| C. INTERVENCIÓN CON JÓVENES | 84 |
| Algunos pasos previos: | 84 |
| Qué NO hacer en el trabajo con jóvenes: | 85 |
| Algunos temas que pueden ser tratados en las sesiones grupales con jóvenes: | 86 |
| D. INTERVENCIÓN EN GRUPOS MIXTOS. QUÉ NO HACER. | 89 |
| E. TRABAJO CON LAS FAMILIAS / PERSONAS CUIDADORAS | 91 |
| 06. TRABAJO EN RED PARA LA UTILIDAD DEL MODELO | 92 |
| ANEXO 1: Temáticas a tratar en el trabajo con mujeres. | 98 |
| ANEXO 2: Temáticas a tratar en el trabajo con hombres. | 110 |
| BIBLIOGRAFÍA | 120 |

01

PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

UNAD es una entidad reconocida en el Tercer Sector por su trabajo de atención hacia las personas con problemas de drogas en España y, desde hace ya algunos años, también a las personas con problemas de adicciones sin sustancia.

En esta línea, hemos trabajado en los últimos años fomentando el conocimiento y la investigación en este campo y por dar respuestas a un fenómeno cada vez más latente en una sociedad como la nuestra. El objetivo ha sido visibilizar las diferentes problemáticas que viven las personas que tienen una adicción de este tipo como son, por ejemplo, las dificultades para acceder a los servicios de atención o el estigma que sufren, especialmente las mujeres con adicción al juego.

De la misma manera, hemos abordado la necesidad de unificar la normativa existente de cada comunidad autónoma para dar protección a la población en situación de especial vulnerabilidad, incluso para contemplar nuevas herramientas y recomendaciones para profesionales en el tratamiento de adicciones por juego.

Ahora, con este trabajo queremos ir todavía más allá y definir el modelo de intervención en materia de juego problemático de las entidades de UNAD teniendo en cuenta todos los aspectos que afectan a la adicción. Así, con esta publicación damos un paso más y ofrecemos una descripción de lo que entendemos por abordaje biopsicosocial integrando el enfoque de género de manera transversal.



Una vez más el trabajo colaborativo y en red ha permitido desarrollar una alianza entre UNAD y la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR) para precisamente definir una estrategia común que ponga el foco en las mujeres y jóvenes con trastorno por juego, sin olvidar a otros grupos como los hombres, y también las familias.

Me gustaría agradecer el compromiso de cada profesional de la red UNAD, que ha participado en el desarrollo de este estudio porque hemos conseguido desarrollar un modelo común de trabajo para abordar las adicciones sin sustancia. Este es otro claro ejemplo del grado de compromiso, no solo en el trabajo diario, sino también en el desarrollo, crecimiento y futuro de las entidades de UNAD.

Por último, quiero destacar que este trabajo ha sido realizado gracias a la financiación del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 que nos brinda la oportunidad de realizar esta publicación y esperamos sea una nueva herramienta práctica y de transformación.

Las ganas de avanzar son palpables, y por eso aquí os animo a ser valientes para lograr los cambios, porque sólo así seguiremos alcanzando las metas que la sociedad se merece.

Luciano Poyato Roca
Presidente de UNAD



FEJAR lleva más de 31 años interviniendo con personas con trastorno de juego y sus familias, siendo este colectivo el motor de su creación y trabajo diario.

En todo este largo tiempo pasamos por muchas circunstancias difíciles y que fueron, desde la incomprensión de la sociedad hasta la negación del diagnóstico adictivo, pero resistimos y seguimos aquí, en la brecha, siendo referentes y soportando el mayor peso asistencial de las personas con esta adicción.

En estos momentos FEJAR se compone de 22 Asociaciones y 2 Federaciones autonómicas que desarrollan su intervención en 11 Comunidades Autónomas y que atienden a más de 7.000 personas con alguna adicción comportamental, principalmente al juego, así como a sus familias.

FEJAR, durante estos años, no practicó una intervención cerrada y hermética, sino que fuimos capaces de ir evolucionando con la sociedad, adaptándonos al mundo cambiante, no sólo a la propia operativa de juego, sino también a los cambios sociológicos que acontecieron progresivamente en nuestra sociedad.

Como ejemplo, podríamos hablar de la conceptualización del, un día llamado juego patológico, otro tiempo ludopatía y últimamente trastorno por juego. Se pasa, de la visión de un vicio degenerativo, a un trastorno del control de los impulsos, llegando a la posición actual dentro de los trastornos adictivos o adicción sin sustancia.

Al tener esa consideración, parecería que la implicación de la administración, y por tanto de la sociedad, sería equiparable a las adicciones con sustancia, pero no es el caso. Muchas veces tenemos la impresión de que somos los “segundones” de las adicciones y que no necesitamos validación ni recursos para esta adicción, y, tristemente estamos convencidos que seguimos en ello.

Desde sus comienzos FEJAR tiene claro que el trabajo entre entidades y agentes sociales es básico para una intervención transversal, y que tenga evidencia científica, así como eficacia rehabilitadora.

Dentro de este contexto, nos contenta y enorgullece de colaborar con UNAD en la elaboración de este protocolo, y manifestamos nuestra voluntad de seguir estableciendo alianzas para conseguir dichos objetivos.

Agradecer a todas las personas afectadas, familiares y profesionales que participaron en esta guía y desear que sea un reflejo práctico en todo personal profesional que dedica su día a día a liberar a personas de su adicción, y conseguir entre todas una sociedad más saludable.

Máximo Enrique Gutiérrez Muélledes
Presidente de FEJAR

02

INTRODUCCIÓN



El acceso a juegos de azar (online y presencial) ha registrado un aumento notable en la última década. Según la OMS (2017), entre el 1 y el 6% de personas alrededor del mundo son propensas a desarrollar conductas adictivas de juego. De esta cifra, no se conocen datos desagregados por sexo, pero puede que la brecha entre mujeres y hombres sea cada vez menor. Se prevé que la tendencia siga en aumento, lo que se traduce en mayor prevalencia de trastornos relacionados.

El trastorno por videojuegos y juegos de apuesta ya ha sido incluido en el Manual Diagnóstico DSM-V, que por ahora no incluye otras adicciones sin sustancia. Sin embargo, a pesar del incremento de la población afectada, a nivel global, su tratamiento no es una prioridad en salud pública, las mujeres afectadas siguen siendo menos visibles en comparación con los hombres, y la población juvenil sólo empieza a serlo, gracias a la relación que tienen con las tecnologías.

Una buena parte de las respuestas para paliar el problema viene de las organizaciones sociales compuestas por personas afectadas (mayoritariamente hombres de mediana y mayor edad), que han creado sus propios métodos de acogida y atención a partir de su experiencia y que, muy poco a poco y sólo en algunos, casos han ido profesionalizándose en el tema. Puede que las respuestas estén siendo reactivas y urgentes, buscando minimizar el impacto, pero con poca efectividad preventiva, tal como sucedió en los años 80 con el uso rápidamente extendido de sustancias psicoactivas.

Este documento se presenta como material de consulta para profesionales que deben tratar con la problemática, con el objetivo de proporcionar las claves esenciales de un modelo de atención biopsicosocial desde perspectiva de género, para la intervención tanto con personas adultas como jóvenes.

Como marco general, este modelo se construye sobre la base de cuatro enfoques de partida y transversales:

El primero de ellos, el **enfoque de género**, que no sólo busca visibilizar la presencia y particularidades de las mujeres con conducta problemática derivada del juego, en medio de un contexto altamente masculinizado, sino también poner el énfasis en la influencia que pueden tener las relaciones entre hombres y mujeres en un contexto de desigualdad estructural, en la adherencia y éxito o fracaso de los tratamientos.

El segundo enfoque, muy conectado con el primero, es **la perspectiva de la interseccionalidad**, que nos hace considerar los efectos de distintos ámbitos de exclusión y opresión que pueden afectar a las personas a las que atendemos. Esta perspectiva, derivada de los estudios feministas, sirve para entender que cada persona está condicionada simultáneamente por distintos sistemas de dominación y discriminación / privilegios (raciales, étnicos, de género, de clase, de localización, de procedencia, entre otros) que pueden afectar la forma en la que se desarrolla su adicción, así como el proceso de recuperación/tratamiento de la misma.

En tercer lugar, el **enfoque de derechos** para la promoción de una salud integral y sobre la base de un marco de garantías que asegure que el Estado es responsable de proporcionar los medios necesarios para que cada persona pueda vivir en condiciones de bienestar, sin discriminación y sin exclusión.

Por último, el **enfoque generacional**, que busca resaltar las características, necesidades y aportes particulares de las personas en cada una de las etapas de la vida, poniéndolas en igual valor, sin que la edad determine su mayor o menor importancia. Este enfoque es fundamental en el abordaje de las adicciones sin sustancia ya que, cada vez con mayor frecuencia, se pone en evidencia la afectación particular sobre las personas más jóvenes y el abordaje necesita que las soluciones tengan en cuenta sus necesidades particulares.

Una vez clarificados los puntos de partida, ahora es momento de explicar lo que incorpora y aporta este Modelo.

Con el objetivo de crear un marco común de intervención y tratamiento de las adicciones sin sustancia, desde un enfoque biopsicosocial y de género, se desarrolló un proceso de consenso entre personas expertas que delimitaron los alcances y utilidad de los contenidos de este¹. Sus propuestas fueron posteriormente contrastadas y puestas a debate entre personas con problemas de adicción al juego, hombres y mujeres por separado², así como también entre personas que, desde su ámbito profesional, tuviese relación con el tema. Desde organizaciones del tercer sector, instancias institucionales del nivel nacional y la academia, se recogió información sobre las principales problemáticas, obstáculos y vías de oportunidad para la construcción de este Modelo³.

Como resultado, este documento dedica la primera parte a definir el alcance de lo que se entiende por adicción al juego / juego problemático y juego patológico, considerando todos los matices con la misma importancia y teniendo como objetivo que sus propuestas puedan ser aplicadas en distintas instituciones. Además, esta primera parte proporciona una breve descripción de la situación actual en España, analizada desde la perspectiva de género y llamando la atención sobre los vacíos que aún existen en la implementación de este enfoque para el desarrollo de la investigación que permita considerar la problemática en su dimensión real.

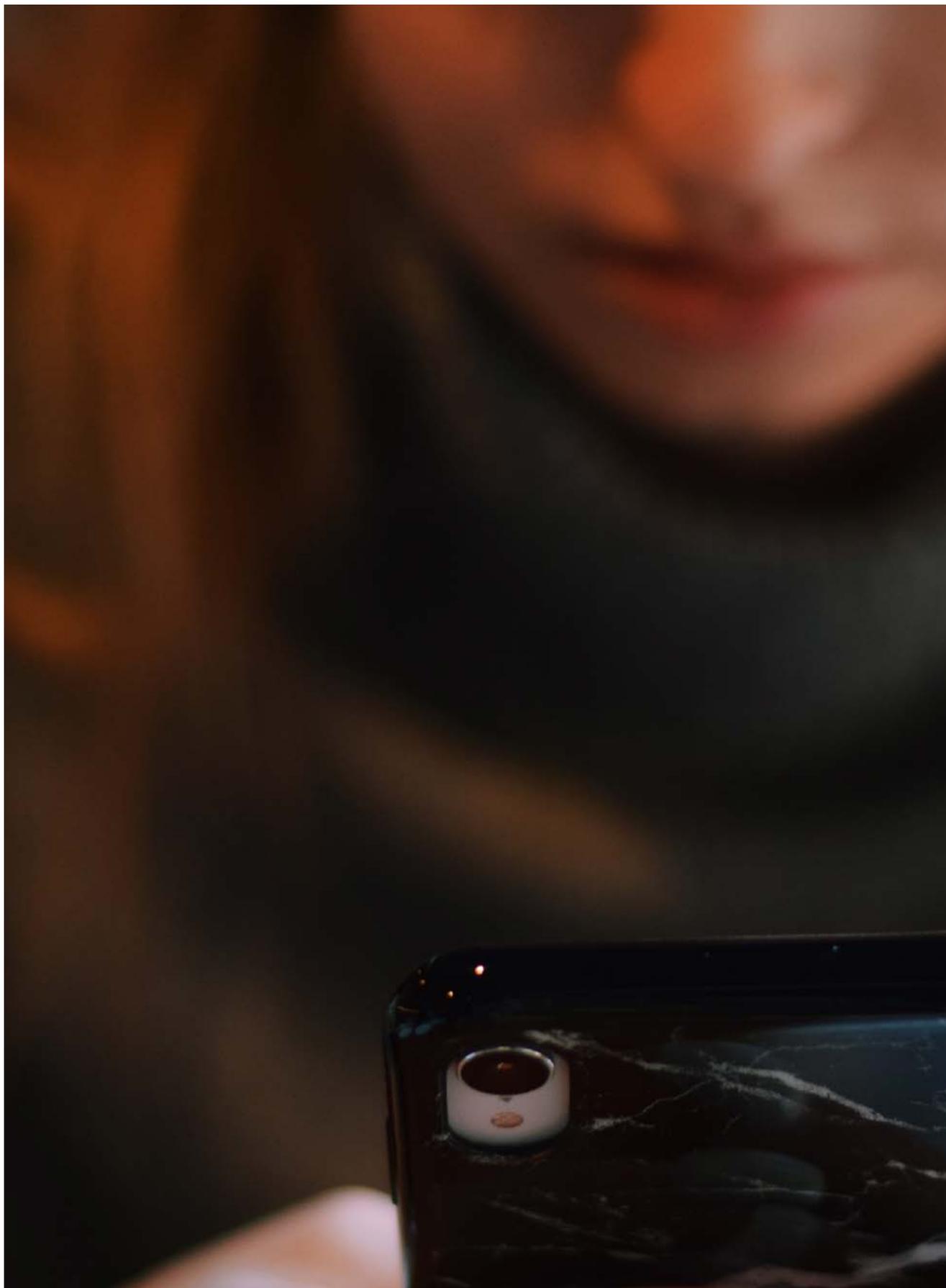
-
- 1 La metodología utilizada para el proceso de consenso entre personas expertas fueron los procesos de consulta DELPHI, con la realización de tres consultas llevadas a cabo entre los meses de marzo y noviembre de 2022. En total participaron 16 personas expertas que, desde distintos niveles y enfoques, aportaron a la construcción de este modelo.
 - 2 Se realizaron tres grupos de discusión con personas en proceso de rehabilitación por juego. El primer grupo compuesto por hombres, el segundo compuesto por mujeres y el tercero de composición mixta que reunía por un lado, a personas ya rehabilitadas que colaboran en la acogida de otras personas que buscan ayuda por primera vez y por otro lado a familiares.
 - 3 Se realizaron entrevistas a personas de la academia, personas dedicadas a la intervención desde el tercer sector, así como también personas que trabajan en el ámbito público estatal y que han participado en la elaboración y ejecución de políticas y acciones en torno a la regulación, prevención y abordaje del juego problemático y patológico.

En la segunda parte, se aborda en profundidad el desarrollo del modelo. Aunque se trata de un modelo integrado, la descripción de sus componentes se aborda por partes separadas, esperando poder clarificar con el mayor detalle posible su alcance, ya que entiende la adicción al juego como una problemática multidimensional.

Así, un apartado está dedicado a la comprensión y el tratamiento de lo biológico – orgánico, una segunda parte está dedicada al abordaje y tratamiento de lo psicológico y subjetivo y una tercera parte estará dedicada al abordaje de lo social, relacional y comunitario. Estas tres esferas, inseparables y de la misma importancia, están directamente influidas e influyen a su vez, en la construcción del género y los efectos que esa construcción tiene sobre la vida cotidiana de una persona con problemas de juego patológico o juego problemático, por lo que el abordaje de cada una de ellas se realiza teniendo en cuenta, sobre todo, la influencia del género como factor que determina la vida personal y social, así como la forma de afrontamiento de los tratamientos y la permanencia o no permanencia en ellos.

La tercera parte, complementaria de la anterior, es también una de las de mayor utilidad y, probablemente, la más importante del documento porque aglutina la información de más relevancia a la hora de diseñar los tratamientos. Se trata de las claves para aterrizar el modelo en la intervención, aboga por la atención diferenciada, aborda las claves de trabajo en grupos separados por características de sexo y edad. Y será complementada, además, por dos anexos que acompañan a este documento y que busca generar herramientas útiles para profesionales que quieran diseñar sus intervenciones desde una perspectiva biopsicosocial y de género integral.

Esperamos que pueda ser de utilidad.



03

EL JUEGO PATOLÓGICO O PROBLEMÁTICO



Aunque el juego problemático o trastorno por juego no es la única forma de adicción sin sustancia que existe, sí es una de las más generalizadas o comunes, la que mayor porcentaje de población registra y sobre la cual se han recopilado más datos hasta ahora.

Mucho se ha debatido, durante la elaboración de este modelo, acerca del alcance y limitaciones de las definiciones más cercanas a los manuales diagnósticos, que ponen el énfasis en el trastorno o la patología y otras definiciones que se alejan de lo clínico, intentando incluir otros matices menos patologizantes, que acojan conductas de juego problemático y no necesariamente patológico.

Este modelo tendrá en cuenta uno y otro lado del espectro de la definición, por considerar que ambas albergan matices importantes a la hora de pensar la intervención desde un enfoque biopsicosocial y de género en el tratamiento por problemas de juego.

La Organización Mundial de la Salud reconoce el “Gaming disorder”⁴ y, dentro de él, tanto al juego online como offline indistintamente. Se hace, eso sí, una distinción clara entre el *gaming* (videojuegos) y el *gambling* (juego de apuestas, donde conseguir dinero es el objetivo del juego en sí) por considerar que las consecuencias de uno y otro son diferentes.

Según su definición el trastorno del juego se caracteriza por un patrón persistente de juego que se manifiesta en:

1. La pérdida de control o control deficiente sobre el impulso para jugar (relacionado con inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto).
2. El aumento de la prioridad otorgada al juego en la medida en que el juego prevalece sobre otros intereses de la vida y actividades diarias.
3. La continuación o intensificación del juego aun cuando se tienen consecuencias negativas para la vida cotidiana en general, tales como un deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes.

Se entiende como trastorno si confluyen condiciones como una angustia marcada por aumentar la frecuencia de juego, o la persistencia de los síntomas citados antes.

4 6C51 Gaming disorder, según patrón desórdenes relacionados con comportamientos adictivos, según la clasificación de la OMS actualizada a febrero de 2022 y disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1448597234>

De otro lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión más reciente (DSM-V) entiende -como en el caso de las adicciones a sustancias- que existe un problema de control de los impulsos y lo clasifica como un desorden mental por trastorno adictivo⁵. Además, se añade un componente más: el hecho de utilizar el juego como estrategia de escape frente a problemas, o como forma de mitigar un estado de ánimo deprimido o disfórico⁶.

Hay al menos tres obstáculos para la comprensión y abordaje del trastorno por juego o juego problemático desde una perspectiva biopsicosocial y de género:

1. Los manuales diagnósticos están basados en la experiencia masculina.
2. Los manuales diagnósticos están basados en la experiencia adulta y no consideran la experiencia de personas jóvenes que incursionan cada vez a menor edad.
3. A pesar de la evidencia científica que favorece el trabajo diferenciado por sexo y edad, ésta no es aún una práctica extendida.

Sobre estas cuestiones buscamos llamar la atención en este modelo.

5 De acuerdo con las escalas del DSM-V una puntuación entre 1 y 3 se considera juego problemático sin impacto muy significativo. Una puntuación igual o mayor a 4 se consideraría trastorno del juego leve, una puntuación entre 6 y 7 se considera trastorno de juego moderado y una puntuación entre 8 y 9 se considera grave.

6 Este matiz es muy importante puesto que la evidencia científica ya muestra que el juego como estrategia de escape, o de mitigación de un estado de ánimo deprimido o disfórico, son tres de las motivaciones más frecuentes entre mujeres.

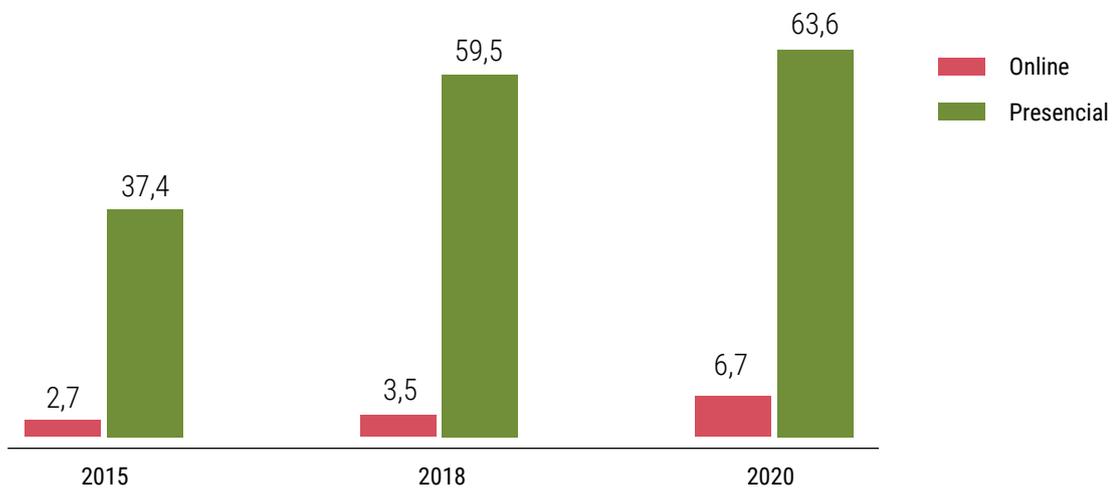
LA SITUACIÓN ACTUAL GENERAL DEL JUEGO EN ESPAÑA:

Según el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (Informe sobre Adicciones Comportamentales, 2021)⁷ el número de personas jugadoras activas en 2020 fue de 1.481.727, un 8,36% más que en 2019. **No se conoce la distribución por sexo del dato global de personas jugadoras en activo.** Este dato no aparece en el informe. Lo que sí reconoce el informe es que, en 2020, un 64,2% de la población de 15 a 64 años ha jugado con dinero de forma presencial u online; más precisamente el 66,8% del total de hombres encuestados y el 61,5% de mujeres encuestadas.

El siguiente gráfico, tomado de ese informe, presenta la evolución de la prevalencia del juego online frente al juego presencial, entre 2015 y 2020. Aunque la prevalencia del juego online sigue siendo baja con respecto al juego presencial, se ha duplicado en 5 años. Los datos oficiales globales no siempre desagregan la información según sexo.

Figura 1.

Prevalencia de juego con dinero online o presencial en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (%). España, 2015-2020.



Fuente: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Tomado del Informe sobre trastornos comportamentales 2021, desarrollado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

7 Toda la información recopilada sobre prevalencias y todas las cifras citadas en este modelo, provienen del mismo informe: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe sobre Adicciones Comportamentales 2021: Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022.

La prevalencia de juego online y presencial muestra un aumento general, aunque mayor entre hombres – pasando de 4.7 en 2018 a 8.1 en 2020– que entre mujeres– pasando de 1,0 en 2018 a 4,0 en 2020–.

Según los datos del Observatorio disponibles para 2020, el 2.2% de la población general, entre 15 y 64 años presenta una conducta problemática frente al juego de acuerdo con los valores marcados por DSM-V. De nuevo, este dato no aparece desagregado en las cifras oficiales por lo que resulta imposible saber qué porcentaje de las personas en activo son mujeres.

Existen cifras, eso sí, sobre la prevalencia del juego con dinero online, entre hombres y mujeres, según su edad. En estas cifras se sabe que, por ejemplo:

En la franja de edad de 15 a 24 años, el 12,2% de los hombres y el 4,1% de las mujeres, han jugado en los últimos 12 meses, según los datos de 2020.

En la franja de edad de 25 a 34 años, la brecha aumenta. El porcentaje de hombres que ha jugado en los últimos 12 meses asciende a 14,3% y en las mujeres casi se mantiene, con un 4,3%.

A partir de los 35 la diferencia porcentual empieza a disminuir, hasta situarse casi en el mismo porcentaje de hombres y mujeres en la franja de 55 a 64. Es llamativo que el porcentaje de hombres es el que va disminuyendo hasta acercarse al de mujeres, que se mantiene estable en torno a un 4% en todas las franjas de edad.

| Franja de edad | % Hombres | % Mujeres |
|----------------|-----------|-----------|
| 35 a 44 años | 9,5 % | 4,2% |
| 45 a 54 años | 6,6 % | 4,0 % |
| 55 a 64 años | 4,7 % | 4,4 % |

Tomado del Informe sobre trastornos comportamentales 2021, desarrollado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

Se sabe que, en ese porcentaje de población jugadora en activo, los comportamientos más problemáticos se registran en las apuestas deportivas (22,6% de las mujeres y 58,8% de los hombres), los juegos de cartas (8,4% de las mujeres frente al 14,9% de los hombres), los videojuegos (más igualados con el 13,1% de las mujeres y el 14,4% de los hombres), las loterías (25,5% de mujeres y 8,3% de los hombres), las quinielas de fútbol (el 11,3% de las mujeres, frente al 15 % de los hombres) y el bingo (12,2% de las mujeres y el 6,4% de los hombres), en ese orden, seguidas de las carreras de caballos, los juegos de casino y las máquinas tragaperras.

El Observatorio también analiza la prevalencia de posible juego problemático entre personas de 14 a 18 años utilizando el cuestionario Lie / Bet⁸. De acuerdo con estos datos, el 17,9% de la población en esa franja de edad, que han apostado dinero en el último año, (Y el 3,4% de la población de 14 a 18 años en general) tienen riesgo de presentar juego problemático o trastorno por juego. La prevalencia es mayor entre chicos (19,1%), que entre chicas (15,2%).

El riesgo de juego problemático o trastorno por juego en población de 14 a 18 años es mayor entre quienes juegan online (23%), que entre quienes juegan de forma presencial (18,2%).

Los Videojuegos, las apuestas deportivas y los deportes electrónicos son, en ese orden, las preferencias más comunes entre quienes juegan online, presenten o no riesgo de juego problemático o de trastorno por juego.

Las preferencias cambian para quienes juegan de manera presencial. Las loterías, primitiva o bonoloto, así como las loterías instantáneas son los juegos más elegidos en la población de 14 a 18 años en general, así como entre quienes presentan riesgo de juego problemático en esa franja de edad.⁹

8 Instrumento creado por Johnson et al en 1997, siguiendo y complementando criterios del DSM-IV. Se trata de un instrumento ya utilizado y validado en otras encuestas realizadas a nivel europeo, que incorpora tan sólo dos preguntas: si la persona ha sentido la necesidad de apostar cada vez más dinero, o si la persona ha mentado a personas cercanas sobre cuánto dinero gasta en sus apuestas.

9 Los datos del informe 2021 han sido actualizados y publicados para 2022 en el momento en el que este Modelo ya ha sido dado a conocer. Las cifras actuales presentan leves variaciones, pero pueden consultarse en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_Trastornos_Comportamentales.pdf

LO ONLINE:

En términos generales, la población que más uso hace de este tipo de entretenimiento de apuestas online está en la franja de edad de 15 a 34 años. La situación es más acuciante en la franja de 14 a 18 años, en la que existe mayor prevalencia de juego online, en comparación con otras franjas de edad. Para este grupo, el uso de videojuegos, los juegos deportivos electrónicos y las apuestas deportivas online son los usos más comunes¹⁰. Las apuestas deportivas son, de hecho, las que mayor aumento registran, pasando de un 2,7 en 2018 a un 6,7 en 2020 (hombres= 4,6 / mujeres= 0,8 en 2018 a hombres= 9,1 y mujeres = 4,2 en 2020). La mayor prevalencia se registra siempre entre hombres, a excepción de los juegos de loterías (Primitiva, bonoloto, ONCE) en la que la mayor prevalencia es de las mujeres como grupo en general, sin distinción de edades.

De acuerdo con otras investigaciones ya realizadas por UNAD (Castaños, Martínez-Redondo y otros, 2020) las mujeres tienen las mismas preferencias que los hombres, en relación a apuestas, casino, póquer y bingo en ese orden, aunque la prevalencia de hombres siga siendo mayor con respecto a la prevalencia entre mujeres¹¹.

10 Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe sobre Adicciones Comportamentales 2021: Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022, pp. 25.

11 Las cifras y contenidos del informe, en este punto específico, han sido analizados y aportados por Patricia Martínez-Redondo durante la revisión de este Modelo.

LO PRESENCIAL:

Aunque el juego online sigue en aumento, la mayor prevalencia sigue registrándose en el juego presencial. En el año 2020, el 63% de la población de 15 a 64 años declaró haber jugado con dinero al menos una vez en el último año. Hay un aumento significativo con respecto a 2015, cuando el porcentaje era de 37,4%.

En general, existe mayor prevalencia de juego presencial entre hombres que entre mujeres. A menor edad, mayor es la brecha de género, pero a medida que aumenta la edad los porcentajes se igualan. Para 2020 el 20 % de las mujeres y el 26,8% de los hombres entre 15 y 64 años declaran jugar apuestas de forma presencial al menos mensualmente. Y en general, casi el 30% de la población entre 15 y 64 años que ha jugado presencialmente en apuestas dice haberlo hecho con una frecuencia mensual, semanal o diaria.

Los tipos de juegos más frecuentes en lo presencial, en la población de 15 a 64 años, son las loterías (Primitiva, bonoloto), seguido de las loterías instantáneas y las quinielas de fútbol. Las cifras también muestran que existe una mayor tendencia de gasto de dinero en apuestas entre hombres que entre mujeres en esa misma franja de edad.

Con respecto a la población entre 14 y 18 años, las apuestas en juego presencial se dan más frecuentemente en loterías, primitiva, bonoloto; seguidas de apuestas deportivas y quinielas de fútbol, loterías instantáneas y juegos de cartas.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL JUEGO PROBLEMÁTICO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO:

En términos generales, se entiende el juego problemático puede llegar a ser un trastorno que empieza más comúnmente en la adolescencia para los hombres y en edades un poco más avanzadas para las mujeres. Se habla de la pérdida de control sobre la conducta del juego asociada a causas como la inmediatez de la recompensa, la fácil accesibilidad 24 horas al día, el anonimato y el entorno privado en el que se hace el uso de las nuevas tecnologías, pero no se profundiza en los efectos que sobre las conductas problemáticas de juego, tienen los roles de género, ni las relaciones que se crean entre hombres y mujeres, así como los efectos diferenciales de la socialización por razón de género, o los efectos en la vida de las mujeres como eje de subordinación que atraviesa sus vidas (RIOD, 2021).

Por ejemplo, los datos dicen que hoy en día se gasta más dinero en apuestas presenciales y online de lo que se gastaba en 2018. Los datos recogidos muestran que hay una mayor tendencia de gasto entre hombres que entre mujeres cuando se trata de juegos de apuestas. ¿Por qué? Aplicar la perspectiva de género a este dato implica obtener información sobre las posibilidades que tienen los hombres de incurrir en estas conductas y que no tienen las mujeres. ¿Qué hace que la situación sea diferente para unos y otras?

Ideas como la autosuficiencia, la jerarquía frente a las mujeres y frente a otros hombres, la autoridad sobre las mujeres, el riesgo, la competitividad, la búsqueda del éxito y el temor al fracaso, la necesidad de demostrar la "hombria", el uso de la violencia como herramienta para la resolución de los conflictos, el ideal del hombre siempre ganador, la baja habituación al cuidado de otras personas, generan en los hombres la sensación de control de sí y de su voluntad por encima de cualquier cosa. No existen estrategias co-educativas que refuercen valores como la ética relacional y la reciprocidad de cuidados hacia las mujeres. Y esa es una de las causas por las cuales los hombres incurren con mayor frecuencia en el problema del juego. Esos sentimientos de omnipotencia, que desconocen las propias limitaciones, no contribuyen a que se gestionen de manera sana en lo personal, ni en las relaciones sociales (Bonino, 2001; Martínez- Redondo y Luján-Acevedo, 2020).

Hay dos problemas fundamentales, en la intención de incorporar la Perspectiva de género al análisis de las adicciones sin sustancia o de otros problemas de salud pública, que no pueden ser obviados:

- El primero de ellos, proporcionar los datos asumiendo las diferencias y las desigualdades como un hecho dado.
- El segundo, creer que las diferencias entre hombres y mujeres en relación con un problema de salud pública vienen dadas solamente por el sexo y el peso (costes) de los roles de género, obviando que hay un componente primordial, que es lo relacional y que hace que se den procesos en los que ellos aumentan su salud a costa de la salud de ellas.

Cuando en temas de salud pública los datos se asocian al sexo/género, suele ser para exponer los graves problemas de salud pública que padecen los varones como consecuencia de los mandatos de la masculinidad.

Se sabe que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres y muchas veces esa diferencia se atribuye a la condición sexual. Lo que no se difunde con tanta frecuencia es el hecho de que las mujeres viven más años, pero en condiciones mucho peores que los hombres. Y que esto se debe, en parte, al uso que esto últimos hacen de los cuidados y tiempos de aquellas.

Aunque viven más años, las mujeres no siempre gozan de mejor salud por ser mujeres, ni tampoco gozan de mejor calidad de vida.

Los estudios epidemiológicos muestran que enfermedades como el cáncer de pulmón, tráquea, faringe, esófago, vejiga, o problemas como los accidentes de tráfico, las prácticas de riesgo en la conducción, el alcohol y la velocidad al volante o las drogodependencias son más comunes entre hombres que entre mujeres. ¿Por qué? No tiene que ver tanto con su sexo o con nacer hombres, sino con la construcción de la masculinidad y el trato que se proporcionan unos hombres a otros y a sí mismos.

Un estudio realizado recientemente por el INJUVE (2020) quiso recoger las percepciones y experiencias vitales de jugadores rehabilitados o en proceso de rehabilitación, así como de sus familias, que se han visto afectadas por la problemática del juego:

- **En este estudio todos los participantes con problemas de juego eran hombres**, con un promedio de edad de 37 años, con una vida laboral activa, que viven acompañados (60% de ellos con sus parejas mujeres). El 20% de ellos manifestó haber tenido también problemas de drogas y/ o alcoholismo. El 80% de ellos declaró que dedicaba muchas horas diarias a los videojuegos, y también el 80% de ellos declaró que su iniciación en el juego se debió en parte a la gran influencia que ejerció su entorno social (laboral y de amistades). (INJUVE, 2020:80).

Cuando se les pedía explicar en qué momento se dieron cuenta de que tenían un problema, muchas veces hacían referencia a las situaciones generadas con sus entornos familiares (Las mujeres de sus entornos):

“Comencé a distanciarme drásticamente de mi familia, de mi hijo, mi mujer, mentía constantemente”

“Llegue a robarle a mi madre para seguir apostando”.

“Me evadía de los problemas a través del juego. Mi pareja en aquel entonces tenía problemas, yo le ayudaba en todo, pero ella no ponía de su parte para mejorar, así que empecé a jugar como un escape a mi realidad”.

En sus relatos, se observa que estos hombres son conscientes de su problema, pero parecen obviar su responsabilidad en relación con los problemas que sus actuaciones generan para las mujeres de su familia. Ellas son su apoyo en el mejor de los casos, o incluso a veces las responsables de sus recaídas, como en el último caso.

Es bastante difícil que los hombres en proceso de rehabilitación tomen consciencia de la necesidad apremiante de romper con las relaciones de uso y poder que entablan con las mujeres. Y en este núcleo radica la intervención de las y los profesionales que acompañan sus tratamientos. Si no son corresponsables de los cuidados, por ejemplo, pueden darse el lujo de evadir responsabilidades en el cuidado de otras personas (hijas e hijos, por lo general) para dedicar tiempo a su adicción y/o al tratamiento de la misma.

De otro lado, aunque cargan con el peso social de su adicción, no cargan con el peso social adicional que tendrían si fuesen mujeres. De hecho, si estas reflexiones derivadas del estudio hubiesen sido recogidas en hipotéticas entrevistas realizadas a mujeres rehabilitadas o en proceso de rehabilitación, es probable que la sanción social hacia ellas fuese más fuerte.

Cuando hombres jugadores relatan su vivencia durante el inicio de su adicción, prefieren y valoran más el hecho de jugar solos, no en compañía. Cuando pasado un tiempo relatan las vivencias en el periodo en el que se hacen conscientes de su problema, la mayoría de ellos buscan, valoran y reconocen como fundamental la compañía de sus personas más cercanas (habitualmente mujeres).

- **En este estudio todas las participantes familiares eran mujeres** (madres o parejas) que acuden en busca de ayuda cuando se hacen conscientes del problema de sus hijos o compañeros sentimentales.
-

“Empezaron a surgir problemas con las facturas de la casa, del móvil, algún problema con empleados. Con esta situación, empezaron a crecer las tensiones familiares”.

“Luego de un año en rehabilitación, aún tenemos deudas causadas por sus apuestas”.

Se aprecia un incremento paulatino en el porcentaje de personas solteras, divorciadas o separadas a medida que se eleva el nivel de problemática con el juego. Se observa una relación entre el nivel de problemática con el juego y los problemas psicológicos en un 45,4% de las personas jugadoras (Plan Nacional sobre Drogas 2017 – 2014, pp 10)

Las investigaciones en salud pública con enfoque de género han de incorporar una perspectiva que no se centre exclusivamente en los perjuicios a la salud de los hombres en números, como si sólo fuera necesario dilucidar los costes que la masculinidad supone para ellos. Es necesario también dilucidar los beneficios que ese modelo de masculinidad les otorga a expensas de los costes que tienen las mujeres (sobre todo los relacionados con los tiempos y tareas de cuidado, aunque no solamente).

Esta premisa, aterrizada al tema de las adicciones sin sustancia obliga a las y los profesionales a explorar las relaciones que los hombres tienen con las mujeres de sus entornos, así como las relaciones que las mujeres tienen con los hombres de sus entornos.

Tener en cuenta que los problemas de salud y comportamentales de los hombres están asociados al modelo social de la masculinidad y que ese modelo a su vez tiene efectos en la salud de las mujeres, es clave en la incorporación de la perspectiva de género relacional que se plantea este modelo de atención con enfoque biopsicosocial y de género a las adicciones sin sustancia.

Esa es la premisa de partida para el análisis de los datos que proporcionan las encuestas sobre juego problemático, abuso de sustancias, o cualquier otra conducta que afecta a la salud. Aplicar la perspectiva de género no es sólo exponer datos sobre hombres y mujeres, asumiendo esas diferencias como un hecho dado, ajeno a la construcción social, que no se cuestiona, sino encontrar las causas que relacionan esos datos con cómo es la vida de los hombres y de las mujeres y la relación entre unos y otras.





04

EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL Y DE GÉNERO



El rápido aumento del consumo de drogas durante los años 80 y 90 tuvo como respuesta, por parte de las organizaciones de la sociedad civil y las administraciones públicas, un enfoque de tratamiento netamente reactivo y asistencial dirigido a restringir, punir y prohibir la oferta y la demanda. Al poco tiempo se puso en evidencia que la implementación de modelos restrictivos, que insistían en la abstinencia como solución, no respondía positivamente a una realidad polisémica en la que también tenían que ser tenidos en cuenta otros elementos del contexto de cada persona, para asegurar una respuesta adecuada a sus necesidades y su permanencia en los tratamientos (Fundación Atenea, 2016; RIOD, 2020).

El foco de atención sobrepasó entonces la salud física. La desintoxicación ya no era el único objetivo y la atención fue ampliándose a otros ámbitos de la salud psicológica, así como el bienestar del entorno familiar y social, con criterios de intervención que integraban distintas perspectivas para abordar no solamente el consumo, sino sus consecuencias colaterales en el entorno familiar y comunitario.

De ahí que el modelo de intervención se fuese encaminando hacia un abordaje más integral e integrado, poniendo en relación los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que afectan al desarrollo de la problemática de la adicción: el modelo bio-psico-social.

La interacción de esos sistemas es clave para diseñar tratamientos e intervenciones que contemplen no sólo la conducta de una persona, sino también su experiencia como parte de la sociedad. Esto implicaría tener en cuenta la conjunción de un **componente biológico** que da importancia al funcionamiento orgánico y físico de cada cuerpo; un **componente psicológico** que contempla los pensamientos, las emociones y el afrontamiento de los desafíos a lo largo de la vida y, finalmente, el **componente social** que reconoce la influencia de diferentes factores como los valores de un determinado espacio y momento de la sociedad, de los propios valores, el

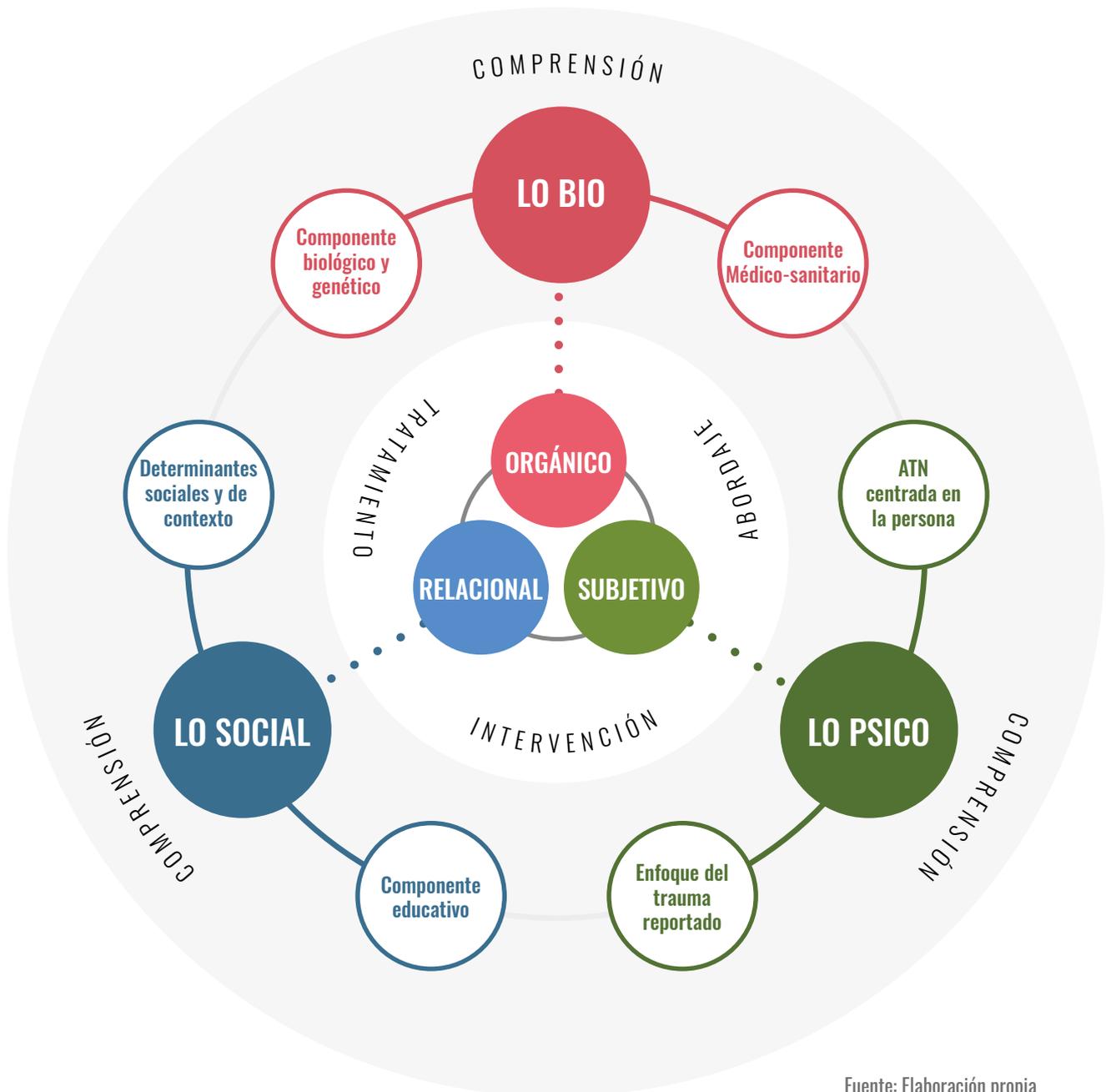
nivel socioeconómico, o el marco cultural en la salud de cada persona. El **Género** es un factor transversal a esas tres esferas, es determinado y las determina, por lo que, aunque no es una esfera independiente, sí es un factor a tener en cuenta de forma específica en la relación entre las tres esferas.

A pesar de que este modelo contempla lo biológico y la construcción social como determinantes importantes, muy pocas veces en su diseño e implementación se reconoce la influencia que ejerce sobre todas las personas el hecho de ser hombre o mujer. Esa construcción, derivada de lo biológico y lo social, es la **categoría del género**, y su influencia resulta determinante para la salud integral.

El modelo biopsicosocial de atención plantea enfoques y métodos para la acción que incluyen el género como factor determinante. Así lo reafirma la propia *ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES 2017-2024* en cuyos objetivos estratégicos se plasma la necesidad de: *“Ampliar la oferta y adecuar los servicios y programas (servicios ocupacionales y especialmente de reinserción laboral) a los nuevos perfiles de las personas **atendidas (incluyendo las adicciones sin sustancia), al diferente impacto de las adicciones en mujeres y hombres y a las necesidades diferenciales de las personas drogodependientes de más edad.**”*

El género es considerado un determinante directo de la salud. sin embargo, la perspectiva de género no se ha incorporado de forma efectiva a la investigación en adicciones, de forma que se ha producido una gran opacidad de género que ha reforzado el androcentrismo en el diseño y ejecución de los tratamientos, así como los mecanismos de exclusión de las mujeres de los mismo. Este modelo, diseñado para la intervención desde una perspectiva biopsicosocial y de género, aboga por la comprensión de cada caso desde la óptica de lo biológico, lo psicológico y lo social. Y propone acciones en el marco de lo subjetivo (individual) y lo relacional (colectivo) para el tratamiento.

MODELO DE INTERVENCIÓN CON ENFOQUE BIOPSIOSOCIAL Y DE GÉNERO PARA ADICCIONES SIN SUSTANCIA



Fuente: Elaboración propia

LA COMPRENSIÓN DESDE LO “BIO”

El juego problemático tiene una prevalencia de entre 0,5 y 1,6% en todo el mundo. Los modelos más centrados en el funcionamiento neurobiológico de la persona hablan de una disfunción cognitiva relacionada con el control de los impulsos y de la descompensación de ciertas sustancias que, de ser suplidas, pueden ayudar en el éxito de los tratamientos. (GRANT, 2016; BOUCHARD, 2021; ANTONS, 2020; Baño- Granero, 2021).

Existe evidencia científica sobre la prevalencia de la comorbilidad con otros trastornos de salud mental, por la relación que el juego patológico puede presentar con los niveles de algunas sustancias como la dopamina, la serotonina, entre otras (NATHAN, 2021).

En España, distintas unidades hospitalarias¹² de tratamiento e investigación de adicciones comportamentales ya reconocen la influencia de los factores orgánicos, genéticos y biológicos que inciden en el juego problemático, sin dejar de reconocer la influencia de factores externos, de orden social que también tienen peso en mujeres y hombres. En general, se espera que una mejor comprensión de los componentes biológicos y psicológicos del juego problemático pueda conducir a mejores enfoques de tratamiento.

Para la comprensión de cada caso, a nivel de lo orgánico y biológico, es necesario tener en cuenta factores como la edad, el sexo, la condición física, la genética, entre otros, como factores que pueden incidir en cada caso en particular y que determinarán también los síntomas, o la presencia de otras enfermedades conexas con, o derivadas de, el juego problemático.

12 La Unidad de Juego del Hospital de Bellvitge: C/ Feixa Llarga s/n. 08907 Hospitalet de Llobregat. BARCELONA. Telf. 932 607 500 / 932 607 988. Web: <https://bellvitgehospital.cat/>

Centro para prevención, tratamiento e investigación en trastorno por juego y otras adicciones comportamentales (AdCom)

En el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Gregorio Marañón, C/ Ibiza 43. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/adcom-madrid>

LO BIO



COMPRESIÓN

Componente biológico y genético

- Sexo.
- Edad.
- Funcionamiento orgánico.
- Condición física.
- Alimentación.
- Ejercicio.
- Descanso.
- Factores hereditarios.

Componente Médico-sanitario

- Evidencia científica en hombres y mujeres.
- Síntomas en hombres y en mujeres.
- Enfermedades derivadas (P.ej: gastroenteritis, cardiovasculares o depresiones)

Fuente: Elaboración propia

Componente biológico – genético

El componente Biológico – genético englobaría todas las condiciones físicas derivadas del funcionamiento del cuerpo que podrían condicionar o explicar el desarrollo de una conducta adictiva.

Existen evidencia científica que explica en detalle lo que ocurre a nivel cerebral y del cuerpo por la influencia de lo que se conoce como los factores de riesgo biológicos indirectos. La tendencia y predisposición que tiene una persona susceptible de volverse adicta al juego o a cualquier otra conducta, puede estar relacionada con los mismos factores genéticos que le han dado mayor predisposición a padecer la adicción a sustancias.¹³

Este enfoque encuadra el juego problemático como *juego patológico o compulsivo* y lo entiende como una enfermedad con cierta predisposición física, genética y psiquiátrica, cuyo tratamiento ha de ser similar al de los trastornos mentales generados por la adicción, ya que entiende que se trata de un trastorno en el control de los impulsos que hace que la persona piense, viva y actúe en función de su adicción (Vázquez, 2012,). Fue en 1980 cuando el juego compulsivo se reconoció como patología por parte de la Asociación de Psiquiatría Americana y fue incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Este trastorno implica la recurrencia, la continuidad de la conducta y, por tanto, requiere de alternativas a ella. Habitualmente se vale de tratamientos psicofarmacológicos para aplacar los impulsos, la sintomatología ansiosa o depresiva, y plantea la abstinencia como objetivo.

Incorporar la Perspectiva de Género en el componente biológico- genético de las adicciones sin sustancia implica condiciones que privilegien una visión menos androcéntrica del problema, para ello es necesario:

- **Los ensayos clínicos o de tratamiento deben incluir a mujeres y a hombres**, aún si éstas últimas no representan un porcentaje significativo dentro de la población afectada. Aunque es cierto que dentro del plano de las adicciones con o sin sustancia las mujeres son un porcentaje mucho menor que los hombres, ello no es excusa para que queden excluidas de los ensayos de tratamiento a que haya lugar.
- **Los síntomas pueden ser específicos para mujeres y hombres:** El comportamiento compulsivo puede tener causas asociadas y consecuencias derivadas generales para todos los organismos, pero también específicas según se trate de mujeres u hombres.

13 Para conocer más en detalle estas corrientes bio-médicas que explican las manifestaciones físicas y genéticas de las adicciones en los cuerpos, puede consultarse además de la bibliografía citada al comienzo de este capítulo, el estudio desarrollado por el INJUVE, publicado en 2020 y titulado: Juventud y Juegos de Azar. Una visión General del Juego en los Jóvenes. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/fichero/soia/documentos/7592_d_Juventud-juegosazar.pdf

La literatura científica ya demuestra que algunos síndromes funcionales y dolores, suelen afectar más frecuentemente a las mujeres que a los hombres en general (Velasco, 2007, 117). Aún falta investigación que dé cuenta de la relación entre el juego problemático y algunos factores orgánicos que pueden determinar la persistencia de la conducta. Empiezan a ser evaluadas hipótesis genéticas hereditarias (Slutske, 2010), pero no hay resultados concluyentes. En cualquier caso, la aproximación biológica al fenómeno del juego problemático será una contribución a la comprensión del problema, pero nunca una explicación concluyente por sí misma, pues no se trata de un fenómeno unicausal.

Componente médico-sanitario

El componente médico sanitario se ocupa de analizar los malestares físicos y mentales más evidentes generados por las conductas de juego problemático. Dentro del área médica se analizan todos los síntomas relacionados con la situación de estrés generada por el juego problemático, como, por ejemplo, las enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares y depresiones asociadas a esa conducta.

La atención sanitaria es altamente sensible a los sesgos de género y la influencia de estereotipos. Es muy importante considerar los sesgos de género en el componente médico sanitario para el tratamiento de la salud en general y del juego problemático o el tratamiento de las adicciones sin sustancia en particular.

- **Los espacios terapéuticos mixtos invisibilizan problemáticas específicas de las mujeres:** Aunque los espacios mixtos son una de las estrategias de tratamiento en grupo más recurrentes en las adicciones, y aunque mujeres y hombres los valoran positivamente, la evidencia científica muestra que sólo a partir del trabajo en grupos separados es posible ahondar en problemáticas asociadas a las adicciones, que habitualmente no afloran ni se tienen en cuenta en los espacios mixtos.
- **Sesgos de género en la atención.** Los sesgos de género en la atención sanitaria han sido ampliamente documentados.¹⁴ Existe una tendencia a diagnosticar enfermedades de manera tardía o aplazar tratamientos necesarios porque la evidencia científica, habitualmente basada en la experiencia androcéntrica, deja de lado a las mujeres. Las mujeres están en muchos casos excluidas de los ensayos clínicos y excluidas de la epidemiología tradicional. La escasa información disponible hace que la atención sanitaria no llegue a contemplar las desigualdades de género en salud.

Por otro lado, existe un planteamiento erróneo de partida en el ámbito profesional que tiene que ver con la "igualdad objetiva" de los servicios sanitarios para la atención. Las diferencias entre hombres y mujeres -por su naturaleza, sus roles y comportamientos- tiene efectos en el desarrollo de sus malestares y la preservación de su salud que, de no ser tenidos en cuenta, constituyen discriminaciones que afectan a su estado de salud (Ruiz, Verbrugge, 1997; Ruiz, 2001; Ruiz-Cantero, Vives-Cases; Artazcoz y cols., 2007; Ruiz-Cantero, Ronda, Álvarez-Dardet, 2007)¹⁵

- **Son necesarias estrategias de discriminación positiva para los tratamientos médicos:** Se sabe que no necesariamente ante iguales necesidades se realizan iguales esfuerzos en la atención y tratamiento. De hecho, ya existen algunas evidencias que demuestran que involuntariamente el personal sanitario pone menor esfuerzo en el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías cuando se trata de pacientes mujeres. Evidenciar estos sesgos involuntarios en el componente médico sanitario de la atención a adicciones sin sustancia es fundamental para la permanencia en los tratamientos.
- **El diseño de los tratamientos debe evitar el sesgo androcéntrico:** La evidencia también demuestra que los servicios de atención a las adicciones son mayoritariamente utilizados por varones, a excepción de los casos de adicciones a determinados psicofármacos e hipnosedantes. Este hecho ha tenido como consecuencia que los tratamientos a las adicciones se diseñen teniendo como referencia la experiencia de los hombres como base neutra, lo cual tiene consecuencias negativas en términos de prevención, tratamiento y adherencia al tratamiento para las mujeres.

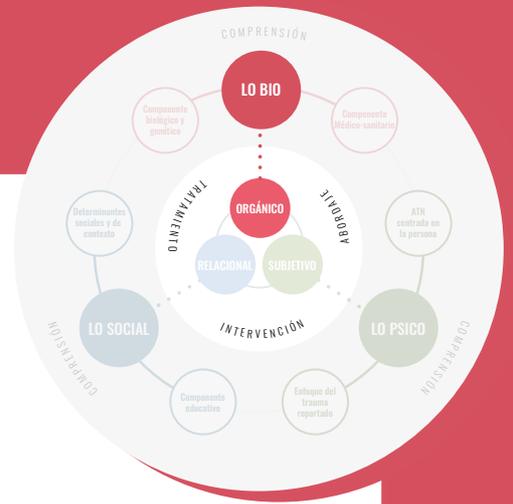
14 María Teresa Ruiz Cantero. Sesgos de género en la atención sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2009; Carme Valls Llobet. Mujeres Salud y Poder. Editorial Catedra, 2009; Carme Valls Llobet, Mujeres Invisibles para la Medicina. Editorial Capitan Swing. 2020, Madrid, entre otras.

15 Citados por: María Teresa Ruiz Cantero. Sesgos de género en la atención sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2009, pp. 27.

- **La intervención médico-sanitaria debe tener en cuenta lo relacional:** Cuando decimos que el género es un determinante de la salud, no hacemos referencia solamente a la forma de afrontar las adicciones según la construcción del género. También es muy importante considerar el factor relacional, esto es, la influencia que tienen las relaciones en el desarrollo de la adicción. Concretamente, las relaciones que los hombres tienen con ellos mismos, con otros hombres y con las mujeres (Martínez-Redondo y Luján Acevedo, 2020). Este componente relacional complementa la influencia del género como determinante de la salud, porque pone en evidencia los beneficios de ser hombre cuando se afronta un tratamiento por adicción.
- **Es importante reconocer la construcción del género como parte del proceso de salud / enfermedad / adicción:** Este ítem será reiterativo. La construcción del género no es ajena a ningún otro proceso vital, de hecho, la construcción del género influye en la forma como se entiende la salud, o como se entienden las adicciones o las enfermedades, así como también en la forma como se manifiesta, se vive o se trata.
- **Los estereotipos influyen en la imagen que cada paciente tiene de sí y la autoimagen puede favorecer o degenerar la salud:** El comportamiento compulsivo del juego genera consecuencias diferentes para mujeres y hombres; el juicio social también cae con diferente peso en unas y otros. Esto genera que la autopercepción sea mucho más negativa y culposa entre ellas que entre ellos, así como un peor nivel de autoeficacia, lo cual repercute directa y negativamente en la adherencia a los tratamientos.

EL TRATAMIENTO DESDE LO “BIO” / ABORDAJE DESDE LO ORGÁNICO - INDIVIDUAL

El apartado anterior está centrado en los condicionantes biológicos y orgánicos que pueden ayudar en la comprensión de un caso de adicción sin sustancia desde un enfoque biopsicosocial y de género. A continuación, hablaremos del tratamiento, centrado en lo orgánico e individual.



LO BIO

TRATAMIENTO / INTERVENCIÓN / ABORDAJE

LO ORGÁNICO

- Abordaje sintomatología según sexo.
- Condición física.
- Funciones orgánicas.
- Factores hereditarios.
- Funcionalidad corporal y cerebral.
- Teoría biológica del sexo desde la Perspectiva de género (Fausto Sterling, 2001 [2006])

Fuente: Elaboración propia

Considerar a la persona en su particularidad asegurará mayor efectividad de los tratamientos. Los procesos propios del ciclo vital, diferenciados en mujeres y hombres, implican necesidades de atención particular por las dolencias asociadas, derivadas del sistema orgánico de cada cual. Los estudios de género en el campo de la biología, en los que Anne Fausto Sterling ha sido pionera, demuestran que los sistemas científicos que hemos construido como sociedad también dan cuenta de las creencias y luchas políticas que existen alrededor de cuestiones como raza, género o clase, esto es, que la ciencia no es algo que escape a la influencia de paradigmas dominantes en cada tiempo¹⁶.

En muchos casos, personas en proceso de rehabilitación por juego problemático, atienden simultáneamente procesos de tratamiento psiquiátrico y reportan resultados positivos como consecuencia de ajustes en el balance químico del organismo.

“Yo acudí al psiquiatra y demás y me diagnosticaron trastorno límite de personalidad, que era carne de cañón para muchas cosas y bueno, al menos abrí una puerta, a lo mejor la pastillita no es milagrosa pero ya puedo ir trabajando aparte”

(Mujer, 35 años).

“Y una cosa importante, que a mí me está resultando algo novedoso, es que como toda mi vida he tenido problemas de actitud, mucha impulsividad, yo me considero una persona complicada. Y gracias a este tratamiento en ASEJER y a estar conociéndome un poquito más a mí misma, reconocirme y aceptarme como soy y demás, pues me puse en manos de un psiquiatra. Y resulta que bueno, me ha mandado ahora un estabilizador y la verdad es que estoy súper bien. Llevo un mes que se me han quitado las ganas de consumir y de todo lo que realmente era”.

(Mujer, 39 años)

16 En la revisión del texto realizada por Patricia Martínez Redondo, nos apuntó lo siguiente en relación a las teorías de Anne Fausto-Sterling sobre el sexo como componente orgánico: Fausto Sterling expone en su libro *Cuerpos Sexuados* (2001 [2006]) que el sexo viene definido como construcción social en base a tres elementos que al parecer tienen que coincidir: genital, gonadal y cromosómico. El elemento cromosómico es el que regula el funcionamiento hormonal y por tanto las denominadas características sexuales secundarias. Lo que Fausto Sterling ha puesto de relieve es que esos tres elementos no siempre coinciden como se pretende, y su paradigma científico propone un continuum que no dicotomice a las personas en solo dos sexos, puesto que estadísticamente es bastante relevante la no coincidencia de los tres elementos, y además, a nivel de cromosomas resulta que no solo importa que sea XX o XY, sino que hay unos componentes añadidos que hacen que el funcionamiento corporal sea más o menos sensible a los estrógenos y/o a la testosterona aunque se tengan cromosomas XX o XY. Esto es muy interesante como planteamiento del “sexo”, ya que el funcionamiento hormonal es diferente en función de que se sea “más estrogénica” como persona, por ejemplo, o menos. Y eso explica muchas de las problemáticas a nivel biológico que se dan mayoritariamente en mujeres, pero no en todas las mujeres. Desviar la atención de la propia dicotomía de sexo, además, permitiría una ruptura de la dicotomía de género y sus estereotipos y asignaciones duales.

Es importante resaltar que, en sus relatos, algunas mujeres han manifestado la correlación entre los tratamientos psiquiátricos y su mejoría. No sucede lo mismo con los hombres, que no hacen mención a sus tratamientos psiquiátricos, bien porque no lo consideren relevante, o bien porque no estén siendo tratados.

Esta última condición también es un elemento a tener en cuenta, pues siendo mujer las probabilidades de medicalizar la salud mental y los malestares vitales sin averiguar las causas subyacentes es más alta que siendo hombre. (Valls, 2008).

Está en manos de las instituciones y grupos de profesionales trabajar por combatir estereotipos que minimizan, ocultan o relativizan en exceso los malestares de las mujeres frente a los hombres.

La medicina no siempre ha tenido en consideración que existen diferencias en el modo en que una misma enfermedad se presenta en mujeres u hombres. Los sesgos de género, mencionados más arriba, influyen negativamente en las valoraciones biológicas y clínicas de una enfermedad o trastorno. A estas diferencias se les ha llamado “morbilidad femenina diferencial” (Valls, 2011) y es un término que designa las diferencias orgánicas de los cuerpos que pueden ser tenidas en cuenta para el favorecimiento de la salud. Por ejemplo, la capacidad diferenciada de absorción de determinadas vitaminas puede tener efecto en el bienestar orgánico de un cuerpo, según se trate de hombres o mujeres.

(Para claves en el tratamiento individual desde el enfoque biopsicosocial y de género, remitirse al capítulo 5).

El reconocimiento del trastorno por juego en los manuales de afecciones a la salud mental tiene un efecto en la forma como se entiende el problema y como es abordado. El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones ha considerado las definiciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión más reciente (DSM-V) para formular preguntas que den cuenta del trastorno por juego en adolescentes en sus últimas encuestas de 2018 y 2020. Este hecho intenta responder a la necesidad de atajar el problema desde una perspectiva que integre diferentes enfoques, no sólo el médico que analiza el problema desde la perspectiva patológica, sino considerando variables del contexto, psicológicas y sociales.

Uno de los problemas de una visión netamente médica / clínica del problema es que los instrumentos de detección y definición están pensados y formulados en base a las experiencias de personas adultas¹⁷ y desde una perspectiva androcéntrica, que deja de lado variables sociales determinantes. Otra consecuencia de esta forma de entender el problema es la falta de aplicación de criterios más certeros para el diagnóstico y tratamiento de personas jóvenes, que pueden ver marcada su vida por el peso de una etiqueta diagnóstica aplicada sin la cautela necesaria.

Por otra parte, aunque puede existir comorbilidad asociada al juego patológico / juego problemático, entre población juvenil aún son recientes los estudios e investigaciones que caracterizan este desorden y, por tanto, no se cuenta con suficiente información para establecer conexiones claras entre el juego problemático y otras conductas o hábitos que pongan en riesgo la salud.¹⁸

17 CARBONELL, Xavier. *El Diagnóstico de Adicción a Videojuegos en el DSM-V y la CIE-11: Retos y Oportunidades para Clínicos. Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*, 2020 Vol. 41(3), pp. 211-218 <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2935>

18 MARTÍN – FERNÁNDEZ, M., Matalí, J. L., García-Sánchez, S., Pardo, M., Lleras, M., & Castellano- Tejedor, C. (2016). *Adolescentes con trastorno por juego en Internet (IGD): perfiles y respuesta al tratamiento*. *Adicciones*, 29(2), 125–133. <https://doi.org/10.20882/adicciones.890>



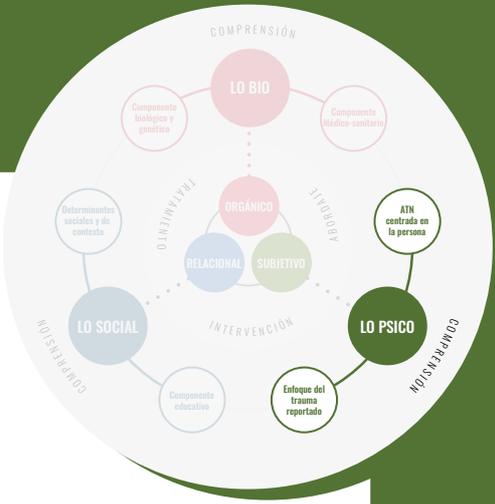
LA COMPRENSIÓN DESDE LO “PSICO”

Hay factores de riesgo directos, como la propia experiencia vital, que tienen influencia en la probabilidad de generar una adicción. Mientras en los hombres la probabilidad de generar una adicción al juego está relacionada con la experimentación de nuevas sensaciones, o la búsqueda de dinero; en las mujeres se asocia con la evasión de situaciones actuales o pasadas (Romaní, 2018, Altell, 2011, Hansen, 2020, Martínez- Redondo, 2021).

El ámbito psicológico tiene en consideración precisamente las experiencias individuales y de la socialización de cada persona, los traumas, los duelos no sobrellevados, los miedos, pero también la forma como se nos educa, o las ideas que tenemos sobre la propia conducta adictiva, también deben ser tenidas en consideración, no sólo porque ayudan en la comprensión de la propia situación, sino porque contribuye al diseño de tratamientos más adecuados y de mayor éxito. Este componente aborda entonces las experiencias vitales vividas y las ideaciones que cada persona tiene sobre el juego, relacionadas con los resultados esperados y la realidad.

Sumado al hecho de considerar la experiencia vital, existen además otros componentes de orden psicológico que deben ser tenidos en cuenta en la atención.

LO PSICO



COMPRENSIÓN

Componente del enfoque centrado en la persona

- Biografía.
- Acontecimientos vitales.
- Cargas de cuidados.
- Rol en la familia.
- Momento vital para el análisis del inicio y persistencia de la adicción.
- Capacidad de resiliencia.

Enfoque del trauma reportado

- Experiencias vitales trascendentales.
- Duelos no elaborados

Fuente: Elaboración propia

Componente de atención centrada en la persona

El enfoque centrado en la persona cambia la relación entre profesionales y pacientes para dejar atrás la perspectiva netamente asistencialista y convertirla en una relación donde se vuelve protagónica y determinante la capacidad de agencia de las personas en tratamiento, atendiendo al hecho de que cada persona puede manejar de forma constructiva distintos aspectos de su propia vida (Rogers, 1965).

Son 4 los principios que guían la atención centrada en la persona (Brooker, 2013):

- El valor absoluto de la vida humana, independientemente de la situación de cada persona.
- El reconocimiento de la singularidad de cada persona.
- La interpretación de la vida desde la óptica de la persona en tratamiento.
- La adecuación de un entorno social que valore las necesidades psicológicas de cada persona.

Estos 4 principios se basan sobre todo en el respeto de los derechos de todas las personas sin importar su condición, reconociendo la trayectoria vital y personalidad de cada una, así como los factores externos que la condicionan en la toma de decisiones.

Para reconocer y dar voz a la experiencia de la persona en tratamiento pasa por incorporar la escucha activa y tomar en consideración sus malestares sin infravalorarlos. Además, la atención centrada en la persona busca potenciar la participación de cada persona en su propio tratamiento, a partir de la toma de decisiones informada para favorecer su dignidad y autonomía. El principio de atención centrada en la persona también puede verse afectado por los sesgos de género presentes en la atención. Para evitarlo, es necesario tener en cuenta que:

- **Ser mujer u hombre repercute en el tratamiento de la adicción:**

El / la profesional a cargo debe ocuparse de escuchar activamente los relatos de las personas en tratamiento, recoger su padecimiento, sus preocupaciones y las razones que pueden estar incidiendo en el mantenimiento de su adicción.

La mayor parte de los tratamientos no están pensados para acoger las experiencias de las mujeres porque han sido diseñados teniendo como referencia la experiencia masculina en un contexto determinado: hombres de mediana edad, nacidos en España, que manejan el idioma, que pueden tener hijos, o no, porque ese asunto no aparece reflejado como estrictamente relevante en el caso de ellos.

Pero las condiciones personales, económicas y familiares determinan no sólo el acceso al tratamiento, sino la permanencia en él. Si no se tienen en cuenta las condiciones para el acceso a los tratamientos de cada persona, se ignoran los condicionantes que lo limitan y que son diferentes para unos y otras; no se responde a sus necesidades para la recuperación, ni se abordan las consecuencias a nivel psicológico de forma particular, así como tampoco se consideran otros factores colaterales que son importantes para las mujeres, como la tenencia de hijas e hijos u otras responsabilidades familiares, de las cuales son ellas exclusivas responsables en muchas ocasiones, o la conexión que la adicción puede tener con traumas relacionados con pérdidas, duelos, episodios de violencia sexual, entre otros.

Por ejemplo, muchas mujeres en situación de adicción no cuentan con las condiciones necesarias para permanecer en los tratamientos porque: 1.) no han sido tratamientos pensados para ellas. Y 2.) carecen de apoyos cercanos que las ayuden a sostener las cargas de cuidados que suelen tener. En el caso de los hombres, estas dos situaciones no suelen ser motivos que influyan en el abandono del tratamiento, pues al contrario que ellas, cuentan con otras personas (habitualmente las mujeres de sus entornos) que se ocupan de las tareas de cuidados que ellos no asumen habitualmente o han dejado de asumir debido a su adicción. Este es un factor de suma relevancia, pues condiciona la permanencia de las mujeres en los tratamientos, de una forma distinta, más directa, de la que condicionaría a hombres en tratamiento.

- **El género y la interseccionalidad también tienen un peso estimable en la relación paciente – profesional:**

El género influye en cómo se nos percibe y en cómo percibimos a las personas y esto afecta, ineludiblemente, la relación entre profesionales y pacientes. Existe una innegable relación de poder, influida por las relaciones de género y otros factores, que es importante identificar con la intención de prevenir los sesgos a que haya lugar en la relación entre profesionales y pacientes. Es importante intentar minimizar los efectos negativos que esa relación de poder pueda generar. Se trata de intentar tener en cuenta factores que definen a cada persona: la procedencia, los estereotipos por racialización, los derivados de las condiciones de posibilidad asociadas al nivel de ingresos, la edad y por supuesto, el ser mujer u hombre. Todo factor es condicionante de esa relación.

Por ejemplo, puede suceder que mujeres pacientes no hablen de ciertos temas con profesionales hombres, por no encontrarse cómodas o, si lo hacen, puedan producirse transferencias y contratransferencias a nivel terapéutico directamente relacionadas con el género. También es posible que profesionales mujeres (Más si son jóvenes) no vean legitimadas sus propuestas de tratamiento cuando los pacientes son hombres. De ahí, la importancia de pensar no sólo en grupos de tratamiento diferenciados, sino

en la presencia de profesionales mujeres para grupos de mujeres y hombres para grupos de hombres, que puedan generar vinculaciones más empáticas por la imagen que se puede construir de la cercanía en las vivencias. En cualquier caso, es imprescindible la formación en perspectiva de género y en todo el corpus teórico del género, para poder trabajar con estas cuestiones cuando se dan.

Está en manos del ámbito profesional intentar hacer frente a estos sesgos, de forma que la relación paciente – profesional sea más participativa y cooperativa. En los estudios sobre drogodependencias que incorporan la perspectiva de género, ya existen referencias que dan cuenta de ello (Farapi, 2009; Cantos, 2015; Arostegui, 2016; Cantos, 2016; Arostegui y Martínez- Redondo, 2018, Burgos García, 2020).

Enfoque del trauma reportado

Aunque aún no ha sido probado en las terapias y tratamientos dirigidos a personas con trastorno por juego específicamente, la efectividad del Enfoque del trauma reportado (o *Reported trauma approach*, en inglés) sí ha sido probada en los tratamientos de personas con adicciones a sustancias (Covington, 2011).

Este enfoque aboga por conocer, de la forma más detallada posible, la situación vital de cada paciente, teniendo en consideración aquellas experiencias vitales pasadas y presentes que marcan su estado actual, con el fin de proporcionar no sólo cuidados de salud efectivos, sino también pautas de orientación para la acción en los momentos en los que la adicción -y en este caso el trastorno por juego- alcanza sus momentos más álgidos.

La propuesta de implementar el enfoque del trauma reportado tiene al menos dos efectos positivos en los tratamientos: primero, cubrir el vacío dejado por los tratamientos diseñados con base en la experiencia masculina adulta y contemplar las experiencias de mujeres y personas jóvenes. Y segundo, cubrir el vacío que dejan los tratamientos específicamente centrados en las adicciones que dejan fuera otros problemas importantes y conexos. En el ámbito profesional existe la creencia errónea de que el trabajo está únicamente centrado en prevenir las recaídas y acabar con la adicción, mientras otros problemas se resolverán solos, cuando la adicción se haya eliminado, en un momento posterior.

En el caso de las mujeres esos otros problemas tienen un peso considerable en su vida en general y en la generación de adicciones en particular, por lo que no se trata de problemas inconexos y carece de sentido tratarlos de forma independiente; cuando esto sucede, los tratamientos suelen ser menos eficaces (Covington, 2018, 2020; Najavits, 2022, Martínez – Redondo y Arostegui, 2020)

La mayor prevalencia de abusos, violencias o traumas vividos por mujeres y el hecho de que adopten comportamientos adictivos como mecanismo de evasión son hechos que no pueden eludirse en los tratamientos. Mientras no se reconozca esa conexión, los tratamientos pueden ser ineficaces.

- **Necesidad de incorporar enfoque feminista en el abordaje terapéutico.**

Incorporar el enfoque feminista significa considerar todo un corpus teórico que permite ahondar en las problemáticas derivadas del sistema sexo/género y sus consecuencias en la vida de las personas, especialmente las de la violencia en la vida de las mujeres. Un enfoque feminista permite entender el lugar de desventaja social que éstas ocupan por razón de género, y aborda la violencia como un elemento consustancial a dicho sistema¹⁹

Existen puntos de partida desventajosos para las mujeres, fruto del sistema patriarcal tan instaurado en la sociedad, que no pueden ser ignorados en el espacio terapéutico. Por ejemplo, una parte importante en el tratamiento de las adicciones de muchas mujeres, como se verá más adelante de acuerdo con los relatos que ellas mismas han brindado para la elaboración de este modelo, es la consideración de los eventos traumáticos de su vida y la conexión que esos eventos pueden tener en el mantenimiento de sus conductas adictivas. Ya existe mucha evidencia científica (Martínez- Redondo, 2020; Farapi, 2007; Altell, 2011) que habla de la mayor prevalencia que tienen las mujeres con adicciones de presentar traumas relacionados con abusos sexuales en la infancia, la adolescencia o la vida adulta, además de otras violencias de género, tanto dentro como fuera de la pareja.

Aunque la conexión puede no ser evidente en un primer momento, es importante que la profesional responsable de su atención capte la información relacionada con esos eventos traumáticos en su relato, para darles lugar en el tratamiento, con el fin no sólo de que la mujer pueda elaborarlo, sino superarlo entendiendo que no es culpable.

Por ejemplo, a nivel psicológico, los sentimientos de malestar están asociados a conductas distintas según se hable de mujeres o de hombres. En el caso de los hombres, las motivaciones iniciales están más asociadas a la búsqueda de nuevas sensaciones, la evasión del aburrimiento o la búsqueda de beneficios económicos; en el caso de las mujeres elementos como la soledad o la evasión de los problemas actuales o de los traumas pasados -y la depresión y ansiedad generadas por éstos- suelen ser los detonantes (Vázquez, 2012; Arostegui y Martínez-Redondo, 2021). No son experiencias extrapolables y para su tratamiento es importante romper con los sesgos androcéntricos.

19 Este punto ha sido analizado y aportado por Patricia Martínez-Redondo durante la revisión de este Modelo.



EL TRATAMIENTO DESDE LO “PSICO ” / ABORDAJE DE LO SUBJETIVO

Como se ha visto hasta aquí, el abordaje de las vivencias subjetivas es indispensable para la comprensión de cada caso.



LO PSICO

TRATAMIENTO / INTERVENCIÓN / ABORDAJE

- # LO SUBJETIVO
- Vacíos
 - Rabias
 - Miedos
 - Ser mujer / ser hombre
 - Cómo veo a las mujeres / cómo veo a los hombres.
 - Creencias frente al juego
 - Creencias frente a la propia resiliencia.

Fuente: Elaboración propia

Considerar las experiencias personales positivas y negativas como parte de la historia de vida y reconocer su influencia en las decisiones y vivencias, contribuye al éxito de los tratamientos. El trastorno por juego no puede y no debe ser tratado como un compartimento estanco en la vida de la persona que lo padece. Un abordaje que ponga en el centro a la persona y a sus experiencias vitales puede generar mayor adhesión al tratamiento.

La atención en el control de los impulsos es tan necesaria como la identificación de episodios importantes de la vida para determinar si existen causas o eventos asociados que, al ser trabajados, ayuden en la superación de la adicción o el trastorno.

Aunque en un primer momento la persona en tratamiento no perciba una relación directa de sus vivencias con su trastorno, puede ser que hablar de su vida ayude en la elaboración de los problemas que no siempre son evidentes.

No todos los episodios que pueden ser difíciles para una persona lo son necesariamente para otra, lo importante es considerarlos.

En los casos de las mujeres, siempre que haya espacios de confianza, suele suceder que estos relatos de la vida personal salen con frecuencia.

Entonces siempre me he encontrado más bien sola y separada. Porque de 6 hermanos que somos solo una estaba pendiente de mi desde pequeña, pero claro, es que ella y yo dormíamos juntas, [...]. Y entonces mi hermana vio lo que estaba pasando [Se refiere a abusos sexuales por parte de su padre], a ella le había pasado anteriormente. Y dijo, ¡eh! Lárgate de ahí o te tiro por el balcón. Yo le echaba mucha culpa a mi madre cuando ya crecí. Porque pienso ¿Cómo no se daba cuenta? ¿Cómo no veía a su marido que se levantaba? Dónde iba tu marido por la noche, arrastrándose por el pasillo antes de llegar a mi cama, ¿Cómo no te dabas cuenta? Pero bueno, ya los perdoné a los dos antes de morir.

[Mujer, 69 años]

Como ya se ha mencionado antes, la evidencia científica ya demuestra la efectividad del enfoque del Trauma Reportado en los tratamientos por adicciones a sustancias. Para este caso, además del tratamiento al trastorno por juego, es indispensable abordar y elaborar esos episodios que ella misma relata por ser trascendentales en su construcción como adulta.

Si usted como profesional no se siente en capacidad de acoger, abordar y sostener los relatos sobre vivencias de este tipo, ni de identificar las consecuencias que puede tener en el desarrollo de la adicción, porque siente que carece de herramientas para ello, deberá abstenerse de hacerlo. No si antes aclarar a la persona que su relato es importante, que es necesario ahondar en él para que pueda elaborarlo, pero que no es usted la persona más capacitada para hacerlo, por lo cual buscará a alguien (de su equipo, o de otro recurso) que pueda hacerlo de la mejor forma posible.

En los casos de los hombres, aunque haya espacios de confianza, cuesta que incluyan en sus relatos sus vivencias personales, aunque sucede en algunos casos. Cuando esto sucede, no siempre hay una elaboración acompañada de esos eventos porque no siempre se entiende que tengan alguna conexión.

Yo también he tenido recaídas. Las dos veces han sido cuando mi mujer quedó embarazada y me metí en el mundo del juego y tal, durante poco tiempo y... salió el problema y fui a un psicólogo particular, pero bueno... fue un engaño porque yo nunca dejé de jugar, dejé de jugar, pero volví a jugar cuando mi mujer se volvió a quedar embarazada. O sea, una recaída, pero yo no lo considero recaída porque yo no estaba en la asociación [...] Y hasta ahora muy bien. O sea, no sé si habrá sido el tema del embarazo, pero me dio por ahí y ya está. [Hombre, 43 años]

Pero ¿quién es el que está embarazado, tú, o la mujer?

La mujer, la mujer, pero vamos que yo ...

Ten cuidado, no vuelvas a embarazarla...

No, ya no, ya no. Ya me hice la vasectomía en el mes que me dieron de paternidad, llamé a la semana siguiente y dije "esto se acabó ya".

De hecho, conectar vivencias (traumáticas o no traumáticas) con la adicción para muchos hombres carece de sentido porque no creen que cuestiones no resueltas en sus vidas tengan algo que ver.

La existencia de eventos traumáticos no es una condición única y necesaria para el desarrollo de las adicciones. Es una variable muy importante dentro de un problema que es multicausal, por ello no hay que dejar de abordarlos como parte del tratamiento.

Grupo de discusión de hombres con trastorno por juego:

El evento puede ser un desencadenante. Que eso sí es verdad, que yo conozco a mucha gente que a raíz del fallecimiento de alguien se empiezan a refugiar más en esto, pero yo pienso que ahí... bueno, esto es un pensamiento mío, que el que nace lechón, muere cochino. O sea, hay una parte dentro de ti que está un poco predispuesta a que tú seas adicto al juego, o adicto al alcohol, o adicto a las drogas o adicto a lo que sea. Pero que no creo que sea. O sea, las circunstancias sociales en las que te rodeas te determinan un poco a que seas más susceptible o no de desarrollar la adicción. Y que sea un desencadenante sí, pero que sea el origen, no.

Yo personalmente no tengo esa coartada.

Yo tampoco.

(Otros): yo tampoco.

De hecho, en muchas ocasiones reconocen que su acción deliberada de jugar está relacionada con buscar salidas fáciles o evasivas, en el sentido de que "se lo pueden permitir" ya sea porque disponen de recursos económicos para ello, o porque cuentan con otras personas a su alrededor (habitualmente mujeres) que toman a cargo las responsabilidades y cuidados de los que ellos se pueden desentender.

Yo creo que lo marca mucho la vida personal. Yo pienso que las adicciones (el juego, el alcohol), son muy fáciles y están ahí. Yo, por mi caso y otros que he visto, antes de las apuestas deportivas, antes era bingo y tragaperras. Era muy fácil meterte en un bar y ponerte a jugar con una máquina. Y era fácil porque te lo podías permitir. Yo no tenía el ejemplo ese de mi familia [Nadie en su familia jugaba]. El hecho de que seamos adictos, desde un principio nos engañamos a nosotros, es decir, en vez de buscar soluciones a los problemas, buscamos la salida fácil que es la adicción.

[Hombre, 69 años]

A mí el bingo me aburría, pero yo quería jugar. Estuve yendo al bingo como unos 6 meses, iba todos los días, menos sábados y domingos que no tenía excusa en casa.

[Hombre, 54 años]

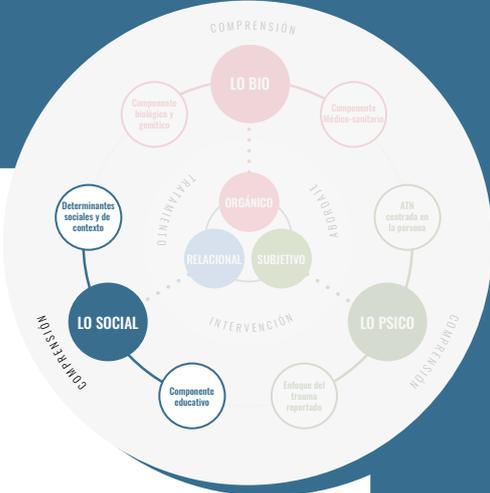
Parte del abordaje psicológico abarca las vivencias personales, pero también las creencias forjadas en la interacción con otras personas de los núcleos cercanos: la familia de procedencia, las amistades, los entornos escolares o laborales, etc. Es muy importante trabajar con los hombres desde una perspectiva de género y relacional (Sobre esto se profundiza en el Anexo 1) que les muestre de qué manera sus elecciones de vida están estrechamente influenciadas por las relaciones que tienen con ellos mismos y con las mujeres de su entorno.

LA COMPRENSIÓN DESDE LO “SOCIAL”

Los aprendizajes sociales tienen un peso considerable en el desarrollo de la vida individual. Es desde este aspecto desde donde se reconoce la influencia de los roles prescritos para mujeres y hombres como determinantes clave. Lo social ejerce una influencia soberana sobre lo psicológico – individual, pues es en el contexto de la socialización donde las creencias pueden transformarse e influir de forma más o menos negativa en la salud y las elecciones de la vida.

En este componente se da gran peso a los determinantes sociales y del contexto, como el lugar donde nacemos, la clase a la que pertenecemos, los valores que nos determinan, los roles que adoptamos en nuestra familia y nuestra comunidad, pero también la educación que recibimos.

LO SOCIAL



COMPRESIÓN

Determinantes sociales y de contexto

- Situación económica.
- Roles de Género
- Rol según edad.
- Rol en la familia.
- Rol en la comunidad.
- Rol de persona cuidadora.
- Rol de persona cuidada.
- Situación de migración / desarraigo / exclusión.
- Valores religiosos y/o culturales y/o de etnia.
- Condición de empleo.
- Apoyos familiares / red social.

Componente educativo

- Educación en el ámbito familiar.
- Pertenencia a una comunidad.
- Educación sobre la preservación de la propia salud.
- Promoción de la autonomía y la empatía.
- Sensibilización y prevención.
- Nivel educativo.
- Disponibilidad de recursos terapéuticos cercanos.

Fuente: Elaboración propia

Componente de los determinantes sociales o de contexto

Considerar las condiciones sociales, económicas y culturales, es decir, todas aquellas circunstancias en las que cada persona nace, crece y se desarrolla es fundamental para entender sus condiciones de salud y su capacidad de resiliencia frente a las adicciones sin sustancia. Así mismo influyen las políticas estatales, las condiciones de empleo, las políticas de salud y de trabajo, o el acceso a recursos. En términos generales, el contexto tiene influencia en las actuaciones de cada persona. La edad, la clase social, la localización, el nivel educativo, la posible situación de migración, la presencia o ausencia de apoyos familiares y de red social, la etnia, la identidad de género o la orientación sexual, son determinantes sociales de la salud y deben tenerse en cuenta.

Todos estos factores se cruzan con el género y pueden suponer desventajas o posiciones subordinadas que serán determinantes en el tratamiento de la adicción y su adherencia. La forma desigual como se viven y gestionan los determinantes sociales de la salud, da lugar a injusticias sistemáticas, la mayoría de ellas evitables, que repercuten en la salud de las personas.

- **El género como determinante ineludible:** Aunque es un elemento transversal a lo largo del ciclo vital, no parece tenerse en cuenta en el tratamiento de las adicciones sin sustancia. No sólo se contemplan los roles designados culturalmente a las mujeres y los hombres, sino y sobre todo, las relaciones de poder que se construyen entre hombres y mujeres y que pueden repercutir en su salud, en el manejo de la adicción y en su adherencia a los tratamientos. Los anexos 1 y 2, así como el capítulo 5 de este Modelo, profundizan en la consideración de esta variable en los tratamientos individuales y grupales.
- **La localización** (de procedencia y geográfica) marca también las posibilidades de acceder a los recursos. Las personas que viven en zonas rurales suelen tener mayores barreras de acceso a los recursos de tratamiento, y lo mismo sucede con personas migrantes cuya situación administrativa influye muchas veces como limitante al acceso de recursos de atención.
- **La edad:** Es por supuesto otro factor protagónico que influye en la percepción que se tiene del problema del juego, la capacidad para afrontar las consecuencias, o la posibilidad de adherencia.

- **La clase social ocupacional:** Se denomina así a lo que en otro momento se ha conocido como la clase social, determinada en este caso por el tipo de trabajo, o ausencia de él, y los recursos que éste genera. Esta es también una variable a tener en cuenta como determinante social.

Componente educativo

Lo educativo también tiene un rol de peso en el tratamiento de las adicciones sin sustancia, así como en la preservación de la salud en general. En el tratamiento de las adicciones sin sustancia, lo educativo está muy cerca del enfoque centrado en la persona y en la promoción de su autonomía, pues lo que se intenta es que sea la propia persona en tratamiento quien piense y genere sus hábitos de autocuidado, apoyándose en las herramientas que pueden proporcionar los agentes o instituciones acompañantes.

Este modelo educativo aboga por la intervención y ayuda de entornos comunitarios que, en primer lugar, ayuden en la prevención de las adicciones sin sustancia y, en segundo lugar, cuiden a la persona en tratamiento fomentando en ella los hábitos para su propio cuidado. Lo primero es posible a partir de estrategias de difusión de información relacionada con la sensibilización y prevención de las adicciones sin sustancia y sus efectos a nivel individual, familiar y social. Lo segundo es posible a partir de la creación de recursos en lo local y comunitario, que sean cercanos, terapéuticos y que promuevan la resiliencia de las personas en situación de adicción.

- **Sensibilización desde la perspectiva de género:** Se requiere que los recursos de prevención estén diseñados teniendo en cuenta no solamente la experiencia masculina por ser mayoritaria. Las campañas de sensibilización deben dar a conocer distintas situaciones de riesgo y distintas consecuencias en base a información que se recoge de intervenciones desarrolladas con mujeres y hombres en tratamiento. Por eso, la sistematización de experiencias y casos es muy importante.

Además, debe abarcar no solamente las consecuencias de las adicciones sin sustancia a nivel individual, sino las consecuencias a nivel del entorno más inmediato (la familia, el trabajo) y, en la medida de lo posible, debe poner el foco en los costes de una adicción en las relaciones con el entorno de cuidados, especialmente la relación de los hombres con las mujeres.

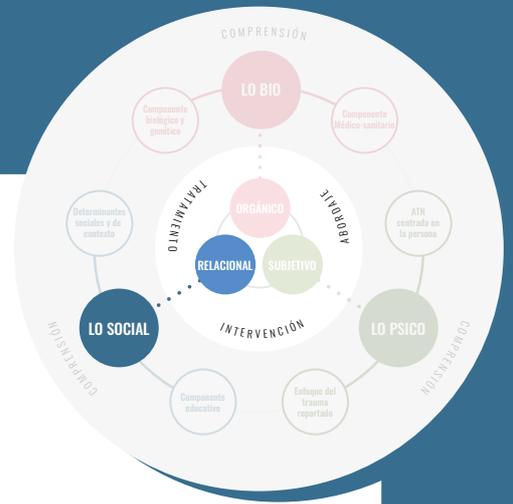
Una parte muy importante de la sensibilización debe desterrar mitos que tienen las personas en situación de adicción asociada a su propia imagen. Estudios realizados recientemente (Arostegui y Martínez-Redondo, 2021) demuestran que las motivaciones para mantener la conducta adictiva difieren en unos y otras. Entre ellos existe, por ejemplo, la idea de la habilidad asociada al juego y por tanto a la posibilidad de ganar; entre ellas existe más la percepción de la suerte y no tanto de la habilidad. Esas razones para el mantenimiento de la conducta deben ser tratadas, cuestionadas y desmitificadas. En ese ejercicio debe haber un abordaje consciente de la forma en la que el género crea y mantiene esas autopercepciones entre mujeres y hombres.

- **El auto-cuidado de la persona en tratamiento:** La comunidad es un gran apoyo para las personas en tratamiento. La existencia de recursos cercanos puede facilitar el proceso de tratamiento y contribuir a su mantenimiento. El modelo educativo centrado en la persona abogará por su agencia y su responsabilidad en el auto-cuidado a partir de la promoción de estrategias para la promoción de hábitos de vida saludables que abarquen la salud física, mental, social y los espacios de ocio saludables.
- **La atención también debe contemplar a las mujeres que cuidan:** En muchas ocasiones los hombres en situación de adicción sin sustancia suelen estar acompañados, durante sus tratamientos, por madres, esposas, hermanas o amigas. Estas mujeres son parte activa de los tratamientos y deben ser consideradas y entendidas. (Sara Velasco, 1999)



EL TRATAMIENTO DESDE LO SOCIAL / ABORDAJE DE LO RELACIONAL

Esta puede ser la parte más importante y novedosa de este Modelo. Se trata de incorporar y poner en el centro temas que antes no se han explorado en los tratamientos por juego problemático o patológico. La atención se pone, no tanto en la construcción de los roles de género en sí mismos y de manera aislada sino principalmente, en la forma como se tejen las relaciones entre hombres y mujeres, así como en los costes y beneficios que ello supone.



LO SOCIAL

TRATAMIENTO / INTERVENCIÓN / ABORDAJE

- # LO RELACIONAL
- Rol en la familia.
 - Rol de cuidar.
 - Rol de recibir cuidados.
 - Roles de género.
 - Usufructo de tiempos ajenos.
 - Inversión de tiempo en cuidados de otras personas.

Fuente: Elaboración propia

Una perspectiva centrada solamente en la construcción y el peso de los roles de género para hombres y mujeres, que no contempla o pone la atención en la relación entre ellos y ellas, sino que simplemente los asume como un hecho dado, termina viendo solamente el coste de esos mandatos tanto para unos como para otras, dejando en un lugar equivalente dichos costes, y sin abordar las diferentes posiciones jerarquizadas (tanto sociales como subjetivas) que conllevan. Una visión a corto plazo centrada solo en los mandatos de género resulta ser perjudicial en el tratamiento de las adicciones sin sustancia, puesto que no necesariamente representa cambios en la manera de entender la adicción y la importancia de la adherencia al tratamiento.

Por ejemplo, un análisis -no relacional- de las causas de las adicciones sin sustancia otorga el mayor peso a la construcción de los roles de género y no a la relación entre ellos. Según ese análisis, los hombres, presionados por el mandato social, son más propensos a incurrir en conductas de riesgo, mientras ese problema no existe tanto entre las mujeres porque de ellas se esperan otras cualidades y esto las hace menos propensas a ser ludópatas y más propensas a cuidar.

Yo me acuerdo lo que decían las abuelas: tú tienes que buscarte una muchacha buena y guapa, una muchacha que estudie y no sé qué. O sea, era como que (...) lo importante es que fuera muy buena y muy formal. La abuela ya sabía que tú te podías desviar por el camino y que la muchacha buena, la muchacha centrada era la que a ti te iba a reconducir. Entonces siempre ese papel es el de que la mujer va a centrar al hombre de sus pecados de juventud.

(Hombre, 33 años)

Esa visión tiene como consecuencia que los tratamientos terminen siendo diseñados exclusivamente sobre la base de la experiencia masculina, haciéndonos creer que lo que funciona bien para ellos, también funciona bien para ellas. O que lo bueno de los grupos mixtos es que las mujeres, en su rol tradicional de cuidadoras, generan cosas positivas para los hombres, sin que sea de igual forma en el sentido inverso:

A ver... afortunadamente ahora tenemos más mujeres en los grupos. Para mí es igual, yo no discrimino porque creo que, además, a los hombres nos viene bien que haya mujeres. Ellas siempre proporcionan cierta tranquilidad en los grupos. A veces nosotros somos muy voceras, pero las mujeres siempre aportan cierta tranquilidad. Ayer decían que las mujeres son más fieles al tratamiento, pero yo ahí no estoy de acuerdo. Con los casos que tenemos, todos tenemos nuestros problemas. Yo he visto chicas de 26 años que desaparecen a los tres meses (Sesgo de representación). Cada uno tiene su propia historia, pero yo creo que es muy positivo para los hombres que haya mujeres en los grupos.

(Hombre, 56 años)

Otra de las consecuencias visibles de una perspectiva no relacional es el hecho de no considerar que las construcciones de género influyan en las problemáticas cotidianas, ni mucho menos en la problemática con el juego, desligando el problema del juego, de las relaciones de género, no otorgándoles la importancia que sí se da a la edad.

Yo discrepo un poco porque yo a la hora de arropar a los hijos, tanto o más que mi mujer, aunque no lo creas. Pero ... bueno, vamos a la ludopatía. En mi grupo tenemos mujeres y creo que es bueno que estemos todos juntos. Es más, ayer en la ponencia dudaban que si hacer un grupo de mujeres, uno de hombres...No. Yo, no lo haría. Haría antes lo que estábamos hablando afuera, un grupo con gente joven que tiene otra cultura. Entre la gente joven que nos está llegando ahora de 20-22 años, que cuando entran a la asociación y me ven a mí con 62 años, que soy su abuelo casi, pues... yo creo que hay más diferencia de edades, que no de sexos. La ludopatía es la misma para la mujer que para el hombre. Nosotros las mujeres que tenemos en la asociación son pocas, pero son cañeras que da gusto con ellas. Son como nosotros, tenemos el mismo problema, el del juego, el de las mentiras, el de estar ocultando (...) tenemos los mismos problemas. Es más, tengo más cuidado cuando entra un chico de 20 años, intento protegerle más que cuando entra una mujer hecha y derecha, como Rebeca, con 45 años. Para mí somos exactamente iguales.

(Hombre, 62 años)

En contraposición, una visión RELACIONAL del mismo problema no se centraría tanto en el peso de los roles de género, sino en las consecuencias que esos roles tienen sobre las relaciones de los hombres y las mujeres y en la forma como esas relaciones inequitativas benefician a los hombres y dejan en un lugar menos beneficioso a las mujeres.

Es decir, la masculinidad no es un factor de riesgo, sino más bien un factor de protección en tanto que cuenta, de base y por defecto, con el rol tradicional que cumplen exclusivamente las mujeres a cargo de los cuidados de los grupos. Esa relación deja en mejor posición a los hombres y significa un mayor desgaste para las mujeres que, hasta ahora, no se ha tenido en cuenta. Muestra de ello es el hecho de que en los grupos de personas con juego problemático la mayor población es masculina, mientras en los grupos de apoyo familiar la mayor población es femenina.

05

ATERRIZANDO EL MODELO EN LA INTERVENCIÓN EN ADICCIONES SIN SUSTANCIA



Este apartado busca aterrizar las pautas del modelo en la práctica, teniendo en consideración los procesos tanto individuales como grupales de acogida y tratamiento para mujeres y hombres en la adultez, de forma separada, así como también algunas pautas para el trabajo con personas jóvenes, según sean mujeres u hombres. Por último, se ofrecen también algunas claves que pueden ayudar en el trabajo con las familias. Este bloque del modelo tiene información complementaria y de mayor detalle en los anexos 1 y 2.

Como elementos generales es importante recalcar que este modelo trabaja por una **relación profesional / paciente basada en la escucha activa**; la búsqueda de los factores psicosociales desencadenantes que están asociados a la conducta de juego en cada persona, así como una devolución constante sobre esas causas asociadas y sobre su propio proceso, para lograr que ella misma se posicione de manera activa, entienda, afronte y decida tratarlas. (Velasco, sin año, 113).

El género es una categoría que determina el comportamiento de todas las personas en todo momento, pero identificar su influencia en lo cotidiano es una tarea compleja porque implica reconocer que existen desigualdades estructurales. Frente a esto último hay siempre muchas resistencias tanto entre profesionales, como entre personas en tratamiento. Reconocer que existen desigualdades determinadas por el género es más incómodo y más difícil que reconocer otras desigualdades como las generadas por la pertenencia a una clase social, o a una etnia. La influencia del género es menos evidente.

“Aquí hablamos de lo que hablamos” o “aquí estamos hablando de juego, que es una enfermedad que afecta por igual a hombres y mujeres” son algunas de las frases que reflejan esta postura.

Sin embargo, ya existe evidencia que demuestra que **un trabajo terapéutico grupal que integre la construcción del género como factor que influye en el inicio y mantenimiento de la adicción, mejora el proceso de tratamiento.**

La resistencia a creer que el género no está asociado, ni tiene que ver con la conducta adictiva, sino que ésta es una enfermedad “buscada” por más hombres y por algunas mujeres, deja fuera factores asociados que, de ser tratados, pueden ayudar en la prevención de las recaídas.

Trabajar en la adicción al juego centrándose solamente en conseguir que la persona no vuelva a jugar, como si eso dependiera solamente del control de sus impulsos, resulta insuficiente. Existen otros aspectos terapéuticos relacionados con la construcción de la masculinidad y de la femineidad que entran en juego y, aunque no son su única causa, es fundamental no ignorar su influencia.

A continuación, encontraremos algunas pautas a tener en cuenta en el trabajo grupal diferenciado entre hombres y mujeres, así como algunas claves a tener en cuenta sobre qué es recomendable NO hacer en el trabajo con grupos mixtos, si es que aún se realiza. Cada grupo cuenta con un esquema que incluye temáticas en tres campos diferentes, pero interrelacionados.

A. INTERVENCIÓN CON MUJERES

La literatura disponible para el diseño de intervenciones con mujeres no siempre incorpora la perspectiva de género, sino que traslada a los grupos de mujeres el mismo trabajo que se hace con los grupos de hombres. Este fallo en la intervención se debe a que el problema de juego se trata de forma aislada y como un problema de voluntad individual, ignorando otros factores de orden social que tienen un peso importante e ignorando el hecho de que el género es un determinante social y de la salud.

UNAD publicó en 2021 un estudio sobre los factores asociados al juego patológico, con el objetivo de visibilizar la experiencia de mujeres tanto jóvenes como adultas (Arostegui, Martínez- Redondo, 2021). La información que recopilamos en este apartado bebe de esta y algunas otras fuentes que incorporan efectivamente la perspectiva de género en el análisis del problema.

El planteamiento se sustenta sobre todo en dos premisas:

La primera, el problema del juego no está en desconexión con la influencia del género. Y la segunda, es necesario promover y seguir extendiendo el trabajo en grupos separados (no mixtos) para atender a todas aquellas causas relacionadas con el género que influyen en el hecho de que el número de casos de mujeres con problemas de juego aumente, pero sólo unas pocas llegan y consiguen mantenerse en los tratamientos.

Algunos pasos previos:

Los pasos previos descritos en la intervención con hombres no quedan excluidos si la intervención que usted va a diseñar es para mujeres. Antes de pensar en las intervenciones a diseñar para grupos de mujeres, también debe procurar incorporar preguntas en su propia vida personal y profesional; desconfiar del falso consenso en torno a la igualdad en el mundo, o el discurso de la igualdad de trato, y no asumir que el simple hecho de hacer un grupo de mujeres asegura el éxito del tratamiento en sí mismo.

A continuación, encuentra algunas premisas que es necesario no perder de vista:

- **Es importante tener en cuenta la evidencia científica para el diseño de los tratamientos:**

No pierda de vista lo que la literatura científica dice sobre las motivaciones de las mujeres para jugar (Wolfgan, 1988; Gupta y Derevensky, 1998; Echeburúa, 2011; Montes, 2014; Ibáñez Cuadrado, 2014). Aunque la mayor parte de los estudios sobre adicciones se centran en las adicciones a sustancias, muchos de los factores asociados también pueden estar presentes en las adicciones sin sustancia. Las motivaciones para iniciarse y mantener una conducta adictiva son disímiles de persona a persona,

pero la evidencia científica muestra que, mientras que los hombres hablan de su necesidad de experimentación, de su intención de acumular prestigio o dinero, o de una motivación netamente lúdica que luego se problematiza; las mujeres relatan muchas veces que su inicio en el juego coincide con la vivencia de eventos traumáticos frente a los cuales buscan vías de escape (Potenza, 2001; Biciego, 2022; González – Ortega, 2015) Esto no es nuevo, ya se ha dicho antes en otras investigaciones, además de en algunas guías clínicas diseñadas para el abordaje y tratamiento del juego problemático / patológico entre mujeres (FEJAR, 2018). Los tratamientos en grupo mixto suelen perder de vista estas diferencias y no considerarlas influye directamente en el fracaso del tratamiento y en la recaída en la conducta.

La evidencia científica también ha demostrado que las mujeres que participan en grupos mixtos hablan menos de lo que lo hacen en grupos conformados solamente por mujeres. Un sesgo presente en los grupos mixtos es el manejo y monopolio de la palabra por parte de los varones en detrimento del uso de la palabra por parte de las mujeres. Y un problema grave, derivado de esa práctica, es la opacidad de las experiencias traumáticas, que pueden tener relación con la adicción al juego, pero que no van a ser sacados a la luz, durante las sesiones en grupo mixto, por temor, vergüenza, o para prevenir ser víctimas de otras nuevas victimizaciones por múltiples formas de violencia de género (Arostegui, Martínez-Redondo, 2021). Como terapeuta usted está en la obligación de posibilitar espacios seguros y de confianza.

- **La formación de los equipos en perspectiva de género y el trabajo transversal:**

Para incorporar la Perspectiva de Género se requiere que no sólo una persona del equipo esté formada en Perspectiva de Género. Cuantas más personas cuenten con conocimientos frente al tema, será más fácil identificar problemáticas asociadas al género que influyen en el mantenimiento de la conducta problemática.

No es lo mismo hacer un grupo de mujeres para tratar la adicción al juego que hacer un grupo de mujeres en el cual se trabajen temáticas de género asociadas a la conducta de juego.

- **Diseño estrategias de intervención que detecten por defecto posibles violencias de género.**

Aunque su fin último no sea detectar y atender a posibles víctimas de violencia machista, no pierda de vista la estrecha conexión que estos eventos tienen con las adicciones en la vida de muchas mujeres. La negligencia frente al trabajo de detección y derivación de casos puede acarrear consecuencias nefastas para la vida de las mujeres en tratamiento. Existen numerosos protocolos y guías que pueden orientarle en

el uso de instrumentos de detección eficaces. Si usted detecta algún caso, no piense únicamente en la derivación, hágase responsable del acompañamiento profesional que la situación amerita, haciendo por mantener el vínculo terapéutico durante el proceso que la mujer tenga que seguir hasta que encuentre otros espacios de apoyo que aseguren que ella podrá ser atendida, tratada y experimentar una reparación del daño (Instrumento común estandarizado del Sistema Nacional de Salud, 2021; Distintos protocolos de actuación socio-sanitaria ante la violencia de género, como los de Euskadi, Murcia, Castilla y León, Navarra, Galicia, Extremadura, Cataluña, Cantabria, entre otros)

- **Preste atención al espacio físico para llevar a cabo terapias grupales:**

El espacio físico también es importante. Deben ser espacios de intimidad y sin interrupciones, alejados, en la medida de lo posible, de otros espacios terapéuticos en los que las conversaciones puedan cruzarse u oírse.

Qué NO hacer en el trabajo con mujeres:

- Si usted es un hombre **evite actitudes paternalistas y ábrase a la escucha activa**. Las mujeres que hacen trabajo terapéutico con otras mujeres se mostrarán más dispuestas a tratar cuestiones personales que no suelen verbalizar en grupos mixtos. Si este es el caso, evite adoptar una actitud paternalista, acoja el relato y tenga en cuenta la capacidad de agencia de cada mujer.
- **No deje pasar sin más cualquier relato relacionado con abusos o violencias físicas y sexuales** que relaten las mujeres. Si en el trabajo terapéutico que usted acompaña emergen relatos de violencia sexual en la infancia, la adultez o el momento actual, no ignore esa información. Tampoco ignore problemáticas como los intentos de suicidio, las relaciones de pareja con otras personas ludópatas, etc. Si usted como terapeuta no se siente capacitado para acoger, en su espacio terapéutico, los relatos de episodios traumáticos de la vida de las mujeres, es necesario que haga una primera contención y aclare que se hará responsable de buscar otro espacio en el que esa información pueda ser tratada de una mejor forma. No minimice las experiencias relatadas, ni intente dar ánimo.
- **No intente incentivar a las mujeres a permanecer en el tratamiento por sus hijos, su madre o cualquier otra persona de su familia**. Este sesgo es muy común en el caso de mujeres que no se adhieren al tratamiento, o están en permanente recaída. Recurrir a generar culpa por los estragos que la conducta adictiva puede generar en las personas cercanas reproduce el rol de “ser para otros” que las mujeres tienen tan interiorizado por su socialización, pero los hombres ignoran muy a menudo. Recurrir a la culpa no estimula su capacidad de agencia y decisión y, por tanto, no tiene efectos positivos en el largo plazo. Al contrario, los mensajes deben ir encaminados a ir centrando su atención en ella misma, aunque no sepa cómo hacerlo y esté pendiente de los y las demás.
- El control del dinero por parte de una tercera persona es una estrategia utilizada habitualmente en el tratamiento por juego patológico. Si este es un paso a seguir en el tratamiento diseñado para una mujer, **evite, en la medida de lo posible, que el control del dinero lo ejerza un hombre**, priorice la presencia de otras mujeres (amigas, hermanas, madres) en esa función. Esto es especialmente relevante en el caso de mujeres jóvenes que ya cuentan con otras herramientas para relacionarse con los hombres de su entorno y no admitirán estrategias de control que puedan degenerar en prácticas sutiles o extremas de machismo.

Algunos temas que pueden ser tratados en las sesiones grupales con mujeres:

°Este apartado presenta de forma resumida algunos temas sugeridos que pueden ser abordados en los tratamientos grupales con mujeres para tener en cuenta la perspectiva de género como factor coadyuvante en su permanencia.

El esquema se explicará en detalle en el Anexo 1.

Tabla 2.

Temáticas sugeridas para trabajar adicción al juego en mujeres

| | | | | | |
|--|--|---|---|--------------------------------|---|
| CARACTERÍSTICAS QUE FORJAN LA FEMINIDAD. | La buena y la mala mujer. | CREENCIAS Y SESGOS CON RELACIÓN AL JUEGO. | El juego como evasión. | CORRESPONSABILIDAD RELACIONAL. | La libertad. |
| | La falsa percepción de igualdad. | | El mito del dinero fácil y el sofisma del resultado exitoso. | | La culpa. |
| | La relación con el deseo de la maternidad, los abortos, y las relaciones filiales. | | Correlación ilusoria. | | El daño. |
| | Los cuidados. | | La fijación en las frecuencias absolutas o la memoria de la ganancia. | | Los traumas. |
| | La aceptación de la vulnerabilidad. | | Atribución flexible. | | Las relaciones de pareja. |
| | La relación con ellas mismas (la autoestima). | | Perder por poco o "casi gano". | | La violencia física, psicológica y económica. |
| | | | El azar tiende al equilibrio. | | La custodia de las hijas e hijos. |
| ESTRATEGIAS DE REFUERZO: | | | | | |
| Grupo de iguales como incentivo para la adherencia al tratamiento. | | | | | |
| Proyecto de auto-cuidado. | | | | | |
| Gestión de las emociones desde una perspectiva ética. | | | | | |
| Vínculos sociales sólidos aumentan la salud psíquica. | | | | | |

B. LA INTERVENCIÓN CON HOMBRES Y EL ABORDAJE DE LA MASCULINIDAD

Aunque este apartado integra algunas estrategias útiles para el trabajo grupal con hombres, existe un recurso fundamental de consulta que servirá para ampliar esta información y poder hacer un mejor diseño de esas intervenciones, se trata de: *Hombres y Adicciones. Intervención desde la perspectiva de género*, escrito por Patricia Martínez-Redondo y Fabián Luján, publicado por UNAD en 2020 y que es importante tener como referente.

Como ya ha sido puesto en evidencia, los elementos que integran la construcción de la masculinidad afectan al proceso de adicción de los hombres: inicio, mantenimiento y recaída. (Martínez- Redondo y Luján, 2020). Existen varias vertientes del trabajo sobre masculinidad. Este modelo no aborda las diferencias entre unas y otras porque eso ya lo hacen otros recursos, sino que expone una síntesis de pautas útiles teniendo en cuenta la evolución de esas vertientes.

Algunos pasos previos:

- **Incorpore preguntas en su propia vida personal y profesional.**

Una parte fundamental de incorporar la perspectiva de género a la intervención en adicciones sin sustancia, o cualquier adicción, es el esfuerzo que como profesionales debemos hacer para **incorporar** aquello que queremos usar, **en nuestra propia vida cotidiana**.

Llevar la perspectiva de género a los grupos de tratamiento no debe pasar por hacer una exposición de las teorías y los conceptos, sino por hacer un zoom a la propia vida cotidiana de las personas en tratamiento. Y esto es más sencillo cuando cada profesional trabaja por incorporar esta visión en su vida cotidiana.

- **Identifique y desconfíe del falso consenso profesional sobre la igualdad.**

Tenga en cuenta que existe un sesgo de **falso consenso** en el ámbito profesional, que lleva a pensar que el trato igualitario es real. Y que cada vez se tiene más integrada la perspectiva de género en la práctica profesional. Esa falsa creencia resulta perjudicial para el diseño de tratamientos más integrales y mejor adecuados.

Este sesgo tiene otro efecto nefasto en el diseño de los tratamientos y es que, en muchos casos, se cree que las conductas adictivas no están relacionadas con la construcción del género, por lo que sólo es indispensable tratar la adicción. La vida de cada persona no se compone de compartimentos estancos sin relación entre ellos. Por tanto, una adicción al juego no está desconectada del hecho de ser hombre o mujer.

- **Explore nuevos recursos que hablen del trabajo con hombres.**

Recurra a un texto breve que le de nociones básicas sobre **por qué es importante trabajar con hombres desde perspectiva de género y por tanto, la masculinidad**. Si su acercamiento a estos temas es reciente, busque textos breves que le expliquen por qué este tema es importante.

Este primer acercamiento no le servirá para diseñar sesiones sobre perspectiva de género en el trabajo con hombres desde el primer día. Simplemente le dará una noción básica de lo importante que es incorporar este enfoque en el tratamiento del problema.

- **No diseñe intervenciones que hablen de la perspectiva de género en abstracto** y a partir de conceptos que “no se ven” en la vida cotidiana. Su papel es el de invitarles a pensar conjuntamente en cosas que habitualmente no se piensan. Integre aspectos personales de la vida diaria. No hable sólo de juego. En su lugar, haga referencia a temas y espacios más cotidianos como estrategia para incentivar al grupo de hombres a que hable. Ínsteles a salir de las generalidades.

- **Visibilice el hecho de que la violencia de género no es sólo el maltrato físico:** Existe ya larga evidencia y reconocidos trabajos científicos, que demuestran que muchos hombres identifican la violencia de género exclusivamente con el maltrato físico y que, como consecuencia, normalizan y perpetúan otras formas de malos tratos en sus relaciones y vínculos cotidianos (Casado y García, 2010) La violencia de género existe en el marco de las relaciones de pareja y también fuera de ella, no se agota en el maltrato físico, sino que se manifiesta de distintas formas. Es importante que estos temas sean abordados, a pesar de las resistencias iniciales a que pueda haber lugar por parte de los grupos.

Qué NO hacer en el trabajo con hombres:

- Si usted es una mujer, **evite como profesional colocarse en el papel de cuidadora**. Esto no implica prestar menos atención o de menor calidad al caso, sino evitar reproducir roles frecuentes en los cuales los hombres se benefician de los cuidados de las mujeres de sus entornos, sin siquiera ser conscientes de ellos.
- No rebata de forma directa las opiniones desfavorables. Las cuestiones de género -los conceptos y las temáticas relacionadas con la (des)igualdad-, son generalmente controversiales. **Evite discursos moralizantes sobre lo que está bien y lo que está mal** de ser hombre o mujer y centre sus esfuerzos en hacer preguntas sobre situaciones cotidianas, cercanas a ellos, para que ellos por sí mismos puedan valorar su posición (Por ejemplo, la dinámica de “El laberinto” explicada en Martínez- Redondo y Luján (2020: 118) puede ser un buen ejercicio de reflexión crítica.
- **No hay que tener miedo a molestar/ incomodar / enfadar a los hombres en tratamiento**. En este aspecto, puede que las mujeres terapeutas cuenten con una desventaja comparativa frente a los hombres terapeutas por el lugar que ocupan. No tema plantear temas “incómodos”, desde una postura de apertura y escucha activa. La idea es hacer que se cuestionen todos los aspectos de su vida, el lugar que ocupan, el uso que hacen de sus relaciones cercanas. Como terapeuta usted está en la obligación de cuidar a su grupo, y eso no es incompatible con incomodarles para que se cuestionen a sí mismos.
- **Evite posiciones paternalistas que no dejen espacio a la auto-crítica**. Trate de propiciar que cada hombre cultive su capacidad de agencia y su responsabilidad en las relaciones con otras personas (ética relacional).
- **No hable solamente del juego**, o de la comorbilidad entre el juego y otras adicciones. Es importante incluir en las temáticas a tratar por los grupos, la vida cotidiana y el uso de los tiempos propios y de otras personas, así como hacer referencia a vivencias pasadas que puedan estar influyendo en el mantenimiento de la adicción o en las recaídas.
- Aunque parezca lo contrario, **el tema de las orientaciones sexuales de los hombres en tratamiento no es un factor definitorio** para su trabajo en grupo.
- Y por último, pero no menos importante: **No centre su intervención solamente en el bienestar y buen trato de los hombres hacia sí mismos y entre ellos. Trabaje situaciones en las que los hombres puedan ver de cerca sus relaciones con otras personas**, los usos que hacen de los cuidados y tiempos, los apoyos que buscan según qué circunstancias, en distintas etapas de sus vidas.

Temas como el peso de los roles y estereotipos, la identificación y expresión de las emociones, la aceptación de la vulnerabilidad o la promoción del autocuidado son muy importantes, pero no transforman por sí mismos, en ningún sentido, la forma como los hombres se relacionan con las mujeres. Ese trabajo centrado solamente en la búsqueda de su bienestar no es relacional, no ve y, por tanto, no transforma la desigualdad.

Ayudar a los hombres a que identifiquen sus vulnerabilidades es insuficiente y puede ponerles en una posición pasiva frente a su tratamiento. En contraposición a ello, si se pone el foco en las relaciones y vínculos que ellos tejen a su alrededor, si se les otorga un lugar de responsabilidad relacional, será posible que ellos mismos identifiquen desigualdades sociales entre ellos y las personas que les rodean. Este nuevo enfoque pone la responsabilidad de la decisión en lo individual para resarcir los efectos colaterales de una adicción en lo grupal, en lo relacional, en lo social, en los vínculos cercanos. Esto implica cuestionarse internamente y ver con distancia el lugar de reconocimiento, prestigio o privilegio que se tiene cuando se nace hombre, para luego ver la forma de renunciar a ese lugar en pro de relaciones más justas y equitativas.

Algunos temas que pueden ser tratados en las sesiones grupales con hombres:

El siguiente esquema propone temáticas estratégicas a tener en cuenta en el tratamiento individual y grupal de hombres con conductas de juego problemático o patológico.

La propuesta toma como base distintos insumos sobre el trabajo con hombres en adicciones. Aunque la información disponible es amplia y variada por efecto del androcéntrismo en el tratamiento de las adicciones, pocos trabajos anteriores consiguen asociar factores de género con el inicio y mantenimiento de conductas adictivas.

El Modelo de Intervención con enfoque biopsicosocial y con perspectiva de género para el juego patológico o problemático no sólo reconoce la influencia de los roles de género en el inicio y mantenimiento de una adicción, en la forma como se vive a nivel individual, sino que también atribuye gran importancia a la esfera de lo relacional en todas las etapas de la vida.

Como han explicado ya Martínez-Redondo y Luján (2020) hay tres espacios de socialización que han de ser tenidos en cuenta en el trabajo sobre la masculinidad:



Esto aplica también para el caso de las adicciones y de las adicciones sin sustancia.

Con ese marco como contexto, teniendo en cuenta la importancia de explorar esos tres espacios de relaciones a lo largo de la vida, se plantean además propuestas temáticas en tres vías: en primer lugar, **las características que forjan la masculinidad** y frente a las cuales hay que hacer una reflexión crítica. En segundo lugar, **las creencias frente al juego**, que distorsionan la realidad de cada hombre y en tercer lugar, la reflexión sobre las relaciones que establecen consigo mismos y **la responsabilidad ética** que se espera en sus relaciones con otras personas para mitigar y reparar el daño generado por su problemática con el juego.

En la siguiente tabla aparecen algunos de los temas que pueden ser tratados para abordar esas tres esferas y relacionar la conducta problemática de juego con la construcción de la masculinidad. La explicación detallada de la tabla puede verse en el Anexo 2.

Tabla 1.

Temáticas sobre masculinidad, juego y vínculos

| | | | | | |
|--|---|---|---|--------------------------------|---|
| CARACTERÍSTICAS QUE FORJAN LA MASCULINIDAD. | Necesidad de mostrar la hombría. | CREENCIAS Y SESGOS CON RELACIÓN AL JUEGO. | El mito del dinero fácil. | CORRESPONSABILIDAD RELACIONAL. | La libertad. |
| | El uso de la violencia para resolver conflictos. | | El sofisma del resultado exitoso. | | Los cuidados. |
| | El conflicto interno con la debilidad / vulnerabilidad. | | La ilusión del control. | | El uso del tiempo ajeno. |
| | Los espacios de reafirmación masculina. | | Correlación ilusoria. | | El daño. |
| | La competitividad entre hombres. | | La fijación en las frecuencias absolutas o la memoria de la ganancia. | | El uso de los cuidados de otras personas. |
| | La mezcla de distintas conductas de riesgo. | | Atribución flexible. | | La pérdida de privilegios. |
| | | | Perder por poco o "casi gano". | | La paternidad y la conyugalidad. |
| | El azar tiende al equilibrio. | Los traumas. | | | |
| ESTRATEGIAS DE REFUERZO: | | | | | |
| Grupo de iguales como referencia positiva de comportamiento. | | | | | |
| Proyectos de cuidados con la gente que me cuida. | | | | | |
| Reciprocidad. | | | | | |
| Emociones éticas. | | | | | |
| Vínculos sociales sólidos aumentan la salud psíquica. | | | | | |

C. INTERVENCIÓN CON JÓVENES

La intervención con jóvenes también ha de incorporar la perspectiva de género. Este apartado presenta estrategias de atención diferenciada. No excluye los dos apartados anteriores sobre trabajo con hombres y con mujeres por separado, sino que lo complementa.

Algunos pasos previos:

- **En la medida de lo posible la acogida debería hacerla alguien joven:**

La Teoría del aprendizaje social dice que nuestro comportamiento y nuestra percepción de la realidad están condicionados por las percepciones que tienen las personas que nos rodean y que nos son importantes o afectivamente próximas (Bandura, 1986). Si las opiniones de la gente cercana pueden producir cambios de comportamiento en determinadas situaciones, la estrategia de acogida y tratamiento por pares puede generar mayor adherencia. Según el enfoque de pares, los mensajes son mejor recibidos cuando vienen de personas con las cuales logramos identificarnos de alguna manera.

Una de las conclusiones más reiteradas entre quienes acogen grupos es la necesidad de que sean personas jóvenes las que acojan a otras personas jóvenes, de forma que quienes vienen por primera vez a los grupos puedan sentir reflejada su experiencia. Eso no sucede en los grupos de jugadores de mediana y mayor edad. Sería importante incentivar la participación de colectivos jóvenes, no solamente de personas adultas rehabilitadas, básicamente porque las vivencias y consecuencias son diferentes según el momento vital en el que se encuentre cada persona.

- **Diseñe sesiones en las que participen hombres y mujeres, así como personas jóvenes y personas mayores como formadoras.** De esta manera es posible ofrecer distintos puntos de vista sobre los momentos vitales que atraviesan quienes inician una adicción a temprana edad y quienes han tenido recaídas a lo largo de su vida.
- **Terapeutas con formación en género:** La incorporación a los equipos profesionales de personas que tengan formación en cuestiones de género asegura el abordaje de temas que tienen relación directa con el inicio y mantenimiento de la adicción al juego. Como ya se ha dicho antes en este documento, el problema del juego no es un hecho aislado y está directamente relacionado con la construcción social del género.

Qué NO hacer en el trabajo con jóvenes:

- **El trabajo en grupos mixtos tiene menor efectividad:** No descarte trabajar en grupos separados, aunque crea que no tiene un número “suficiente” de personas para formar un grupo. Dos personas ya hacen grupo y si logra que se vinculen, además de su tratamiento podrán ayudar en el tratamiento de otras personas que lleguen posteriormente.
- **No limite la prevención a los ámbitos de educación formal:** Gran parte de las actuaciones preventivas frente al juego problemático tienen lugar en espacios de educación formal, no olvide otros espacios de educación no formal, u otros escenarios de socialización de las personas jóvenes: las peñas, las asociaciones juveniles, los grupos deportivos, pueden ser espacios de difusión de información.
- **Evite que los equipos de sensibilización y prevención estén compuestos exclusivamente por personas de mediana edad rehabilitadas.** Considere también la participación de personas jóvenes, quizás no en formato voluntariado solamente. La incorporación de personas jóvenes a los equipos de acogida puede ser una buena estrategia, independientemente de si se trata de jóvenes en rehabilitación o no.

Algunos temas que pueden ser tratados en las sesiones grupales con jóvenes:

- **Dé a conocer cifras reales del problema para evidenciarlo:** Según estudios comparativos, entre el 2 y el 13% de los jóvenes cumplirían con los criterios para ser diagnosticados por juego problemático (INJUVE, sin año). Estas cifras aumentan según la Federación Española de Jugadores Rehabilitados (FEJAR), que informó en 2018 que el 2% de sus intervenciones han estado dirigidas a menores de 20 años, y el 23% a personas entre 20 y 30 años.

Según cifras oficiales, el 52% de mujeres entre 14 y 18 años y el 54% de los hombres han apostado online en el último año (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021).

- **No olvide abordar la construcción de la masculinidad y de la feminidad:** esto es igualmente importante en los grupos de gente joven. No omita los temas ya citados en los Anexos 1 y 2, acomodándolos al momento vital de su grupo.

En general, las chicas juegan en menos ocasiones que los chicos y no se endeudan tanto como ellos ¿Por qué? Este es claramente un fenómeno influido por el género, y valdría la pena que los propios grupos de gente joven analicen a qué creen que se debe, si esto tiene que ver o no con cómo se toman la responsabilidad frente a otras personas, frente a sus familias.

En general, las mujeres entran más tarde al juego. Eso también hace que ellas permanezcan más tiempo jugando porque las alarmas no se encienden tan rápido como con un chico que desarrolla un juego compulsivo y acumula deudas más rápidamente.

Todos los aspectos epidemiológicos del juego pueden estar relacionados con el género y es importante que tanto hombres como mujeres jóvenes puedan identificarlo.

Recurra, por ejemplo, a la imagen de un jugador patológico y a la imagen de una jugadora patológica, a la imagen que se tiene desde fuera y a la imagen que cada quien tiene de sí; a cómo se entiende la habilidad para jugar, a cuáles son los motivos diferenciados para hacerlo.

- **El espejismo de la igualdad:** Es muy importante abordar este tema en cualquier intervención de mediano y largo plazo. El espejismo de la igualdad, como ya se ha dicho, impide que se aborden desigualdades estructurales. Buena parte de la población joven tiene claro que la situación actual de las mujeres en la sociedad supera positivamente y con creces la situación de discriminación de años atrás. Aunque es cierto que las condiciones han cambiado a nivel formal, aún queda mucho trabajo por hacer en los ámbitos de lo privado donde todavía tienen gran peso los estereotipos.

- **Las motivaciones para iniciarse en el juego y para decidir no jugar:** Esta también es una cuestión atravesada por el género. Como ya lo han demostrado otras investigaciones (Arostegui, 2021; Baño, 2021; Echeburúa, 2005) una de las razones de los hombres para cortar una sesión de juego es la pérdida de más dinero del que pensaban gastar, mientras que entre mujeres la motivación más común para cortar con una sesión de juego es el tener que cumplir con otras obligaciones. No se tiene la misma percepción en relación al dinero, ni a las consecuencias colaterales de la adicción sobre las personas del entorno. Este es también un tema a contemplar con jóvenes, entendiendo que es un tema mediado por la construcción del género.

La información que sigue a continuación es información general que sirve sobre todo en el ámbito de la prevención, pero que también puede ser útil en el momento de la intervención.

- **La Información debe ser veraz ¿Costes para quién y beneficios para quién?**

No sólo es necesaria la información sobre las consecuencias que puede suponer el juego patológico en la vida de una persona. Es importante también ofrecer información veraz sobre el negocio en torno al juego y las apuestas, la forma de operar de las casas de apuestas para ganar, los montos de dinero acumulados por los proveedores de juegos y apuestas y también las deudas acumuladas por personas de todas las edades que tienen problemas con el juego.

Combatir entre las personas jóvenes la idea de control del juego y centrar su atención en cómo y para qué se diseña el juego, explicando siempre que se trata de un producto de la industria con un interés claramente económico es muy importante. Las ganancias están pensadas para las casas de apuestas y no para quienes juegan, y los juegos están diseñados para que quienes juegan, pierdan dinero en el largo plazo, nunca para que lo ganen.

- **Las herramientas para el análisis crítico de la publicidad:** son muy importantes. Tanto en el ámbito del juego, como en muchos otros, la publicidad juega un papel fundamental. La publicidad en el juego interpela a personas jóvenes, amantes del deporte. Hasta ahora ha usado habitualmente a figuras masculinas como protagonistas, pero recientemente también las mujeres están siendo representadas como jugadoras con habilidad con el objetivo de promover su incursión en el juego. Es muy importante dotar de herramientas críticas de la imagen a las personas jóvenes, para que sepan la influencia que esas imágenes pueden tener en sus decisiones.

Las casas de apuestas y también los medios de comunicación hacen publicidad con figuras de gamers que hacen apuestas bajas para ganar grandes sumas de dinero. Estos casos son excepcionales, pero ampliamente difundidos para generar un sesgo de disponibilidad, que hace que sean casos fáciles de recordar, haciendo que borre de la memoria la cantidad de casos de personas que pierden mucho dinero y jamás lo recuperan.

- **El juego online aumenta el riesgo de infra detección del juego problemático:** Hasta hace un tiempo, la presencialidad en los salones de juego, las casas de apuestas, o los bingos, hacía que fuese menos difícil detectar conductas problemáticas frente al juego. La posibilidad de detectar a tiempo el problema del juego ha disminuido debido a que la práctica que se extiende cada vez más es la del juego online, lo que implica jugar desde casa, desde un dispositivo de uso personal y sin necesidad de frecuentar los sitios de juego presencial. Esto puede generar mayor asiduidad de juego y, en caso de que se genere una conducta problemática, posiblemente puede encarnar mayor riesgo de detección de la misma. Alerte sobre esto a las personas jóvenes en general y a las mujeres jóvenes en particular, pues el retraso en la detección influye directamente en el retraso para pedir ayuda cuando se trata de conductas de juego que pueden no ser problemáticas, pero pueden encarnar riesgo.
- **Promueva la desestigmatización:** El estigma que recae sobre las personas que tienen problemas con el juego, está afectando la posibilidad de que pidan ayuda. Este problema es más acuciante entre mujeres, que al ser víctimas de mayor estigma, tienen más dudas al momento de pedir ayuda. Hable del problema con las personas jóvenes, visible en dimensiones reales el peligro que puede encarnar el juego si no se controla y abogue por eliminar los prejuicios hacia las personas que tienen juego problemático, especialmente hacia las mujeres.

D. INTERVENCIÓN EN GRUPOS MIXTOS. QUÉ NO HACER.

Ya existe suficiente evidencia que da cuenta de la utilidad del trabajo en grupos separados, por las posibilidades que esto ofrece a la hora de trabajar cuestiones de género que difícilmente emergen en los grupos mixtos. Por esa razón, **este Modelo aboga por intervenciones en grupos NO mixtos.**

Sin embargo, si con toda la evidencia ya proporcionada en este Modelo y en otros estudios a nivel nacional e internacional, el trabajo en grupos mixtos sigue siendo una estrategia de tratamiento utilizada en su entidad, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones que pueden ayudar a reducir la exacerbación de las desigualdades generadas dentro de los grupos mixtos y contribuir a que más mujeres y personas jóvenes permanezcan en los tratamientos:

- **No asuma que un recurso mixto es un recurso inclusivo o igualitario.** Está muy extendida la idea de que, mientras no existan barreras explícitas, todo el mundo puede participar en igualdad del tratamiento en grupo. Que todo el mundo tenga derecho a entrar a un grupo, no lo hace inclusivo en sí mismo. La discriminación en la mayoría de las ocasiones no es explícita y cuesta esfuerzo reconocerla. Como ya se ha dejado claro, las intervenciones en grupos mixtos no permiten abordar cuestiones ligadas al género que afectan de manera distinta a mujeres y a hombres.

Episodios traumáticos que pueden tener relación con el juego problemático emergen en una charla grupal con mucha facilidad y espontáneamente cuando los grupos son conformados exclusivamente por mujeres. Esto no sucede cuando los grupos son mixtos. Los grupos mixtos suponen una pérdida de oportunidad para abordar temas que tienen conexión directa con el inicio de la adicción al juego de muchas mujeres.

- **No deje de cuestionarse y trabaje por identificar sus propias prácticas sexistas:** Todas las personas hemos sido educadas en contextos altamente androcéntricos y/o patriarcales y es difícil tomar consciencia de ello. Establecer relaciones personales menos desiguales es un reto cotidiano. Proponerse identificar las prácticas sexistas en la propia vida cotidiana toma tiempo y requiere de esfuerzo de auto-crítica, pero repercute positivamente en nuestras relaciones interpersonales y en los tratamientos que diseñemos. Requiere de valentía el tratar el tema de la igualdad sin reservas ni complejos, pero para esto, recurrir a las experiencias de la propia vida personal puede ser de gran ayuda.
- **Nunca inste a las mujeres a seguir su tratamiento por otras personas diferentes a ellas mismas.** Esto incrementa la culpabilidad y puede revertir negativamente en la adherencia, ya que las mujeres con problemas de juego suelen tener **minada la auto-estima y el peso del juicio de las personas cercanas en lugar de incentivarlas puede hundirlas mucho más.**

- **No asuma que en su grupo todo el mundo tiene la misma libertad para hablar siempre que quiera:** Diversos estudios vienen demostrando que en los espacios mixtos las mujeres suelen hablar menos que los hombres. Ellos hacen uso de la palabra mayor número de veces y por tiempo más prolongado. Mientras ellas suelen abstenerse de hablar con la misma libertad con la que lo harían en grupos conformados sólo por mujeres porque pueden sentir que sus problemáticas no son del interés del grupo, pueden sentir vergüenza de hacerlo, imaginan que, aunque ellas necesiten hablar, es probable que haya personas que puedan necesitarlo más, o simplemente porque no se van a sentir validadas hablando delante de hombres.

A priori nadie denunciaría que esto pasa, pero el hecho es que en grupos mixtos los hombres muestran tendencia a monopolizar el uso de la palabra y las mujeres suelen hablar mucho menos. Es importante que haya consciencia sobre esta práctica para posibilitar que ellas hablen.

Nosotros decimos que ya llevamos mucho tiempo y todo eso, pero si nosotros llegamos el primer día a la asociación y entramos y el grupo entero es de mujeres, y nosotros somos solos, yo creo que no me sentiría igual que llegando con el grupo lleno de hombres.

(Hombre, 33 años).

Parece posible deducir que las mujeres son conscientes de que, al acudir a tratamiento, van a encontrarse en un contexto masculinizado al que van a tener que adaptarse, renunciando a necesidades propias para encajar en una estructura que no está diseñada para ellas, ni para sus características ni sus necesidades" (Arostegui, Martínez-Redondo, 2021, pp 43).

E. TRABAJO CON LAS FAMILIAS / PERSONAS CUIDADORAS

Organizaciones como FEJAR o Vida Libre calculan que entre el 74% y el 78% de las personas que acompañan y apoyan los tratamientos de sus familiares son mujeres. La mayoría madres, parejas y hermanas (Castaños et al, 2020; Lamas et al, 2018)

“De ellas, el 45% presentaba trastornos emocionales y un 26% por ciento conductas inadecuadas o ineficaces para asumir y afrontar el problema de juego” (Castaños, 2020).

Diversos testimonios de hombres con problemas de juego dan a entender que, en muchas ocasiones, la persona de apoyo suele tener igual necesidad de soporte terapéutico para afrontar el problema de su familiar.

Es que me estaba acordando de esto que estamos diciendo ... que entramos todos un poco a la fuerza y me estoy acordando de lo que pasó hace unos días en mi asociación, que llega la presidente, llega la trabajadora social, llega la secretaria, y claro, llaman al teléfono. Lo cojo y era lo típico: una mujer, la mujer de un ludópata (que ya era la segunda esa semana) para saber si aquello era de juego, que llamaba por su marido, y que tal (...) Y lo que me llama la atención es eso, que siempre llama la mujer.

(Hombre, 33 años)

Si la mayor parte de las personas que acompañan y cuidan son mujeres y la mayor parte de las personas que entran en conductas problemáticas con el juego son hombres, esto significa que existe aquí también una brecha importante: los hombres ganan salud gracias al cuidado de las mujeres, pero las mujeres no ganan salud, sino que la pierden mientras cuidan a los hombres (Valls, 2008).

Todas las personas necesitan ser cuidadas, por tanto, las mujeres también. Cuidar es un rol, no es algo genético de competencia exclusiva de las mujeres, lo cual significa que tanto unas como otros pueden y deberían, aprender a cuidar. Es importante que los hombres vean esto y valoren el uso utilitario que hacen de los tiempos y cuidados de las mujeres de su entorno, así como las consecuencias sobre la salud física y mental que eso supone para la salud de esas mujeres e incluso para su seguridad económica. El aspecto de la disponibilidad incondicional, sin derecho a la reciprocidad (Covas, 2009 citada por Martínez-Rondo y Luján, 2021), por el que pasan muchas mujeres para sostener a sus familiares, es una posición injusta e injustificable. El trabajo con las familias debe tocar estos aspectos.



06

TRABAJO EN RED PARA LA UTILIDAD DEL MODELO



La multidimensionalidad de las causas por las cuales una persona se inicia en las adicciones sin sustancia y las mantiene, implica que las políticas públicas y acciones diseñadas para hacer frente a su tratamiento se aborden desde una perspectiva biopsicosocial e interseccional, pero además necesita de la acción de distintos sectores en coordinación.

Las acciones deben ser coordinadas entre distintos agentes con distintos valores, visiones e ideas frente al mismo problema. A mayor coordinación, más oportunidades de éxito de los tratamientos, ya que se plantean soluciones a distintos niveles de forma simultánea.

Además de la coordinación entre instituciones, debe haber otro nivel de acuerdo entre estas y la sociedad civil a nivel local y regional. Aunque las obligaciones son de titularidad y gestión pública, la estructura institucional necesita de la estructura civil para llegar a lo local y fortalecer los vínculos con las comunidades. En España este es un equilibrio delicado, considerando las competencias definidas a nivel estatal y de las Comunidades Autónomas en relación al juego.

Una red de atención integrada que cohesione los esfuerzos de los servicios especializados de atención a conductas adictivas, que a su vez estén interconectadas con otros servicios asistenciales como los de salud, educación, laborales y sociales, entre otros, puede estar apoyada por herramientas y protocolos comunes.

La Estrategia Nacional de Adicciones 2017 – 2024 tiene en cuenta y busca el cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que en su Art. 20 obliga a *“incorporar la perspectiva de género como marco analítico y a desarrollar las herramientas necesarias que permitan visibilizar, analizar y hacer frente a la diferente presentación y afectación de las adicciones en las mujeres y así poder hacer un mejor diagnóstico de la realidad, así como incorporar las necesidades y realidad de las mujeres en todas las acciones e intervenciones estratégicas”*.²⁰ Y además, hace referencia a conductas adictivas para contemplar el problema del juego y otras adicciones sin sustancia.

A continuación, se mencionan algunas indicaciones útiles para el trabajo intersectorial e integrado, desde una perspectiva biopsicosocial, de género e interseccional para la atención de las adicciones sin sustancia:

20 Estrategia Nacional Adicciones 2017 – 2024, pp 26. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf Consultado: 9 de agosto de 2022.

- **La familia y la comunidad son muy importantes en el trabajo individual:**

Un enfoque integrador pone el foco en las personas y sus entornos, favorece la participación en acciones de prevención y busca llegar a núcleos que puedan tener mayor riesgo. La integración de las familias en las acciones de prevención en lo local (institutos, grupos deportivos, asociaciones de vecinas y vecinos) puede ayudar a ver el problema en su dimensión real, además de promover un trabajo comunitario.

Los servicios y programas creados para la asistencia de las personas en situación de juego problemático / patológico no pueden funcionar a espaldas de la comunidad (RIOD, 2021) y deben favorecer y fomentar la autonomía de las personas en tratamiento.

- **Fortalecimiento de los canales de colaboración entre las administraciones públicas y las entidades del tercer sector.**

Para la atención a las adicciones sin sustancia es fundamental la colaboración de las administraciones del nivel local y nacional, a efectos de conseguir la homogenización de criterios para el diseño de políticas públicas que integren la participación de la sociedad civil, los estamentos de salud y educativo, las comunidades científicas y las organizaciones que trabajan en la atención al problema.

Además, en esa misma línea, es importante fomentar la corresponsabilidad de las administraciones públicas tanto en la planificación, como en el desarrollo de las acciones que se prevean, favoreciendo el consenso de distintos niveles y agentes.

Son las entidades del tercer sector las que vienen acumulando conocimiento y evidencia sobre el problema, por lo que las administraciones locales y del nivel estatal, deben estar en permanente comunicación con ellas, a fin de conocer la situación de primera mano.

- **Implicación de agentes e instituciones de distintos ámbitos para la prevención de la exclusión y la recuperación integral:**

Un protocolo de acciones coordinadas puede ayudar a fomentar itinerarios de recuperación integral mientras se contemplan los distintos ámbitos de la vida de las personas en rehabilitación: el acceso a un empleo digno, el acompañamiento psicológico, el apoyo educativo, son algunos de los ámbitos en los que es necesario el apoyo de las administraciones y las organizaciones. Otras circunstancias especiales, como el ser víctima de violencia de género, el no tener la situación habitacional asegurada en condiciones dignas, o el no tener la situación administrativa resuelta, entre otras, merecen atención especial por las vulnerabilidades que representan.

- **Promoción de la atención integrada:**

Es muy común que una persona que empieza su tratamiento termine por pasar de una institución a otra, en un periplo que, en muchas ocasiones, puede significar nuevas formas de vulnerabilidad. Es responsabilidad de las instituciones y las organizaciones, fortalecer su acción coordinada y no asumir que el “problema principal” está fuera del ámbito de acción o no es nuestra responsabilidad (RIOD, 2021). Esto suele ser frecuente en los casos de mujeres con adicciones y víctimas de violencia de género, mujeres en situación administrativa irregular, o mujeres con problemas de salud mental, que son víctimas, además, de la mala praxis cuando no se realizan intervenciones integrales y coordinadas. Esas situaciones merman los derechos de las personas y provocan dobles y triples estigmatizaciones que es nuestra responsabilidad evitar.

- **En el ámbito de la prevención juvenil son fundamentales los espacios de educación no formal y el apoyo de figuras pares:**

El juego es un espacio en el que la edad es muy importante por proximidad de las experiencias. Espacios deportivos, campamentos, actividades extraescolares, asociaciones juveniles, entre otros, son escenarios especiales no sólo para la prevención, sino como espacio colaborativo en el que se promueve la participación juvenil comunitaria.

Los espacios juveniles requieren atención y, además, pueden implicar a las personas jóvenes en acciones preventivas, de forma que los mensajes sean mejor recibidos por otras personas en la misma franja de edad.

Crear estrategias de aproximación a los espacios juveniles debe hacerse contemplando los espacios mixtos, pero también todos aquellos en los que están las mujeres jóvenes y los hombres jóvenes por separado.

- **El ámbito laboral y la prevención:**

Los sindicatos también pueden ser buenos aliados porque son la puerta de entrada a ámbitos laborales en los que las personas en edad adulta pueden necesitar más información para identificar patrones de juego problemático / patológico. Un trabajo integral implica la participación de todo tipo de espacios de participación social.

Aquí también es muy importante crear estrategias de aproximación que contemplen a empresas en las que trabajan hombres y mujeres, pero también aquellos sindicatos de oficios y profesiones altamente feminizadas y altamente masculinizadas.

- **El ámbito de la salud, desde sus distintas esferas de acción, debe poder contar con protocolos de atención integral.**

En este caso, los ámbitos de la atención primaria, además de la atención específica en salud mental, pueden ser espacios de detección y acompañamiento de las personas con conductas problemáticas de juego y juego patológico. Es muy importante que hagan parte de la cadena de prevención y que cuenten con información, pero también puedan sistematizarla. Los centros de salud urbanos y rurales, los centros de atención específica a la salud mental y las unidades de atención sin sustancia, creadas más recientemente, pueden crear valiosos puentes de comunicación y coordinación.

Los recursos necesarios para un trabajo integrado de atención en red serían:

| Componente |
|--------------------------------------|
| Recursos específicos de mujeres |
| Recursos educativos |
| Recursos específicos para jóvenes |
| Recursos de salud mental |
| Recursos laborales |
| Recursos sanitarios |
| Recursos sociales generales |
| Recursos judiciales y penitenciarios |

Cuando esos recursos específicos no existen, o existen, pero no cuentan con canales de coordinación y trabajo integrado, es importante que las instituciones a nivel del Estado generen los espacios de coordinación para la atención al problema, mediante la creación de secretarías técnicas o plataformas cuyo objetivo debe ser integrar la atención, y planificar acciones preventivas con arreglo a las normas, en las que el problema pueda ser visto de forma global, pero en permanente conexión con las experiencias locales. En estos espacios de coordinación deben estar representadas las entidades públicas, las organizaciones del tercer sector, las asociaciones conformadas por personas rehabilitadas de juego patológico, los ámbitos de salud, educación, empleo, cultura y todas aquellas entidades que han acumulado conocimiento, a partir de la investigación, que pueda arrojar luces para abordar el problema.

ANEXO 1

TEMÁTICAS A TRATAR EN EL TRABAJO CON MUJERES



ANEXO 1: Temáticas a tratar en el trabajo con mujeres.

Sobre las características de la feminidad:

La mayor parte de los tratamientos por juego patológico consideran el problema de forma individual y otorgan a lo social un peso residual.

La construcción del papel en el mundo está directamente influida por los roles de género. Uno de los puntos de partida básicos para la aplicación de la Perspectiva de Género al tratamiento del juego problemático es poder poner en evidencia esas conexiones entre los roles sociales y los problemas individuales que explican por qué, por ejemplo, los hombres inciden en mayor medida que las mujeres en conductas de riesgo.

Desde esta propuesta, no se considera a la masculinidad como un factor de riesgo, ni tampoco a la feminidad como un factor de protección en sí mismo, sino que se otorga gran peso a las relaciones que construyen hombres y mujeres entre sí. Dado que se trata de relaciones no simétricas ni igualitarias.

Ninguna persona podría explicar solamente mediante variables orgánicas aisladas su relación problemática con el juego y, aunque esta variable suele ser importante en muchos tratamientos, es indispensable considerar también el peso de las relaciones con otras personas y la influencia que los roles de género tienen sobre ellas.

“Llevo un año y nueve meses en rehabilitación, he tenido dos recaídas. (...) Además del juego llevo muchos años consumiendo cocaína y el jachís. Algo que a mí me está resultando novedoso, es que como toda mi vida he tenido problemas de actitud, mucha impulsividad, [estoy trabajando en...] conocerme un poquito más a mí misma, reconocerme y aceptarme como soy y demás. [Pero además...] me puse en manos de un psiquiatra. Y resulta que bueno, me ha mandado ahora un estabilizador y la verdad es que estoy súper bien. Hay que ver, que hayas tenido toda tu vida un desajuste químico en el cerebro que ha sido lo que te ha provocado estar siempre mal... Yo he vivido relaciones de maltrato psicológico en las que yo he sido víctima, e incluso que me llegasen a pegar, lo que pasa es que lo peor fue el maltrato psicológico. He aguantado millones de cosas y he vivido situaciones desagradables que no tienen por qué ser normalizadas, y sin embargo nunca nadie, ni de mi familia, ni nadie se había dado cuenta. Entonces la verdad que estoy contenta con el cambio, porque digo coño... yo estaba haciendo mucho trabajo personal, pero el trabajo personal yo veía que no llegaba, que siempre me quedaba corta, entonces bueno, quería compartirlo porque estoy muy contenta”

(Mujer, 38 años).

Teniendo en mente esta consideración sobre el peso de los factores sociales, a continuación, se abordan temáticas que pueden ser tratadas en los círculos de tratamiento compuestos por mujeres.

| | |
|--|--|
| CARACTERÍSTICAS QUE FORJAN LA FEMINIDAD. | La buena y la mala mujer. |
| | La falsa percepción de igualdad. |
| | La relación con el deseo de la maternidad, los abortos, y las relaciones filiales. |
| | Los cuidados. |
| | La aceptación de la vulnerabilidad. |
| | La relación con ellas mismas (la autoestima). |

- **La buena y la mala mujer:** Todas las actividades que sirvan para generar reflexión sobre roles y estereotipos son un buen punto de partida. Las situaciones cotidianas dan perfecta cuenta de lo que es valorable o reprochable en una mujer y del peso que puede suponerles el romper con los roles. Las mujeres jugadoras saben que cuentan con mala fama, no se les reconoce como habilidosas en el juego, más bien como viciosas. Desarrollar una conducta adictiva del tipo que sea, afecta a la imagen de las mujeres, que dejan de ser “buenas mujeres”.
- **La falsa percepción de igualdad:** Se trabajan dos mitos: el primero, el gran avance que ha tenido la sociedad en términos de igualdad a tal punto que “las mujeres ya están mejor que los hombres”. Y el segundo, la percepción de igualdad basada en la percepción de que las mujeres “ya pueden” hacer las mismas cosas que los hombres y ocupar los mismos lugares que tradicionalmente han sido exclusivos para ellos: desde ocupar altos cargos hasta emborracharse, jugar al fútbol, jugar a juegos de apuestas, o cualquier otra actividad en la que antes estaban mal vistas y “ahora no”.

- **La relación con el deseo de maternidad, los abortos, y las relaciones filiales:** La relación con el deseo de maternidad puede ser un tema recurrente entre mujeres jóvenes y mujeres de mediana edad que están cerca del límite de edad para la decisión de ser o no ser madres. Los abortos (voluntarios o espontáneos) pueden suponer entre algunas mujeres un debate interno de peso, que motive preocupaciones, frustraciones y culpas. Y las relaciones filiales suelen ser un tema de gran preocupación en general para todas las mujeres que son madres, por la gestión de la responsabilidad con las personas a cargo e incluso el modo en que gestionan sus apegos y son cuestionadas por ello. Puede que ninguno de estos temas sea relevante en el caso de los hombres.

Estos son factores sociales que determinan el rol y la subjetividad de las mujeres, y acarrear frustraciones y preocupaciones que inciden en el inicio, mantenimiento o recaída de la adicción al juego.

“Tuve tiempos en que me porté mal en mis momentos. No he consumido ni nada, simplemente me dio por el juego porque me vine abajo por una serie de circunstancias, sobre todo porque mi hija me aborreció de golpe” (Mujer, 69 años)

“Yo tuve un aborto, aborté yo porque yo quise, yo por ejemplo eso no lo he contado en el grupo. Creo que lo conté una vez en preliminar que era nueva. Entonces yo no veo que haya oportunidad, en mi grupo por ejemplo, que siempre estoy con hombres, porque yo soy sola mujer, que estoy muy contenta y demás, pero sí que es verdad que por ejemplo, cuando yo digo el tema de la ovulación, que a mí me afecta mucho porque me cambia mucho el carácter y demás, hay veces que lo digo y ellos se ríen todos, porque yo siempre les digo: vosotros, como no tenéis la regla, no sé qué, no sé cuánto, le pongo un poco de humor. Pero ese tema, que es el tema de quedarme embarazada o no, pues esos yo no los hablo”.

(Mujer, 40 años)

No lo hablo en terapia y siempre me quedo con la cosa, como si no lo fueran a entender, digo coño, el tema del aborto, por ejemplo, hablan de padres, de mis hijos, no sé qué...creo que no entenderían realmente lo que supone pa una mujer tomar esa decisión, o lo que yo sufrí después, o el sufrimiento que se puede tener...

(Mujer, 35 años)

- **Los cuidados:** La gran tarea pendiente “de las mujeres” que no se redistribuye socialmente con los hombres/la sociedad en su conjunto. Las consecuencias en la salud física y mental de cumplir con el rol de los cuidados a rajatabla y el peso que también acarrea el no cumplirlo a rajatabla.

- **La aceptación de la necesidad de pedir ayuda:** En el contexto del juego, se recurre a mensajes positivos dirigidos a aumentar la fuerza de voluntad y así evitar las recaídas. Aunque esto tiene efectos positivos en las personas, es importante que se reconozcan los eventos, lugares y momentos que hacen aflorar la posibilidad de recaída y la conexión que esto tiene con eventos traumáticos que la generan o la acrecientan. Y por esa misma vía, también es importante trabajar sobre la necesidad de aprender a pedir apoyo y ayuda sin sentirse juzgadas por ello, ayudándolas a identificar y trabajar cualquier tipo de culpa que generen hacia ellas mismas para combatir distintos tipos de violencias simbólicas que se ejercen contra las mujeres en situación de adicción al juego.
- **La relación con ellas mismas / la autoestima / la autopercepción:** Independientemente de las condiciones de cada mujer, el ciclo de la vida representa un sinnúmero de episodios en los cuales está puesto en cuestión nuestro amor propio. El tipo de relaciones que iniciamos, el por qué permanecemos, lo que nos pasa cuando intentamos implementar cambios internos, la opinión que tenemos sobre nuestro físico, la que creemos que otras personas tienen sobre nuestro físico, o todos aquellos “defectos” que una mujer “detesta de sí misma”, son aspectos a explorar en los tratamientos.

Sobre las creencias y sesgos con relación al juego:

Estos sesgos de percepción son muy importantes a la hora de tratar la problemática por juego. Aplica tanto para el caso de hombres, como de mujeres en edad adulta y juvenil, aunque con ciertas particularidades. Los sesgos citados se extraen del trabajo de Sandra Cuevas, de la Asociación de jugadores Rehabilitados de Valladolid (AJUPAREVA) y de los trabajos realizados por Hibaí López González.

| | |
|---|---|
| CREENCIAS Y SESGOS CON RELACIÓN AL JUEGO. | El juego como evasión. |
| | El mito del dinero fácil y el sofisma del resultado exitoso. |
| | Correlación ilusoria. |
| | La fijación en las frecuencias absolutas o la memoria de la ganancia. |
| | Atribución flexible. |
| | Perder por poco o "casi ganó". |
| | El azar tiende al equilibrio. |

- El **Juego como evasión**: cuando a las mujeres se les pregunta por la causa que motiva su incursión al juego problemático, en muchas ocasiones hacen referencia al juego como espacio de evasión. Eso no es nuevo, pero sí parece necesario reiterarlo para que sea una pauta a tener en cuenta para el diseño de intervenciones. Es fundamental abordar los problemas que motivan la evasión mediante el juego problemático.
- Un hecho importante es que las mujeres se endeudan en menor medida, lo que puede explicarse en parte porque no creen necesariamente en el resultado exitoso, no buscan prestigio y no ven en el juego una fuente de ingresos como sí pasa habitualmente entre los hombres. El **mito del dinero fácil** y el **sofisma del resultado exitoso** no son motivaciones muy habituales en las mujeres, pero cuando existen, deben ser tratadas.

- La **correlación ilusoria** es la conexión de dos eventos que en principio no tienen nada que ver, pero que se asocian para justificar un episodio adictivo, se parece a la superstición. Por ejemplo, si un día gané en una máquina e iba vestida de una forma, volveré a ir vestida de esa forma y a esa máquina para asegurar mayor posibilidad de éxito. Esto aparece tanto en hombres como en mujeres, y no parece estar especialmente influenciado por el género y sí por la tradición en cierta medida supersticiosa presente en la cultura española.

El listado de sesgos que se expone a continuación no necesariamente guarda correlación directa con el género, o tiene efectos diferenciados en hombres y en mujeres. Se trata de sesgos cognitivos, producto de y acrecentados por percepciones erróneas con relación al juego.

- **La fijación en las frecuencias absolutas o la memoria de la ganancia.** Es la atención primordial que se presta a las ganancias, olvidando por completo las pérdidas. O, lo que es lo mismo, el fijar la atención solamente en las veces en las que se gana, obviando por completo la cantidad de dinero perdido antes. Igual que el anterior, no parece estar especialmente influenciada por el género.
- **La atribución flexible:** este sesgo es el que hace que tendamos a atribuirnos la capacidad del éxito a nosotras mismas y hace que atribuyamos las pérdidas y fracasos a factores externos. Si pierdo es culpa de..., mientras que si gano es porque tengo mucha suerte o soy buena en ello.
- **El perder por poco o el “casi gano”:** en muchas ocasiones el haber perdido por poco representa un signo de aliento para seguir en las apuestas. Estar cerca de ganar se entiende como un llamado a la persistencia y, por ende, a la repetición del juego: “Estuve a punto de ganar. Lo voy a intentar otra vez, que seguro esta vez sí gano o ya me debe quedar poco para ganar”.
- La creencia de que **el azar tiende al equilibrio** y se autocorrigie. Se parece en algo al anterior sesgo, tiene que ver con la creencia de que el premio está siempre “a punto de llegar” y que es posible controlar las frecuencias en los juegos de azar. Por ejemplo, si ya ha salido muchas veces el color negro, es probable que pronto salga el color rojo y por tanto pueda ganar.

Sobre la corresponsabilidad relacional: :

Las relaciones con otras personas son, al fin y al cabo, una parte fundamental de la vida que ocupa mucho tiempo y espacio. La forma como asumimos ciertos valores hará que estemos más cerca o más lejos de otras personas.

Trabajar estos aspectos en los grupos de mujeres ayuda a que ellas analicen los vínculos que crean con otras personas. En muchas ocasiones el trauma, el daño, sumado al género, hace que las mujeres mantengan vínculos por encima de ellas mismas. Las personas nos construimos en relación con otras; trabajar estos aspectos en los grupos de mujeres pasa por analizar cómo se construyen los vínculos desde el género -la mujer se da a sí misma en la relación- (Lagarde y de Los Ríos, 2001; Martínez-Redondo, 2009) y es necesario que ellas analicen qué las hace mantenerse en relaciones que no son beneficiosas para su salud y equilibrio emocional. Poder analizarlo y tomar conciencia, permite que las mujeres puedan emprender procesos de recuperación de sí mismas, alejadas además de conductas (auto) destructivas como el juego problemático/patológico.

| | |
|--------------------------------|---|
| CORRESPONSABILIDAD RELACIONAL. | La libertad. |
| | La culpa. |
| | El daño. |
| | Los traumas. |
| | Las relaciones de pareja. |
| | La violencia física, psicológica y económica. |
| | La custodia de las hijas e hijos. |
| | Los apegos. |
| | Los apoyos. |

- El tema de **la libertad** Es un valor del que gozan más los hombres que las mujeres desde la infancia. Se premia a un niño “intrépido”, se penaliza a una niña que “va por libre”. En la edad adulta la libertad de los hombres se sostiene sobre la responsabilidad que asumen las mujeres frente a los vacíos/menos presencia que ellos dejan en la crianza, los cuidados, el trabajo, el sostenimiento económico, o cualquier otro espacio en el que el hombre se des-responsabiliza libremente.

La mujer, por su parte, no cuenta con esa “libertad”. Puede definirla de distintos modos, pero se expone a ser cuestionada cuando esa libertad pasa por “hacer lo que quiere” y/o estar menos presente en los cuidados y responsabilidades dentro de la familia.

- **La culpa:** Forma parte de la reparación del daño, pero no debe extrapolarse a cualquier situación. Aunque es importante que toda persona con problemas de juego asuma y repare los daños generados a las personas del rededor, este trabajo merece especial atención en los grupos de mujeres. Una cosa es gestionar la culpa por un robo o por el gasto de dinero de la compra. Y otra cosa es gestionar culpas relacionadas con el peso del género en la forma como se entiende la sexualidad, los vínculos, o cualquier otra situación, incluida la culpa por las conductas directamente relacionadas con el juego problemático (las mujeres suelen presentar unos niveles de culpa más altos que los hombres por la doble penalización precisamente por razón de género. Es importante trabajar la idea de que no son “malas mujeres”).
- **El trauma:** Distintos episodios traumáticos en la infancia, la adolescencia o la edad adulta tales como pérdidas, duelos no abordados, abandonos o abusos de los que han sido víctimas, no suelen asociarse a su conducta con el juego, ni con otras adicciones.

Sin embargo, no es menos cierto que en los grupos conformados por mujeres son habituales los relatos sobre abusos y violencias sexuales sufridas en cualquier etapa de la vida.

El Enfoque Del Trauma Reportado citado por Hansen (2020) aborda los traumas y la capacidad de afrontamiento ya que ésta incide directamente en el bienestar subjetivo de cada persona. De otro lado, el estigma que padecen las mujeres con adicciones las toca directamente y son un caldo de cultivo para el abandono de los tratamientos (Chen, 2020)

- **Las relaciones de pareja:** Las parejas son en muchos casos la puerta de entrada al juego patológico de muchas mujeres. A las mujeres se les suele atribuir la responsabilidad de la adicción al juego y de la adicción a las relaciones de dependencia con sus parejas. Pero no son cosas equiparables. En la segunda “adicción” median juegos de poder que generan posiciones subordinadas y dependencias, por eso no se puede hablar de adicción, sino de relaciones desequivalentes de poder. Nadie se vuelve adicto de los malos tratos, aunque la dependencia emocional sí puede darse entre personas con una consideración muy negativa de sí misma. El no entrenamiento de habilidades para gestionar los vínculos, o la poca capacidad para identificar los mitos del amor romántico y su efecto en las relaciones que construimos, hace que las relaciones de pareja puedan ser un factor que desincentive el control de la adicción. Es importante trabajar estos vínculos desde la ética recíproca.
- **La violencia física, psicológica y económica:** Será importante que las mujeres puedan identificar si están siendo víctimas de violencias ejercidas en su contra y en detrimento de su salud integral. Existen diversos recursos que ayudan en la detección y atención de las violencias de género en el contexto de las adicciones. Aunque muchos están en Inglés, ya existen en España importantes trabajos que abordan el tema. A continuación, una lista de materiales en ambas lenguas:
 - AROSTEGUI, E; Martínez-Redondo, P. *Mujeres y Drogas. Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*. Universidad de Deusto, Bilbao. 2018.
 - Arostegui-Santamaria; E. Martínez-Redondo, P; Moro, A. *Estudio exploratorio con perspectiva de género sobre factores asociados al juego patológico: la visibilización de las mujeres en el contexto tradicional y de las prácticas juveniles en el panorama tecnológico*. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), Madrid, 2021.
 - NAJAVITS, Lisa. *Finding Your Best Self, Revised Edition: Recovery from Addiction, Trauma, or Both*. The Guilford Press. 2017.
 - COVINGTON, Stephanie S. *Women and addiction: a gender responsive approach*. Clinician innovator’s series. Minnesota. Hazelden. 2007.
 - COVINGTON, Stephanie S. *Helping Women Recover: A Program for Treating Addiction*. San Francisco. Jossey – Bass. 2008.

- **La custodia de hijas e hijos:** La retirada de la custodia de hijas e hijos es más prevalente entre mujeres con adicciones a sustancias, que entre mujeres con adicción al juego. Esto tiene que ver con el hecho de que el juego es una adicción cuyos efectos no son rápidamente visibles, como sí sucede con las adicciones al alcohol o a las drogas. Sin embargo, existen muchos casos de co-morbilidad entre ambas conductas adictivas. Esta preocupación es comparativamente más común entre mujeres que entre hombres. Es extraño que esa preocupación aparezca en sus relatos, mientras en los de las mujeres son más frecuentes. Alrededor del tema se generan inquietudes y culpas que pueden convertirse en obstáculos a la adherencia.
- **Los apegos y los apoyos:** También han de tratarse en distintas situaciones. Las situaciones de falta de apoyo en el sostenimiento de sus tratamientos, por un lado. Y la decisión de apoyar, o no, a otras personas (hijas, hijos, parejas) en sus tratamientos por el otro.

Mi hija me dejó de hablar, me veía por la calle y me torcía la cara. No me hablaba. Fue una vez a una de las reuniones de familiares y luego se desentendió del tema. Esta asociación hizo conmigo una labor grandísima porque yo estaba sola.

(Mujer, 68 años)

Ellos sí me apoyan la verdad. Y yo, por lo que dice ella, yo no sabría si habría apoyado si hubiese sido al contrario, no. Mi exmarido era ludópata y alcohólico, y yo le había ayudado un montón de veces y mira que era maltratador también, Sin embargo, yo le hubiese ayudado, yo hubiese estado ahí. A ver, yo lo quería dejar porque yo no aguantaba el maltrato. Yo no lo dejé antes porque no tenía a dónde irme. Y tenía dos hijos. Aunque era siempre la misma excusa, era verdad (...) Intenté buscar la ayuda por él, también por mí, pero... yo creía que, ayudándole, él se recuperaba y me dejaba. Yo no quería estar con él, yo no quería ni de coña, vamos. Pero se ha hablado del juego si fuera nuestra pareja, pero y si fuera tu hijo..."

(Mujer, 59 años).

ANEXO 2

TEMÁTICAS A TRATAR EN EL TRABAJO CON HOMBRES



ANEXO 2: Temáticas a tratar en el trabajo con hombres.

Sobre las características de la masculinidad:

Estos 7 factores son sólo algunas de las pautas o contenidos de la masculinidad que funcionan como ritos o mecanismos de confirmación del ser hombre y que influyen en las relaciones que ellos crean con otras personas de su alrededor.

| | |
|---|---|
| CARACTERÍSTICAS QUE FORJAN LA MASCULINIDAD. | Necesidad de mostrar la hombría. |
| | El uso de la violencia para resolver conflictos. |
| | El conflicto interno con la debilidad / vulnerabilidad. |
| | Los espacios de reafirmación masculina. |
| | La competitividad entre hombres. |
| | La mezcla de distintas conductas de riesgo. |
| | |

Es importante tratar estos temas a partir de ejemplos de la vida cotidiana y desde una perspectiva de comprensión, no victimista, que les haga tomar consciencia de las condiciones en las cuales se forjan su auto-imagen y sus vínculos con otras personas.

No se trata de ponderar el peso / los costes que supone ser hombre en la sociedad por los “mandatos de género”, sino de entender el aprendizaje vital que supone ocupar una posición social de privilegio frente a lo femenino/las mujeres, y lo que ello implica respecto a la forma vivir la vida, las decisiones que se toman, la relación con uno mismo y las demás personas, etc. Forjarse un lugar desde una posición de poder, devuelve una imagen agrandada desde la cual se entiende el mundo cotidiano, y eso deja una marca de asimetría en la forma de relacionarse con el resto de las personas. El eje de análisis debe poner en el centro la identificación de lo masculino (construido en desequivalencia hacia las mujeres) dentro de las adicciones.

Sobre las creencias y sesgos con relación al juego:

Estos sesgos de percepción son muy importantes a la hora de tratar la problemática por juego. Aplica tanto para el caso de hombres, como de mujeres en edad adulta y juvenil, aunque para cada grupo hay pequeños cambios producto de su vivencia particular.

La información contenida en el siguiente cuadro es una composición derivada de dos recursos de apoyo. El primero de ellos, un trabajo reciente publicado por UNAD, que aborda la intervención con hombres en situación de adicción, desde la perspectiva de género (Martínez – Redondo y Luján- Acevedo, 2020) y el segundo entrevistas realizadas en el marco de este proceso de consulta a personas expertas.

| | |
|---|---|
| CREENCIAS Y SESGOS CON RELACIÓN AL JUEGO. | El mito del dinero fácil. |
| | El sofisma del resultado exitoso. |
| | La ilusión del control. |
| | Correlación ilusoria. |
| | La fijación en las frecuencias absolutas o la memoria de la ganancia. |
| | Atribución flexible. |
| | Perder por poco o “casi gano”. |
| | El azar tiende al equilibrio. |

- El **mito del dinero fácil** y el **sofisma del resultado exitoso** afectan especialmente a los hombres jóvenes que, guiados por la publicidad y por la experiencia de otros hombres, caen en creer que el juego es una manera factible y rápida de acumular dinero.
- La **ilusión del control** es otro sesgo importante para tratar en la terapia. También es más común entre hombres que entre mujeres. Se trata de alimentar la idea de que el resultado del juego no es debido al azar, sino a la propia habilidad. A esto también contribuye la publicidad.

- La **correlación ilusoria** es la conexión de dos eventos que en principio no tienen nada que ver, pero que se asocian para justificar un episodio adictivo. Por ejemplo, si un día gané en una máquina e iba vestido de una forma, volveré a ir vestido de esa forma y a esa máquina para asegurar mayor posibilidad de éxito.
- **La fijación en las frecuencias absolutas o la memoria de la ganancia.** Es la atención primordial que se presta a las ganancias, olvidando por completo las pérdidas. O, lo que es lo mismo, el fijar la atención solamente en las veces en las que se gana, obviando por completo la cantidad de dinero perdido que ha habido antes.
- **La atribución flexible:** este sesgo es el que hace que tendamos a atribuirnos la capacidad del éxito a nosotros mismos y hace que atribuyamos las pérdidas y fracasos a factores externos. Si pierdo es culpa de..., mientras que si gano es porque soy bueno en ello.
- **El perder por poco o el “casi gano”:** en muchas ocasiones el haber perdido por poco representa un signo de aliento para seguir en las apuestas. Estar cerca de ganar se entiende como un llamado a la persistencia y, por ende, a la repetición del juego: “Estuve a punto de ganar. Lo voy a intentar otra vez, que seguro esta vez sí gano”.
- La creencia de que **el azar tiende al equilibrio** y se autocorriges: tiene que ver con la creencia de que el premio está siempre “a punto de llegar” y que es posible controlar las frecuencias en los juegos de azar. Por ejemplo, si ya ha salido muchas veces el color negro, es probable que pronto salga el rojo y por tanto pueda ganar.

Sobre la corresponsabilidad relacional:

Este es el componente donde el enfoque de género relacional pone la mirada. En los relatos de hombres en tratamiento por juego patológico hay constantes que se entienden como hechos dados, que no se cuestionan porque forman parte de la realidad de partida. Ayudar a que identifiquen esas situaciones es fundamental para conseguir que sean ellos los encargados de fortalecer sus redes de apoyo de forma responsable y no utilitaria.

| | |
|-------------------------------|---|
| CORRESPONSABILIDAD RELACIONAL | La libertad. |
| | Los cuidados. |
| | El uso del tiempo ajeno. |
| | El daño. |
| | El uso de los cuidados de otras personas. |
| | La pérdida de privilegios. |
| | La paternidad y la conyugalidad. |
| | Los traumas. |

El tema de **la libertad** es un discurso que tienen muy interiorizado en todas las etapas de la vida. Es un valor del que gozan más los hombres que las mujeres desde la infancia. Se premia a un niño “intrépido”, se penaliza a una niña que “va por libre”. En la edad adulta la libertad de los hombres se sostiene sobre la responsabilidad que asumen las mujeres frente a la menor presencia o el vacío que ellos dejan en la crianza, los cuidados, el sostenimiento económico, o cualquier otro espacio en el que el hombre se des-responsabiliza libremente.

“Y, además, ya para terminar, yo siempre he pensado y sigo pensando que uno de los problemas que tenemos los ludópatas es que hay un momento que nos creemos más listos que nadie. Somos muy prepotentes, me gustaría que me hubierais conocido hace 21 años: “¿estos me van a decir a mi lo que tengo que hacer?” ...

(Hombre, 69 años)

Nos creemos los reyes del mambo porque en el mundo del juego es un mundo de engaño. Para mantenernos en ese mundo de engaño, mentimos. Para mentir lo que hace falta primero es mentirte a ti mismo, nos creemos nuestra propia mentira y nos creemos los reyes del mambo. Y bueno, una de las cosas que se queda por el camino cuando estás entrando en una adicción es la humildad.

(Hombre, 61 años)

Evidenciar la relación que existe entre esa “libertad” para abandonar su responsabilidad y la adicción al juego es importante para el mantenimiento de su red de apoyo. En los grupos de hombres éstos no hablan de no poder expresar miedo, ni de no poder llorar²¹. Hablan de que están en el problema del juego porque siempre han hecho lo que “les ha dado la gana”, sin límites.

- **La ausencia de consciencia sobre los cuidados y el uso de los tiempos ajenos:** Esta línea temática se aborda en la terapia grupal a partir de situaciones cotidianas de los propios participantes. El uso sistemático que los hombres hacen de los tiempos y cuidados de las mujeres se ve reflejado en los tiempos que dedica cada uno a las tareas de cuidados. La idea central es que la falta de corresponsabilidad en los cuidados hace que los hombres vivan a costa de los tiempos de las mujeres. Los cuidados de las mujeres incrementan la salud de los hombres, mientras para ellas supone una merma de la salud propia.

Yo me acuerdo lo que decían las abuelas: tú tienes que buscarte una muchacha buena y guapa, una muchacha que estudie y no sé qué. O sea, era como que, si había una muchacha que no estudiaba tanto, o el trabajo no era tan bueno, lo importante es que fuera muy buena

21 Se hace referencia a estos contenidos, porque son habituales como elementos de trabajo en los talleres de las denominadas “nuevas masculinidades”, y desde la propuesta que planteamos en este modelo, fundamentada en Martínez-Redondo y Luján-Acevedo (2020), ese tipo de contenidos no necesariamente conllevan trabajar desde perspectiva de género, es decir, una perspectiva en la que se abordan las relaciones des-equivalentes entre los hombres y las mujeres.

y formal. La abuela ya sabía que tú te podías desviar por el camino y que la muchacha buena, la muchacha centrada, era la que a ti te iba a reconducir. Entonces siempre es ese papel, es que la mujer va a centrar al hombre de sus pecados de juventud.

(Hombre, 31 años)

Para mí es igual, yo creo que además a los hombres nos viene bien que haya mujeres. Siempre proporcionan cierta tranquilidad en los grupos. A veces nosotros somos muy voceras, pero las mujeres siempre aportan cierta tranquilidad.

(Hombre, 64 años)

-
- **No sólo el pago de la deuda, sino la reparación del daño:** El asunto apremiante en las situaciones de juego problemático es el pago de las deudas, que suele ser el factor detonante para poner la adicción en evidencia. Las familias se movilizan para evitar que la deuda siga creciendo, lo que genera innumerables conflictos al interior de los núcleos familiares y las amistades y resquebraja las redes de apoyo. La persona que juega debe ser consciente de su responsabilidad en el desgaste de esos vínculos y, en la medida de lo posible, debe hacer por repararlos.

Admitir el daño es importante, pero no suficiente. En muchas ocasiones los hombres hablan del daño generado como algo que “ya pasó”, sin mirar de cerca las consecuencias que eso genera en las personas cercanas.

Porque tiene un desgaste que al final, como tú recaigas una, otra y otra vez al final te quedas solo. No es lo mismo que si tienes un tumor que te recuperas y dentro de 10 años vuelve a aparecer, y la persona que está ahí la persona que estaba vuelve a aparecer pal segundo, el tercero, el cuarto y el quinto, pero en esta enfermedad no. En esta enfermedad tú recaes una vez y yo ya te digo que yo he tenido las maletas en la puerta, pero yo estoy seguro que mi mujer sabe que esto es una enfermedad porque lleva conmigo 5 años, y si recaigo las maletas me las pone en la puerta de forma definitiva porque ya sería la tercera.

(Hombre, 33 años)

- **La desgana de levantarme del sofá:** Los hombres están en una posición cómoda, consciente o inconscientemente, sienten que son por defecto receptores de los cuidados de las mujeres de su alrededor, sin ninguna intención de reciprocidad. Son ellas las que organizan las logísticas de cuidados y ellas las que ponen su tiempo y energía para conseguir el bienestar de ellos. En general, los hombres no piensan que lo justo es que ellos puedan hacer por otras personas, lo que sí esperan que otras personas hagan por ellos. Hay una simetría defectuosa, pero no piensan en cambiarla porque no están del lado menos favorecido.
- **La paternidad y la conyugalidad:**

"Iba todos los días, menos sábados y domingos que no tenía excusa en casa"

(Hombre, 69 años)

La paternidad y la conyugalidad no dejan de ser vínculos importantes y bien valorados. En los relatos de hombres jugadores se reconoce el arrepentimiento por el desgaste de esos vínculos como consecuencia del juego problemático.

En general, las relaciones de pareja representan un apoyo importante en el manejo de la adicción cuando existen y no se quiebran por el camino. Las relaciones con hijas e hijos se descuidan en edades infantiles y se "retoman" en edades más avanzadas, siempre con consecuencias difíciles de superar por el cambio de roles que conlleva (Las hijas y los hijos en edades más avanzadas pueden ocupar el lugar de cuidados y apoyo a tratamiento de padres jugadores).

Ambos vínculos terminan directamente golpeados por el problema del juego, pero en pocas ocasiones hay trabajo terapéutico que vaya en la vía de fomentar vínculos éticos, reparación del daño y la reciprocidad emocional. No se trata sólo de cuidarse, sino de cuidar a otros. "Te están cuidado, eso supone un desgaste ¿Tú qué ofreces a cambio?" puede ser una pregunta a trabajar para pensar en la reciprocidad.

- **El trauma:** Este no es un tema presente en todos los relatos de hombres con problemas de juego. Aunque existan episodios traumáticos (pérdidas, duelos no tramitados, abandonos, abusos de los que han sido víctimas) estos no suelen asociarse a su conducta con el juego, ni con otras adicciones. La mayoría de ellos relatan ser “personas normales” que nunca pensaron que podrían caer en el juego y las apuestas.

Mira, yo no sé por qué empecé a jugar. No sé quién dijo que le remordía la consciencia, imagínate yo que le robé a mi madre, imagínate yo que le robé a la empresa, que robé el dinero de la boda de mi hijo mayor, robé el dinero de la universidad del pequeño, ¿Cómo pude yo llegar a esos extremos? ¿Cómo podemos llegar gente normal a esos extremos? Y no me vale decir que no sabíamos lo que hacíamos. Yo sabía lo que hacía. Yo sabía que tenía un problema. Sabía que era ludópata. Sabía qué era la ludopatía.

(Hombre, 62 años)

De hecho, creen que hablar de los traumas puede ser una coartada para justificar el problema del juego que, en principio, para ellos, “no tiene ninguna justificación”. Esto puede ser un pinto positivo, los eventos traumáticos no son una coartada, pero si existen y son relatados, en las terapias individuales o grupales la persona que acompaña el proceso debe estar en capacidad de contenerlo. Si no es así, será necesario que busque apoyos.

- **Las violencias:** Es MUY IMPORTANTE trabajar con los hombres la prevención de todo tipo de violencias habitualmente ejercidas hacia las mujeres. Es necesario ver de forma crítica las actitudes y creencias en torno a ellas, a su papel en la vida de cada uno. En un proceso terapéutico posiblemente éste no sea el primer tema a tratar, pero a lo largo de las sesiones será necesario abrir espacio a que se trabajen las relaciones con las mujeres y las violencias más comúnmente ejercidas contra ellas.

El contexto de angustia y presión derivado de las deudas adquiridas por el juego, incrementa las posibilidades de que se ejerzan violencias hacia las mujeres. Esto debe ser tenido en cuenta por los hombres que trabajan con hombres y por los hombres en terapia como mecanismo de prevención.

BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

ALTELL, G. La prevención de la violencia contra la mujer asociada al abuso de alcohol y otras drogas. Ponencia presentada en el IX Congreso sobre violencia contra la mujer. Alicante. En: <https://www.generoydrogodependencias.org/2011/11/27/intervencion-especifica-con-mujeres-drogodependientes-que-sufren-violencia-en-la-pareja/>

ANTONS, Stephanie; Matthias Brand. Neurobiology of cue-reactivity, craving and inhibitory control in non-substance addictive behaviors. *Journal of Neurobiological Science*. Volumen 415, Agosto de 2020.

AROSTEGUI, Elisabete y González de Audikana, JM. (Eds.) *Perspectiva de Género en la intervención en drogodependencias*. Bilbao, Universidad de Deusto. 2016.

AROSTEGUI y Martínez-Redondo. *Mujeres y Drogas. Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*. Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto, Bilbao. 2018.

AROSTEGUI - Santamaria; E. Martínez-Redondo, P; Moro, A. (2021). Estudio exploratorio con perspectiva de género sobre factores asociados al juego patológico: la visibilización de las mujeres en el contexto tradicional y de las prácticas juveniles en el panorama tecnológico. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), Madrid

BANDURA A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1986.

BAÑO, Marta; Roser Granero; *Women and gambling disorder: Assessing dropouts and relapses in cognitive behavioral group therapy*. *Addictive Behaviors*. Volumen 123. Diciembre de 2021.

BICEGO, B. (2002). When a woman's best friend is doing her harm. *Aboriginal and Islander Health Worker Journal*, 26(5), 7.

BONINO, Luis. *Salud, Varones y Masculinidad*. Ponencia presentada a las Jornadas sobre Mainstream en Salud y organizadas por la OMS-Europa. Septiembre de 2001. Disponible en: <https://vocesdehombres.files.wordpress.com/2008/10/salud-varones-masculinidad.pdf>

BONINO, Luis (2008) *Hombres y violencia de género. Más allá de los maltratadores y factores de riesgo*. Ministerio de Igualdad. Gobierno de España.

BOTELLO, Luis (2017) Análisis del "enojo" del varón en el contexto de la violencia contra las mujeres para trazar un marco de construcción de responsabilidad. *Masculinidades y cambio social*, ISSN-e 2014-3605, Vol. 6, N°. 1, 2017 págs. 39-61.

BOUCHARD, Amy; Dickler, Maya. Brain morphometry in adults with gambling disorder. *Journal of Psychiatric Research*. Volumen 141, septiembre de 2021, pp 66 – 73.

BROOKER, Dawn. *Atención centrada en la persona con demencia. Mejorando los recursos*. Traducción de Elena Cavero Mariné. Ediciones octaedro. Diciembre de 2013.

BURGOS, Ana. *Miradas Feministas al abordaje de drogas. Guía breve para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de las drogas*. Proyecto MALVA. Barcelona, 2020.

CASTAÑO Ruiz, Violeta. La atención a la problemática conjunta de drogodependencias y violencias de género en la población de mujeres. Fundación Atenea, Madrid, 2009.

CANTOS, Raquel. Incorporación de la perspectiva de género en la planificación sobre drogodependencias. Diagnóstico y recomendaciones. Fundación Atenea, Madrid, 2015.

CANTOS, Raquel. Hombres, Mujeres y Drogodependencias. Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas. Fundación Atenea, Madrid, 2016.

CASADO, Elena y Fernando García Selgas. Violencia en la pareja: género y vínculo. Madrid. Talasa Ediciones. 2010.

CASTAÑOS, Antonio; López, José Gabriel; Martínez-Redondo, Patricia; Martínez-Perza, Carmen; Molina, Cristóbal; (2020). Diagnóstico de la regulación del juego de apuestas en el ámbito europeo, estatal y autonómico y su repercusión psico-socio-laboral. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), Madrid.

CHEN, Agnes. Starlings Community. Disponible en: <https://tam-70305.medium.com/starlings-community-5d5b5650b07c>

COVAS, Susana (2009). Hombres con valores igualitarios: historias de vida, logros alcanzados y cambios pendientes. Madrid: Ministerio de Igualdad, Gobierno de España.

COVINGTON. S; Cynthia Burke, Sandy Keaton & Candice Norcott (2008) Evaluation of a Trauma-Informed and Gender-Responsive Intervention for Women in Drug Treatment, Journal of Psychoactive Drugs, 40:sup5, 387-398, DOI: 10.1080/02791072.2008.10400666

COVINGTON, S. Becoming Trauma Informed. A Training for Staff Development. 6th edition, La Jolla Ed. CA. Center for Gender and Justice. 2020.

DEL MORAL, Beatriz (2008) "Marco teórico" en Farapi, S.L. Cómo introducir la perspectiva de género en los proyectos de drogodependencias. I Jornada de la Comisión de Género del Gobierno Vasco.

ECHEBURÚA, E. & Irureta, M. (2005). Perfil psicopatológico diferencial de las mujeres ludópatas. Implicaciones para el tratamiento. Análisis y Modificación de Conducta, 31(139), 539-555

FARAPI, Drogas y Género, Gironduz – Emakunde. 2009.

FAUSTO-STERLING, Anne (2001) Cuerpos sexuados. La política del género y la construcción de la sexualidad (2006) Santa Cruz de Tenerife: Melusina.

FEJAR, Guía Clínica Específica. Mujer y Juego. 2018. Disponible en: <https://fejar.org/que-hacemos/publicacion/>

GONZALEZ-ORTEGA, I., Echeburua, E., de Corral, P., y Polo-Lopez, R. (2015). Pathological gambling: Clinical gender differences. In M. Saenz-Herrero (Ed.), Psychopathology in women (pp. 713–726). Switzerland: Springer.

GRANT, Jon E; Brian L. Neural and psychological underpinnings of gambling disorder: a Review. Progeress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. Volumen 65. Febrero de 2016, pp 188 – 193.

GUPTA, R. y Derevensky, J. L. (1998). An empirical examination of Jacobs' General Theory of Addictions: Do adolescent gamblers fit the theory? *Journal of Gambling Studies*, 14, 17–49.

HANSEN Rodríguez, Gisela. Mujeres en comunidades terapéuticas de adicciones: perfil psicosocial, prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja y barreras en el tratamiento. Tesis doctoral del Programa de Psicología de la Salud y del Deporte. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. Julio de 2020.

IBÁÑEZ Cuadrado, A. (2014). Impulsividad, diferencias de género y patología dual en el juego patológico. *Revista de Patología Dual*, 1(2), 8.

INJUVE, Juventud y Juegos de azar. Una visión general del juego en los jóvenes. NIPO: 684-18-021-5. 2020. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7592_d_Juventud-juegosazar.pdf

Instrumento Común Estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud. Observatorio de Salud de las Mujeres. Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. Acceso en: https://www.sanidad.gob.es/fr/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Doc_Aprobado_CISNS_Instrum_Estandariz_Detec_Temprana_VG_1Dic2021_OSM.pdf

LAMAS et al. (2018) Mujer y juego. Guía Clínica específica. FEJAR.

LÓPEZ González, Hibai. Alicia Rius Buitrago e Isabel Soriano Villarroel. Dificultades en el tratamiento del juego online: recomendaciones de profesionales y personas atendidas. Red UNAD, Diciembre de 2019.

MARTÍNEZ Redondo, Patricia. Extrañándonos de lo normal. Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes. Instituto de la Mujer, 2009.

MARTÍNEZ - Redondo, Patricia; Luján-Acevedo, Fabián. Hombres y Adicciones. Intervención desde perspectiva de género. Madrid: UNAD. 2020.

MARTÍNEZ – Redondo, Patricia. La Perspectiva de género en el ámbito de las Drogas y de las adicciones. Recursos y experiencias para promocionar y consolidar su aplicación integral. RIOD, 2021.

MARTÍNEZ-Redondo, P. y Arostegui Santamaría, E. Situación en España de la violencia de género y el abuso de sustancias. Revisión de la evidencia y propuestas para el abordaje conjunto de la violencia de género y el abuso de sustancias en los servicios de atención. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021

NAJAVITS, L. Finding your best self: recovery from addiction, trauma, or both. The Guilford Press. Ed. 2022.

NATHAN, T.M; Huneke, Samuel R. Diverse Predictors of Treatment response to active medication and placebo in gambling disorder. *Journal of Psychiatric Research*. Volume 144, December de 2021, pp 96-101.

OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES, Informe sobre adicciones comportamentales 2021. Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas sobre drogas y otras adicciones en España. EDADES – ESTUDES. <https://pnsd.sanidad.gob.es> . Ministerio de Sanidad. 2022.

POTENZA, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Wu, R., Rounsaville, B. J., y O'Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problema gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1500-1505.

ROGERS, C. (1965). La relación terapéutica: Investigación y teoría recientes. En *Desarrollo del potencial humano*, (pp.155-169). México: Trillas

ROMANÍ, O. Un enfoque de salud pública en materia de drogas. De la locura a la enfermedad a la promoción de la salud colectiva. Madrid, RIOD, 2018.

SLUTSKE, Wendy. Genetic and environmental influences on disordered gambling in men and women. *Arch Gen Psychiatry*, 2010; 67 (6), pp 624 – 630.

VALLS Llobet, Carme. Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Revista Feminismos/s*, No. 18, diciembre de 2011, pp 281 – 290.

VALLS Llobet, Carme. La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad. Ponencia presentada en el Congreso "Innovar para la Igualdad" organizado por EMAKUNDE, octubre de 2008.

VALLS Llobet, Carme. *Mujeres Invisibles*. Random House Mondadori. 2008.

VÁZQUEZ Fernandez, María Josefa. *Ludopatía y Mujer: un análisis desde la perspectiva de género*. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla (2012)

VELASCO, Sara. Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. *Revista Feminismo/s*, diciembre de 2007, pp 111- 131.

WHO. The epidemiology and impact of gambling disorder and other gambling-related harm. Discussion paper developed for the WHO Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours, 26-28 June 2017.

WOLFGANG, A. K. (1988). Gambling as a function of gender and sensation seeking. *Journal of Gambling Behavior*, 4(2), 71-77.

UNAD

La red de atención a las
adicciones

unad@unad.org

unad.org

UNAD

La red de atención a las adicciones

C/ Cardenal Solís, 5 local 2
28012 Madrid

91 447 88 95
unad@unad.org

ISBN 978-84-09-48407-2



9 788409 484072 >