

# Protocolo de adaptación de tratamiento a circunstancias excepcionales



Financiado por



SECRETARÍA DE ESTADO  
(E. SANIDAD)  
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO  
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



Federación  
Española  
de Jugadores  
de Azar  
Rehabilitados



Este documento ha sido realizado por la **Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados**. Forma parte del programa: **“PROTOCOLO DE ADAPTACIÓN DE TRATAMIENTO A CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES”** financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, mediante la Convocatoria de ayudas económicas a entidades privadas sin fines de lucro y de ámbito estatal, con cargo al Fondo de Bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados, para la realización de programas supracomunitarios sobre adicciones.

## **RESPONSABLE DEL PROYECTO**

Juan José Lamas Alonso  
Director Técnico de FEJAR

## **COORDINACIÓN DEL PROYECTO**

María Virtudes Micó Valero  
Trabajadora Social. Secretaría Técnica de FEJAR

## **SUPERVISIÓN Y FINANCIACIÓN**

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas

## **EDITADO POR**

Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados  
C/ Pasteur, 30 bajo  
15008 A Coruña

**900 200 225**

**www.fejar.org**

e-mail: fejar@fejar.org

A Coruña. Junio 2021

**Diseño y maquetación:** Simbiosystems, S.L.

Incluido en el Programa "PROTOCOLO DE ADAPTACIÓN DE TRATAMIENTO  
A CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES".

D.L.: .....

Reservados todos los derechos. Prohibida la reproducción, almacenamiento, grabación  
o transmisión total o parcial de esta obra por cualquier medio sin autorización escrita  
del editor.

## RELACIÓN DE AUTORES/AS

**Ana Estévez Gutiérrez.** Profesora Titular de la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto, Bilbao.

**Laura Macia Guerrero.** Personal Docente e Investigador de la Universidad de Deusto, Bilbao.

**Illargi Zarate Orio.** Docente en el Máster de Psicología Sanitaria de la Universidad de Deusto, Bilbao.

**Amaia Mauriz-Etxabe.** Directora del Instituto Bios, Psicoterapia Integrativa de Bilbao.

**Arantxa Gorostiaga Manterola.** Profesora Titular del Área de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universidad del País Vasco.

**Rosana Santolaria Gómez.** Coordinadora del Departamento de Psicología de FEJAR y Responsable de Terapia Online de FEJAR.

**Juan José Lamas Alonso.** Director Técnico de FEJAR, Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados.

**Lucía Fernández López.** Trabajadora Social de FEJAR, Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados.

**Nerea Rodríguez Ahedo.** Graduada en Psicología. Máster en Psicología General Sanitaria. Investigadora en la línea de "Adicciones sin sustancia y procesos cognitivo-emocionales y relacionales asociados en la Universidad de Deusto.

**Amaia García Barandiaran.** Graduada en Psicología. Máster en Psicología General Sanitaria. Investigadora en la línea de "Adicciones sin sustancia y procesos cognitivo-emocionales y relacionales asociados en la Universidad de Deusto.

## RELACIÓN DE COLABORADORES/AS

**Laura Fuentes García.** Trabajadora Social. Responsable de la UPCCA de Villena.

**Henrique Lopes.** Pertenece al Instituto de las Ciencias de la Salud, Universidad Católica Portuguesa.

**Pilar Morcillo Sánchez.** Secretaria Técnica de Drogodependencias, de la Dirección General de Salud Pública, Junta de Extremadura.

**Sandra Cuevas.** Psicóloga sanitaria de la Asociación de Jugadores Patológicos Rehabilitados de Valladolid, AJUPAREVA.

**Dionisio García Osuna.** Psicólogo de la Asociación Sevillana de Jugadores de Azar en Rehabilitación, ASEJER.

### Agradecimientos:

En este año tan complicado para toda la humanidad, viéndonos sorprendidos por un virus desconocido que transformo nuestras vidas, pero también que nos permitió aprender y valorar la acción humana y el valor de la solidaridad, FEJAR presenta esta adaptación al Protocolo de Tratamiento que utiliza en los Centros integrados en nuestra Federación.

Si en un primer momento todo era nuevo y había que adaptarse, sí o sí a los continuos vaivenes de la crisis sanitaria y económica, pretendemos con este trabajo poner en valor la adaptabilidad de nuestra institución para con gran derroche de recursos humanos seguir realizando la labor que venimos haciendo dese hace 30 años.

30 años de empatía, 30 años de profesionalidad, 30 años de generosidad social. Nunca pudimos imaginar allá por 1991 esta trayectoria sin descanso y consiguiendo cada día posicionar el tratamiento por trastorno de juego en la lanza de la superación individual y familiar de tantas familias, muchas veces silenciadas y reprimidas en su falta de salud integral. (Perdón por irnos del tema, pero queremos celebrar también nuestro Aniversario a lo largo de todo el año y de los materiales que realicemos).

Este protocolo es fruto del análisis minucioso de la actividad de nuestros centros en el trascurso de este año (15/3/2020 al 15/3/2021). Y la aportación de especialistas que nos permiten reflejar las consecuencias del COVID 19 en todos los sectores de población.

No seríamos agradecidos si no nos felicitáramos de la ayuda que el Plan Nacional sobre Drogas nos viene aportando estos últimos años con la inyección económica que posibilita este trabajo. Infinitas gracias por esa sensibilidad traducida en recursos.

Agradecer también a todas las autoras de este Protocolo por su dedicación y su generosidad al compartir con nosotras toda su experiencia y sabiduría.

Por supuesto a todas las personas técnicas de las Asociaciones de FEJAR por dejarnos entrar en su casa y aportarnos los datos cuantitativos y cualitativos que inspiran este Protocolo.

A todas las personas pacientes/familiares/voluntarias que están integradas de alguna manera en FEJAR. Nuestro infinito agradecimiento, porque sois los que nos hacéis trabajar donde estamos a gusto y sois nuestros maestros en la búsqueda de la verdadera rehabilitación...

No podemos terminar esta presentación sin dos recomendaciones básica e imprescindibles a fecha de hoy:

**QUIDAROS MUCHO, Os/Nos DEBEMOS UN ABRAZO ENORME.**



# ÍNDICE

## **1. SITUACIÓN COVID**

## **2. COVID Y SALUD MENTAL**

## **3. SITUACIÓN EXCEPCIONAL Y ADICCIONES**

3.1. Adicciones en general

3.2. Adicciones comportamentales

3.2.1. Mujeres

3.2.2. Menores

3.2.3. Tercera Edad

## **4. RETOS DE FUTURO**

## **ANEXOS**

# 1. SITUACIÓN COVID

## Introducción y justificación del protocolo

En España, la tasa de prevalencia de la ludopatía, incluyendo en ella la dependencia al juego y el juego problemático, oscila entre el 2% y el 3% de la población adulta (DGOJ, 2014). Estos datos son similares a los obtenidos en otros países (Lorains, Cowlissahaw y Thomas, 2011). El trastorno por juego implica la pérdida de control, la dependencia emocional, la tolerancia y la interferencia grave en la vida cotidiana; las personas con problemas de juego, a su vez, se caracterizan por presentar dificultades en el funcionamiento diario (manejo del dinero, deudas contraídas, mentiras, aislamiento social, relaciones con la pareja, etcétera) debidas al juego, pero sin mostrar todavía los criterios diagnósticos de la ludopatía.

A diferencia de otras conductas adictivas, el trastorno por juego se distribuye por todas las clases sociales y por todas las edades. No obstante, la edad de acceso al juego ha descendido en los últimos años, de tal forma que cada vez son más los/las adolescentes que buscan tratamiento por problemas de juego.

La presencia incontrolada de máquinas tragaperras en bares y lugares de ocio, junto con la oferta abundante de bingos, casinos y de los juegos más tradicionales (quinielas, loterías, cupones, carreras de caballos, etcétera), así como de las casas de apuestas y del juego on-line, ha hecho aumentar considerablemente la oportunidad de juego, así como los problemas relacionados con el mismo. La indefensión ante esta avalancha de juegos con apuestas afecta especialmente a los/las adolescentes y a las personas más vulnerables psicológicamente.

Tanto en FEJAR como en las asociaciones, somos conocedores de ofertas de juego realizadas por operadores online a través de redes sociales y vía telefónica que, en una situación excepcional, han producido un aumento del juego online, cuyas consecuencias comprobaremos a lo largo del tiempo.

Dentro de la labor preventiva que realiza la Federación se ha intentado optimizar nuestros recursos en las diferentes páginas y redes sociales de FEJAR, para aportar a toda la familia recursos didácticos, recomendando actividades para todos sus miembros, con un ocio saludable y familiar, con la finalidad de que esta situación excepcional evitara el mayor número de abandonos y recaídas posibles.

Ante una situación excepcional y extraordinaria como es la que hemos vivido y estamos viviendo en estos días como consecuencia de la epidemia por el COVID-19, se están manifestando en la población en general y agravando en las personas que ya las padecían, emociones como angustia, incertidumbre ante lo desconocido, ansiedad, estrés, disonancia cognitiva entre el entendimiento y aceptación de lo que hay que hacer (quedarse en casa) y la dificultad para llevarlo a cabo (sentimiento de pérdida de libertad).

El proceso de rehabilitación para las personas afectadas, así como para las terapias de los/as familiares, durante el confinamiento se ha visto afectado como consecuencia de esta situación, impidiendo en la mayoría de los casos, avanzar en el proceso de deshabitación del juego y, por otro lado, impedir que las asociaciones pudieran desempeñar su trabajo correctamente, por falta de espacio, así como de medios.

Por todo ello, desde FEJAR hemos considerado necesario contar con la elaboración de una adaptación del protocolo de tratamiento por trastorno de juego a situaciones excepcionales que pueda aplicarse en todas sus entidades.

El origen multicausal de las conductas adictivas, y las diversas áreas y facetas personales que suelen verse afectadas por las mismas, hace necesario plantearse un abordaje del problema desde una perspectiva integradora, que ponga en juego diferentes disciplinas y profesionales de forma que puedan contemplarse los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ocupacionales de cada paciente. Dada la complejidad de la intervención interdisciplinar, se hace necesaria la existencia de protocolos de actuación para las distintas áreas profesionales, siendo en este caso en situaciones excepcionales, a fin de promover la coordinación en las intervenciones terapéuticas y sabiendo cómo actuar frente a distintos escenarios. Dichos protocolos tienen por objetivo definir, homogeneizar, enriquecer y ajustar las actuaciones de las distintas áreas profesionales, como garantía de una intervención interdisciplinar de calidad.

Por todo ello, se ha planteado realizar una evaluación de las medidas adoptadas, con análisis de las estrategias utilizadas, así como del abandono terapéutico producido en las asociaciones y de la adherencia al protocolo de los Centros para, a partir de esa evaluación, elaborar un protocolo adaptado a circunstancias excepcionales con la finalidad de implementar en los centros, elaborando una guía clínica de intervención en estas circunstancias con todos los parámetros a valorar.

Creemos que esta guía debe ser consensuada en colaboración con todas las personas profesionales afectados y con criterios de derivación y colaboración con otras estructuras de la red pública de sanidad y de los organismos, nacionales y autonómicos que tiene influencia en esta intervención.

## **Introducción al trastorno por juego**

La ludopatía, como se denominó con anterioridad y como sigue siendo popularmente conocida, en los actuales manuales diagnósticos DSM-5 y CIE-10 es entendida como un "trastorno por juego problemático, persistente y recurrente que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta cuatro (o más) de los criterios según este manual, durante un período de doce meses" Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición -DSM-5- de la Asociación Americana de Psiquiatría -APA- (2013), siendo los siguientes algunos de estos criterios:

*El paciente muestra una conducta de juego persistente y desadaptativa, tal y como se refleja en la presencia de 4 ó más de los siguientes síntomas:*

- 1. Preocupación por el juego.*
- 2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.*
- 3. fracasos repetidos en los esfuerzos por controlar el juego.*
- 4. Inquietud o irritabilidad cuando se intenta interrumpir o detener el juego.*
- 5. Utilización del juego como vía de escape de los problemas o de alivio del malestar emocional.*
- 6. Intentos repetidos de recuperar el dinero perdido.*
- 7. Mentiras a la familia y a los terapeutas sobre la implicación en el juego.*
- 8. Puesta en peligro o pérdida de relaciones personales significativas, de trabajo o de oportunidades educativas debido al juego.*
- 9. Apoyo económico reiterado por parte de la familia y de los amigos.*

Es un trastorno reconocido e incluido también en la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE-10-, 2017) de la Organización Mundial de la Salud -OMS- definiendo este concepto como "juego compulsivo/ juego patológico". Se aprecia entonces que, según ambas herramientas, se trata de una adicción sin sustancia, lo que le confiere una característica diferencial a pesar de integrarse en ese grupo de trastornos de control de los impulsos. Hoy en día, esta patología está creciendo de manera sustancial debido a la vertiente online del juego, íntimamente ligada al desarrollo de las nuevas tecnologías. Es destacable un 2% de prevalencia en adolescentes y jóvenes, superando así el porcentaje de personas adultas (Ruiz, Buil y Moratilla, 2016).

El juego online en su dimensión patológica formaría así parte de la realidad social actual, lo que supone que, al igual que otras adicciones como el alcoholismo, se asociará a cambios comportamentales y de personalidad en los individuos afectados y en sus vínculos comunitarios, con el deterioro en las relaciones con las personas del entorno o la tendencia al aislamiento social. Esta conducta adictiva condicionaría los diversos contextos tales como el familiar, debilitando la unión con los más cercanos; laboral, llegándose a perder el empleo; o comunitario, disminuyendo las redes de apoyo y la manera en la que el individuo se desenvuelve en estos ámbitos. Este trastorno introduce una nueva problemática colectiva, es decir, el juego aparece como prácticas personales o como motivación suscitada por el contexto sociocultural (Ruiz et al., 2016).

Actualmente, centrándonos en el juego online y en la llegada y el continuo uso de las nuevas tecnologías, nos encontramos con una mayor accesibilidad a la hora de desarrollar apuestas a través de internet, empleando el tiempo en estas prácticas incluso desde los propios hogares, convirtiéndose en una forma frecuente de ocupar el tiempo libre. Este hecho ha supuesto un aumento tanto en las categorías disponibles de juegos en los que apostar como en la cantidad de usuarios/as, lo que se traducirá en un porcentaje mayor de adolescentes, destacando entre un 4% y un 8% de afectados/as por este trastorno (Ruiz et al., 2016).

A continuación, se reflejan los propósitos principales que han promovido el desarrollo de este protocolo.

## Objetivos principales

- Elaborar conjuntamente un protocolo de intervención en centros de tratamiento en situaciones excepcionales.
- Analizar las actuaciones realizadas desde el inicio de la alerta sanitaria, el estado de alarma y el confinamiento.
- Atender a la realidad socio sanitaria en coordinación con el resto de los recursos asistenciales desde FEJAR, y con los que están en contacto las entidades integradas.
- Formar a profesionales que trabajan en conductas adictivas sobre tratamiento por trastorno por juego en situaciones excepcionales, en base al protocolo elaborado.

## Apuestas durante la crisis del COVID-19: ¿Un motivo de preocupación?

El miedo a las enfermedades, la pérdida de vidas de parientes cercanos y amigos/as, o el confinamiento y otras restricciones relacionadas con la crisis actual de COVID-19 (la propagación y las consecuencias del virus SARS-CoV-2) han cambiado la vida cotidiana de muchas personas en todo el mundo y pueden presentar un peligro para la salud más allá de la enfermedad infecciosa aguda (Holmes, et al., 2020; Fernández-Aranda, et al., 2020 y Torales, et al., 2020; Torales, et al., 2020). Esto puede incluir las adictivas Behav IORS; Se han informado cambios en los comportamientos relacionados con los juegos y la visualización de pornografía durante la pandemia (King, et al., 2020; Mestre-Bach, et al., 2020).

Si bien el juego puede verse afectado de muchas maneras durante el COVID-19 (el cierre de casinos y el cese de los deportes puede limitar ciertas formas de juego), el juego en Internet permanece disponible y el estrés relacionado con el COVID-19 puede aumentar la participación en el juego. El juego problemático puede ser uno de los peligros para la salud afectados por la crisis actual y sus consecuencias. Se justifican los esfuerzos de prevención pública y la recopilación sistemática de datos de investigación (Håkansson , Fernandez-Aranda et al., 2020).

El juego problemático afecta a muchas personas en todo el mundo y está vinculado a preocupaciones financieras y de salud mental (Calado et al., 2016; Potenza et al., 2019). Aunque actualmente son limitados, los datos existentes sugieren que las preocupaciones financieras relacionadas con COVID-19 pueden aumentar los daños relacionados con el juego, y esta posibilidad merece una investigación sistemática (Håkansson, Fernandez-Aranda, et al., 2020).

Deben tenerse en cuenta las características del mercado de los juegos de azar. Los juegos de azar en línea han aumentado rápidamente en todo el mundo. Las propiedades del juego en línea pueden constituir un peligro para la salud particular cuando muchas personas están confinadas en sus hogares y han experimentado cambios rápidos en las condiciones de trabajo, estrés psicosocial, ansiedad y depresión, como se ha descrito en China (Cao et al., 2020). Los juegos de azar en línea pueden ser particularmente preocupantes debido a su disponibilidad y velocidad; Los juegos de azar en línea no deportivos se han asociado con niveles más altos de deuda (Estévez et al., 2017), y en un estudio reciente sobre juegos de azar en línea en Suecia, los juegos de azar en casinos en línea recientes se asociaron con tasas más altas de problemas de juego y endeudamiento, en comparación con las recientes Apuestas deportivas online y otros juegos de azar online (Håkansson, et al., 2020), lo que sugiere que los juegos de azar en casinos online pueden representar un peligro particular para la salud. Las razones típicas para jugar por internet incluyen la facilidad y la disponibilidad, aunque también se citan el alivio del aburrimiento y la evasión. (McCormack et al., 2014).

Otra característica particular de la pandemia implica cambios en los deportes, que teóricamente podrían aumentar los juegos de azar online no deportivos (Håkansson , et al., 2020).

Cabe destacar, que tras la situación excepcional que hemos vivido y estamos viviendo, se han tomado medidas legislativas, consolidándose la aprobación en el último Consejo de Ministros, y posterior publicación en el BOE, del Decreto de Comunicaciones comerciales de la actividad del juego con competencia estatal. Siendo este primer paso el inicio de una buena legislación que,

incorporando esta perspectiva, nos lleve a un abordaje de esta actividad, siendo concededores de su implementación en la sociedad de criterios de prevención tanto universal como indicada, así como una determinación clara de establecer recursos para los sectores más vulnerables y las familias afectadas por trastorno de juego.

## I. DISPOSICIONES GENERALES

### MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA, RELACIONES CON LAS CORTES Y MEMORIA DEMOCRÁTICA

**13495.** Real Decreto 356/2020, de 3 de noviembre, de comunicaciones comerciales de las actividades de juego.

I

La Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego, estableció el marco regulatorio de la actividad de juego de ámbito estatal. La citada ley, además de ofrecer seguridad jurídica a operadores y participantes, tiene como objetivo primordial la salvaguarda de diversos intereses de carácter público, entre los que cabe destacar la prevención de conductas adictivas, la protección de los derechos de las personas menores de edad y otros grupos especialmente vulnerables y, en general, la protección de las personas consumidoras.

En esta regulación se reconoce la importancia de garantizar la protección de esos intereses públicos en diversos ámbitos, entre los que pueden destacarse los que se incluyen en los artículos 4, 7 y 8 de la misma y cuyo desarrollo constituye el objeto último del presente Real Decreto.

Así, por una parte, se encuentran las actividades de publicidad, patrocinio y promoción de las actividades de juego, en relación con las cuales el citado artículo 7 establece que podrán ser realizadas cuando se cuente con la oportuna autorización contenida en el título habilitante correspondiente y, por otro lado, remite a un desarrollo reglamentario para la determinación de las condiciones en las que podrá llevarse a cabo la actividad publicitaria.

Por otra parte, las políticas de juego responsable y de protección de los consumidores y consumidoras, contempladas en el artículo 8 de la Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego, hacen referencia a acciones transversales de diverso tipo –preventivas, de sensibilización, de intervención y de control–, de las que se benefician tanto los jugadores y las jugadoras en general como aquellos y aquellas con problemas de juego. Las mismas tienen como finalidad la consecución de buenas prácticas de juego, la promoción de actitudes de juego moderado y no compulsivo, la prevención de los posibles efectos que una práctica inadecuada pueda producir y la protección de los menores y las menores de edad y otros grupos de riesgo. Además, en el marco de la responsabilidad social corporativa, las políticas de juego responsable también exigen una implicación activa de los operadores de juego, que deberán establecer reglas básicas en esta materia y elaborar un plan de medidas para mitigar los posibles efectos perjudiciales derivados del juego.

II

En el momento actual ya existen diversas previsiones en determinadas normas de desarrollo de la Ley 13/2011, de 27 de mayo, que hacen referencia a estos ámbitos, siendo las que afectan a las políticas de juego responsable o juego seguro más numerosas y con mayor grado de concreción.

Así, el Real Decreto 1613/2011, de 14 de noviembre, por el que se desarrolla la Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego, en lo relativo a los requisitos técnicos de las actividades de juego, establece previsiones relativas a la identificación previa de las personas participantes en los juegos y al control de las prohibiciones de acceso de, entre otros, menores de edad y personas que hayan ejercido la facultad de autoprohibición. Igualmente, el Real Decreto 1614/2011, de 14 de noviembre, por el que se desarrolla la

14/2011/0611  
4/11/2020/1611

## 2. COVID Y SALUD MENTAL

En la situación excepcional que ha conllevado la pandemia, todas las dinámicas psicológicas y relacionales han resultado afectadas en diversas formas y con consecuencias variadas. A menudo, estas consecuencias son claras y son expresadas directamente por la persona o por el colectivo. En otras ocasiones, quizás más frecuentes aún, estas consecuencias no son explícitas y la persona tiene dificultad para identificar lo que le ocurre, para regularse y para finalmente integrar la experiencia.

En esos casos podemos colegir que algo ocurre en base a síntomas conductuales externos, a pequeñas reacciones gestuales o, incluso más a menudo por lo que deja de ocurrir, deja de sentirse y/o deja de hacerse.

Frecuentemente, a cambio de esto que deja de hacerse, decirse o incluso desearse, se presentan conductas estereotipadas, que conllevan algún grado concomitante de compulsión bien en el acto llevado a cabo, bien en la orientación reiterativa del pensamiento y esto suele implicar una mayor dificultad para inhibir la acción que ya comienza a ser intrusiva en el pensamiento.

Este es el caso de personas jóvenes y adultas que en el tiempo de la pandemia han encontrado "refugio" en acciones cuasi adictivas o adictivas directamente.

- La falta de la estructuración habitual del tiempo, la disminución de estimulación externa a todos los niveles.
- No se puede socializar.
- No se puede salir, caminar, no se puede hacer deporte, ni viajar...
- No se sabe qué es "peligroso" y qué transporta el virus, quién puede potencialmente ser "peligroso" y transmitir la enfermedad del Covid, como un peligro de fondo, constante y desconocido, de pronto pone "patas arriba" todos los hábitos y automatismos naturales de nuestra sociedad.
- Así, de pronto no se puede salir de casa, no se puede abrazar ni ser abrazado, no se puede ver por mucho tiempo a personas de referencia que significan afecto, y que nos transmiten la seguridad y aceptación incondicional de quienes somos.

Muchos/as jóvenes y no tan jóvenes relatan la ausencia de contacto con la abuela o el abuelo ... "que era el único que no me criticaba y que siempre me sacaba la cara...". Son frases que todos hemos podido oír, en diferentes versiones, en el transcurso de esta pandemia.

Estas limitaciones y la constante sensación de incertidumbre, carencias afectivas previas, problemas de manejo de impulsos y confusión emocional, amalgamas afectivas que revuelven y que no son fáciles de identificar ni de ser expresadas en palabras, se encuentran ahora como "encerradas en una pecera" al no tener elementos estimulares ni distracciones que las dirijan y canalicen.

Sólo se dispone del propio domicilio, del escenario cotidiano, de la relación con los familiares con los que convivo... sea cual fuere el tipo y calidad de relación previa que se tuviera en ese contexto. Eso parece funcionar a menudo, para algunas personas y familias como un hervidero de ansiedad e inquietud que necesita ser canalizada y estabilizada de alguna manera. Ciertamente hay un amplio abanico de situaciones vitales y familiares: desde la buena relación donde hay confianza, alegría por compartir tiempo y espacio, capacidad de intimidad y de crear momentos lúdicos con lo que se tiene... hasta el aislamiento en burbujas individuales que comparten territorio pero no intimidad, o relaciones conflictivas, o abuso de sustancias legales o ilegales... relaciones cargadas de crítica o de aburrimiento... tantas y tantas posibilidades de estilos relacionales... que cada casa, cada domicilio se convierte en un experimento de convivencia aún bajo la presión del shock social inicial.

El trauma de nuestra sociedad no preparada para que algo no esté bajo control ni para la incertidumbre sanitaria continuada.

Todo ello ha tenido un efecto, que en algunos aspectos ha podido ser positivo... parar, tener la oportunidad de encontrarse de hablar... pero según el contexto relacional, social, sanitario y personal previo ha constituido también un elemento detonante y de aumento de conductas adictivas de diversos tipos para muchísimas otras personas.

En este sentido son muchas las personas jóvenes y adultas las que en este tiempo de pandemia han experimentado un incremento de su experiencia de conflicto intrapsíquico y/o relacional, y que consecuentemente han experimentado un incremento de su sensación de malestar encontrándose con la imperiosa necesidad de dirigir ese conflicto hacia algo, de canalizarlo y poder de alguna manera encontrar fórmulas de auto estabilización para no sufrir o para no encontrarse en un “disparadero” de conflictos con aquellos/as con quienes convive.

## **Las funciones psicológicas: Importancia de la Homeostasis**

El Dr. Richard Erskine (2011), al hablar del abordaje y tratamiento de la personalidad y las diferentes problemáticas que en psicoterapia nos encontramos, dice que es esencial comprender que la persona tiene que mantener una homeostasis, un equilibrio al menos operativo entre los tres imperativos biológicos que nos afectan a los seres humanos y que motivan nuestra conducta: estímulo, estructura y relación.

Son tres imperativos biológicos cuyo equilibrio y correlación afectan a lo que sentimos, a como interpretamos la vida, a como regulamos nuestros afectos y, por ende, a como nos relacionamos, con los consiguientes patrones comunicacionales que se constituyen en la manifestación observable en la cual se condensan estos tres imperativos (Erskine, 2017, 2021).

Podríamos preguntar porque esta afirmación, y la respuesta es obvia: los estímulos, externos que provienen de nuestro entorno y de nuestras relaciones, los internos que provienen de nuestro propio organismo tanto psíquico como fisiológico y biológico necesitan ser interpretados y asimilados para que la persona no entre en una experiencia de desorganización y caos (Erskine, 1998; 2017). Hay que darles un sentido, un orden y por tanto una estructura que nos permita traducirlos y organizarlos, en definitiva, que nos permita una regulación y una estabilización.

Esta estructura se corresponde con los “mapas o esquemas operativos” (Watzlawick, 1976; Damasio, 2010) que constituirán el guion de vida individual (Berne, 1961; Erskine, 1980; Steiner, 1992), el marco operativo de referencia que nos permite organizar nuestra percepción y nuestras respuestas al entorno.

Esta estructura proveerá de respuestas relevantes para nuestra adaptación al entorno. Respuestas a cuestiones que orientan nuestra conducta, nuestras acciones y nuestras conclusiones, cuestiones tales como “¿quién soy yo?”, ¿cómo son las otras personas? ¿cómo es el mundo? Y ... ¿qué tengo que hacer para adaptarme bien y ser aceptado/a? Cuestiones que posiblemente no se formulan en palabras pero que resultan nucleares para la construcción del auto-concepto y consecuentemente de la autoestima.

Es en función de esta estructura de organización psíquica desde la cual damos sentido a los estímulos, y desde la cual construimos el mapa (y ... que a menudo confundimos con el territorio!), el esquema operacional o guion de vida (Berne, 1961; Woollams, 1973; Erskine, 1980), desde dónde sentimos ..., es decir, desde dónde procesamos los estímulos afectivos y relacionales, y desde dónde establecemos nuestras relaciones con las otras personas.

Así, en este momento de pandemia, en que los tipos de estímulos habituales, aquellos que provienen de salir, de hacer ejercicio, de tocar a otras personas, del contacto con el entorno que nos rodea, etc... quedan reducidos y modificados, resulta frecuente que las interpretaciones que se hacen sobre el mundo y sobre sí mismo resulten más agudizadas y que por tanto su forma de relacionarse consigo mismo, con el mundo y con la manera en que resuelve los problemas que se le presentan, se vea afectado por esa agudización de las interpretaciones y significados que atribuye.

Veamos un ejemplo que todos hemos podido conocer en diferentes variantes:

Voy a hablar de un varón de 47 años, Josu, qué había hecho una primera demanda de ayuda por un tema de juego compulsivo a las máquinas tragaperras. Trabajaba como profesional en una asesoría jurídica, está casado y tiene tres hijos pequeños, dos niñas de 10 y 11 años respectivamente y un niño de 8 años. Su mujer es administrativa y trabaja a tiempo parcial también en la asesoría que es un negocio familiar. Este paciente, nos habla de las dificultades de la relación de pareja. Se describe a sí mismo como muy idealista y un poco bohemio, dice que su trabajo le gusta mucho y le dedica muchísimas horas. En los primeros encuentros observamos que es inteligente, parece ser muy soñador y muestra grandes cualidades de empatía y sensibilidad para con los que le rodean. Relata que la vuelta a casa del trabajo le resulta costosa, teme la crítica constante de su mujer y no se siente cómodo con las demandas que ella le plantea: ella está muy interesada en la imagen social, en palabras de Josu en acudir a “reuniones de posfín”, también en tener ropas caras, coches grandes, en definitiva, en todo lo que sea una muestra de poder económico y posición social. Josu se describe como

tímido en esas situaciones y le molesta la conversación banal. Siente que no cumple con las expectativas de su mujer y se siente fracasado, inferior y a menudo dice de sí mismo "soy un desastre" Comenta que pospone todo lo posible el volver al domicilio, dice que le "cuesta más cada tarde", que se sienta a charlar y tomar algo en el bar que está debajo de su trabajo y dice: "luego termino picando... ahí está la máquina, me llama probar, conseguir algo de dinero fácil y luego dárselo a mi mujer, sorprenderla, que se compre algo. Y... ¿sabes?, me pongo frente a la máquina y ya todo desaparece, por un rato solo es jugar, ya no hay inquietud, ya no pienso en qué queja tendrá hoy de mí... por un rato es un alivio. Sólo hay calma y la ilusión de conseguir algo esta vez". El estímulo que proviene de la presión constante de su esposa por tener más, por ganar más, por ...en definitiva ser más, produce una inquietud y angustia que Josu necesitará interpretar y darle un sentido. Eso lo logra con una idea antigua sobre sí: "soy un desastre", "yo no valgo", "sólo valgo para trabajar, pero nunca lograré mejorar".

Todas esas frases tienen importantes implicaciones en su conducta y en sus relaciones, tienen una importante implicación en sus sentimientos y en sus evitaciones.

La esperanza de ganar, de por fin demostrar que puede hacer algo que sorprenda y que logre admiración le llevaron a las tragaperras, al bingo y desde luego, de la vergüenza original que motivó inicialmente su conducta, a la culpa y al incremento de la vergüenza previa, porque la evitación de los problemas primero de pareja y después económicos, evidentemente, no ofreció ninguna solución sino más bien una retroalimentación de la problemática inicial.

**Vergüenza, culpa, evitación, esperanza de lograr algo, sensación de estar en trance y mantener por un rato las dificultades en suspenso...** todo ello constituye una mezcla de reacciones afectivas que están implicadas generalmente en el juego y en cualquier adicción comportamental.

Josu relata que, en el confinamiento tras un breve periodo de bienestar y acercamiento en la pareja y la familia, se produjeron distintas discusiones y pequeñas crisis, que se acumularon creando un clima irrespirable, así que: "cómo no quería discutir, ni agobiar a los niños, me refugié en el ordenador... a veces jugando, otras veces viendo pornografía que me hacía soñar lo que nunca pudo ser."

## **Adicción, obsesión y compulsión: la línea de un continuum**

Toda compulsión, comienza en una obsesión. Toda obsesión habla de soledad e implica evitación (Erskine, 2020). La necesidad de predecir, de tener una identidad, de que las cosas que ocurren sean predecibles y que la vida tenga una consistencia, hace que nos aferremos a estilos de relación poco saludables, pero que encajan en nuestra idea del mundo y en el concepto que tenemos de nosotros/as mismos/as.

Las funciones psicológicas del guion de vida personal o esquema operacional de referencia consisten en la búsqueda de:

- Predictibilidad.
- Identidad.
- Consistencia / Estabilidad.

Son funciones psicológicas relevantes para organizar nuestra experiencia y nuestra forma de relacionarnos con el mundo, son asimismo importantes para nuestro manejo de los estímulos (Erskine, 2012, 2017, 2021).

El guion de vida o esquema conceptual de referencia, cumple con su tarea al dotar de respuesta a estas funciones psicológicas tan relevantes.

Cumplir el guion ayuda a resolver de forma predecible, ayuda a encontrar algún grado y tipo de homeostasis.

La homeostasis que aporta sensación de equilibrio, no caos pese a los problemas y va acompañada de cierto tipo de organización de los impulsos, dándose así sentido a la experiencia y dirección a la conducta. Provee de explicación sobre uno mismo, el otro y las expectativas que tengo que cumplir, hay por tanto una dirección para los impulsos.

Quizás no positiva, pero sí predecible y que encaja con los conceptos más o menos conscientes que la persona tiene y dotan de sentido a lo que hace.

Así Josu, con su vergüenza y timidez original, proveniente de una familia humilde que con enormes sacrificios costea los estudios de su hijo, que crece en una zona económica y socialmente desfavorecida, sintiéndose siempre menos, siempre incomodo con sus compañeros de facultad, no espera ni prevé tener una relación de pareja más exitosa, ni espera sentir que vale, que tiene derecho al éxito en otros ámbitos de la vida. Sin ser muy consciente de ello, espera ser siempre un poco "el bohemio simpático, un poco desastrado" en sus propias palabras.

Es doloroso tener esa expectativa, es inevitable que vaya acompañado de un deseo de algo diferente, de un anhelo de auto-superación. Las funciones psicológicas que citábamos anteriormente conllevan a menudo estabilidad en resultados sociales, relacionales o intrapsíquicos poco saludables y que, como en el caso de Josu, producen resultados circulares, un incremento de la vergüenza y de la culpa, reforzándose así un círculo vicioso de malestar y a menudo dolor.

En este contexto se hacen importantes las funciones complementarias que ayudan a afrontar estos resultados y calmar el malestar y el estrés.

Son inicialmente funciones parentales que la persona suele aprender de sus figuras de referencia y cuya acción es esencial para el bienestar y la mejora en cualquier ciclo de la vida y en cualquier edad.

### **Algunas funciones estabilizadoras y contexto de pandemia:**

Estas funciones parentales, que ayudan a la persona a obtener una sensación de regulación, a poder manejar los sentimientos displacenteros, la frustración y la impotencia, sensaciones de malestar que puedan desestabilizar e inundar a la persona y cuyo efecto puede ser manejado mejor y de forma más resistente si hay una figura que aporta estas funciones. Dichas funciones se pueden sintetizar en:

- Estabilización.
- Reparación.
- Reorganización.
- Animar al desarrollo o autosuperación (Erskine, 2017, 2019, 2021).

Cuando las relaciones no funcionan bien, cuando hay soledad, aislamiento evidente o incluso conflicto, cuando no hay en quien encontrar este tipo de apoyo y estímulo que las funciones parentales enunciadas aportan, la persona tiene que buscar en sí mismo, a menudo de una forma más pobre o esquemática, el logro de algún grado de estabilización para compensar la ausencia de una regulación y sensación de seguridad provenientes de las relaciones significativas pudiera aportar.

Veámoslo sobre el ejemplo que nos ofrece el caso de Josu:

- Auto estabilización, jugar para esconderse, para no sentir el malestar y para no encontrarse en una constante agitación.
- Auto reparación, imaginándose a sí mismo logrando algo que sorprenda y logre admiración, por ejemplo.
- Autorregulación y reorganización, el tiempo que podría estar dirigido a la relación que produce tanto conflicto y desregulación, se dedica ahora a encerrarse en el ordenador, a jugar, a ver videos de cosas que le adormecen el dolor y detienen el tiempo, paran la vida y sus complicaciones por un rato, creando así un estado de semi-trance adormecedor.
- Autosuperación fantaseada, la esperanza de lograr algo, de conseguir impactar y del "premio", sea esto lo que sea que signifique en realidad para Josu y que puede ir desde una mirada de admiración, a la fantasía de conseguir mucho dinero de repente y que todos los problemas, quejas y críticas de fuera y de dentro acaben de una vez.

Evidentemente es una función adulta hacerse cargo de la autorregulación en todas sus variantes antes descritas, pero en situaciones de vulnerabilidad y fragilidad interna, estas funciones pueden tomar derroteros similares a los que hemos descrito en el caso de Josu. No olvidemos que las personas somos seres sociales, necesitamos de la relación y de relaciones significativas para nuestra salud psíquica, biológica e interpersonal, por tanto, el fuel que alimenta y renueva el buen funcionamiento de los sistemas de autorregulación, se basa en los sistemas relacionales y en el tipo y calidad de vínculos que establecemos.

Esto nos conduce a la importancia de la satisfacción de las necesidades relacionales como predictor de la salud y que, en caso de déficit, se convierte en factor de riesgo a tener en consideración para el tratamiento de cualquier adicción y/ o de cualquier problemática de personalidad.

La pandemia, tiempo de incertidumbre, temor, enfermedad y duelos. Un tiempo dónde se ha producido un compendio de emociones contradictorias y dónde el manejo y la canalización de impulsos se ha hecho particularmente difícil, ha supuesto un desafío para los sistemas de autorregulación y estabilización de muchas personas, desde aquellas que previamente tenían conductas de cuasi adictivas, a otras que no habían mostrado ese perfil previamente pero que en este tiempo de inmediatez, dónde el futuro es impredecible y dónde se vive el hoy (y a menudo con angustia), han comenzado a desarrollar conductas propensas a la compulsión de una adicción.

Este incremento de las adicciones nos hace plantearnos muchas cuestiones y un análisis profundo sin excluir los factores de riesgo complejos ya conocidos y tan bien descritos en el libro de Santibañez et al.. (2020) "Factores de riesgo y conductas de riesgo en la adolescencia" explicando detalladamente los modelos unidimensionales macrosociales y de alcance medio. Los modelos unidimensionales micro-sociales, los modelos de transición hacia el modelo complejo y, en definitiva, todo un proceso de riesgo que, si bien los autores centran en la adolescencia, nos puede hacer reflexionar sobre muchos elementos de nuestro entorno familiar, social y cultural, válido para comprender este fenómeno en más amplio intervalo de ciclos vitales y ver como este tiempo de pandemia ha afectado y frecuentemente amplificado el impacto de dichos factores de riesgo.

No obstante, el objetivo central de este artículo es enfocar la perspectiva humanista y aportar la visión que la psicoterapia relacional integrativa puede ofrecer a esta situación.

Desde este punto de vista, presentaremos brevemente tres conceptos diferentes que pueden aportar un ángulo de visión útil para aquellos que aborden la psicoterapia de las personas que durante y post-pandemia puedan solicitar ayuda:

- La adicción desde la perspectiva del tratamiento de un proceso obsesivo., no planteado en términos de diagnóstico global sino en términos de diagnóstico de proceso tal cómo se plantea la visión de diagnóstico operativo desde la Psicoterapia Integrativa.
- La importancia de la satisfacción e identificación de las Necesidades relacionales.
- El concepto de Physis como elemento natural y común de los seres vivos que nos impele al crecimiento y la auto-superación.

Plantamos estos tres aspectos con la convicción de que el proceso terapéutico y la superación de las adicciones puede tener muchas vías y que el uso y conocimiento por parte de las personas que atendemos en psicoterapia bien grupal o individual podemos resultar más eficaces al tener en cuenta estos elementos tan relevantes para la resolución terapéutica. Tanto para la psicoterapia propiamente, como para el abordaje con las familias y la formación en la salud relacional de las mismas.

## **La adicción como compulsión o la obsesión transformada en acción**

Las conductas adictivas parecen una obsesión hecha conducta, sabemos también que toda compulsión comienza con una obsesión.

En su artículo sobre el tratamiento de la obsesión y las distintas facetas de este proceso el Dr. Richard Erskine (2017) comienza afirmando que "*Los problemas psicológicos tales como la fantasía repetitiva, la preocupación habitual y la obsesión, parecen haberse incrementado en los últimos años entre las personas que buscan psicoterapia*". Continúa afirmando que "*de este tipo de problemas parece trascender muchos de los diagnósticos psicológicos*". Esta aseveración, tan cierta en el momento de la publicación de este artículo, se ha convertido en algo mucho más prevalente y llamativo en nuestra sociedad tras el impacto de la pandemia por COVID.

En una sociedad donde la limpieza y las precauciones constantes resultan necesarias, el pensamiento obsesivo, la rumiación y la anticipación de problemas se convierte en algo habitual y bastante generalizado.

Todos sabemos el viejo dicho que afirma que "un clavo se quita con otro clavo". Si encontramos otro tema que acapare nuestra atención y distraiga nuestra angustia, nuestra preocupación y/o temores profundos, una obsesión puede calmar lo que nos asusta y obsesiona de fondo.

Resulta ilustrativo y quizás un buen mapa para investigar con las personas a que atendemos el diagrama en que Erskine (2017) representa el proceso obsesivo y sus facetas:

**1.- La relación:** el proceso obsesivo en cualquiera de sus grados, la compulsión como acción expresiva de dicho proceso son un acto solitario. En la obsesión y la compulsión hay **soledad**.

Por tanto, la relación, con presencia real, implicación por parte de alguien que realmente esté ahí, para y con la persona, resulta esencial.

**2.- Evitación:** en toda obsesión y compulsión hay algo que la persona está evitando. Algo que evita pensar, hacer o sentir, pero algo que es suficientemente importante como para desviar la atención y buscar una especie de trance que adormezca lo que se sentiría o se experimentaría si no estuviese involucrado en esa compulsión y obsesión.

**3.- Hay subyacente un guion de vida, un sistema de creencias,** expectativas escasamente conscientes pero enraizadas en la percepción que la persona tiene del mundo y de sí mismo que son congruentes y, de alguna manera se manifiestan en este proceso compulsivo. Sentimientos de vergüenza, emociones reprimidas, percepciones de sí y un autoconcepto consecuente con la conducta y proceso compulsivo y obsesivo.

**4.- La reorganización de la experiencia interna,** la búsqueda de algún tipo de estabilización y regulación afectiva, que, aunque no resulte muy saludable, ayuda a la persona a desviar y canalizar impulsos, emociones y estímulos afectivos, que le resultan difíciles de manejar y organizar saludablemente.

**5.- Funciones homeostáticas,** tal como las hemos descrito previamente y que mantienen la organización de la psique y dan sentido. Funciones tales como la predictibilidad: ¿qué va a pasar?, la identidad: ¿quién soy yo?, la continuidad: ¿qué tengo que hacer en el mundo? y ¿cuál es el resultado que obtendré?, ¿qué esperan los demás de mí? etc... y, por tanto, como resultado de estas funciones me encontraré con una vida estable. Estabilidad.

**6.- El presente:** ¿cómo percibo y manejo el aquí y ahora?

La dificultad o no para estar plenamente presente y disponer de los propios recursos de forma realista y activa o por el contrario, estar refugiado en un mundo de culpa, crítica anticipada, vergüenza, inhibición y fantasía.

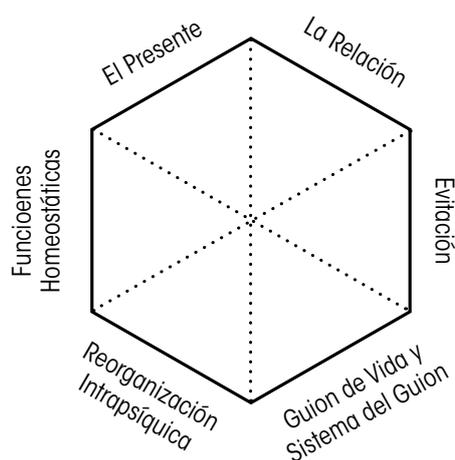


Fig. 1. Integración de seis facetas terapéuticas.

Este diagrama de Erskine (2017) nos plantea tanto un diagnóstico posible de proceso, paso a paso como un plan posible de tratamiento.

La propuesta es:

- Analizar y promover la relación y vínculos profundos y reales, situaciones de intimidad, espontaneidad y no soledad o retirada relacional. Identificar y trabajar las necesidades relacionales no satisfechas.
- Identificar y abordar aquello que se está evitando: si no estuviese involucrado en esta obsesión adictiva, en esta compulsión ... ¿qué estaría pensando?, ¿qué estaría haciendo? ¿qué estaría sintiendo? Y por tanto... ¿qué es lo que realmente tengo que abordar, resolver, expresar o hacer en lugar de evitar? Y... ¿qué recursos y apoyos necesito realmente para ello?
- Identificar, actualizar y confrontar las viejas y desactualizadas creencias sobre sí mismo, sobre el mundo y los otros que funcionan como lastres e inhiben a la persona que es y puede ser realmente en el hoy.
- Expresar la emociones y afectos inhibidos, buscar pautas de regulación emocional y estabilización afectiva más acordes y saludables, basadas en el encuentro con la otra persona, en la identificación de los sentimientos, emociones y afectos, así como la resolución de reacciones afectivas desajustadas y arcaicas.
- Reorganizar la psique para buscar una nueva homeostasis, no rígida, dinámica, que se permita la actualización de la idea de sí mismo: autoconcepto y autoestima realistas ajustadas al hoy, que permitan encontrar nuevas formas de estabilidad, predictibilidad parcial y gestión de la incertidumbre y el cambio.

Promover la Physis... la tendencia natural al crecimiento, la salud y la autosuperación, en lugar de quedarse constantemente en fronteras conocidas, desafiar el marco de referencia arcaico.

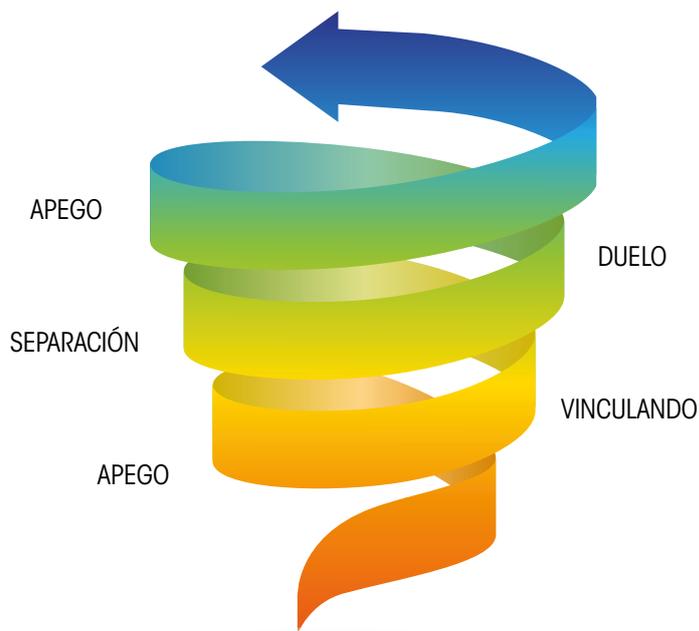
- Moverse hacia el presente, estar completamente en el aquí y ahora, apropiarnos de lo que siente, de lo que piensa y de lo que necesita, buscando la interdependencia y el apoyo recíproco, aceptando el fallo y la posibilidad de crecer, cambiar, equivocarse y en definitiva, afrontar el desafío de cambiar el jugar por el vivir cada vez un poco más plenamente, estando más presente, más implicado y más incluido en la relación.

Aceptar el desafío de vivir y de relacionarse, con sus duelos, apegos, aciertos y errores, pero sin crítica improductiva y sin adormecimiento, sin anestesiar ni la vida ni el encuentro interpersonal. Erskine (2011) dice "la psicoterapia es necesaria por causa de la homeostasis, la psicoterapia es posible gracias a las Physis".

- Apego / Separación / Apego



Duelo / Vinculación.



"El Proceso de la Physis". G.Kohlrieser.T.A.J.,2006.

## **Las tendencias naturales al crecimiento y la autosuperación: la dirección de la mejora como alternativa a la dispersión y "anestesia" de la adicción.**

La *Physis* es la fuerza de la vida que nos impulsa a crecer, a mejorar y a superarnos. En este tiempo de pandemia, esas "urgencias" hacia la vida y el desarrollado, a menudo se han visto truncada e impedidas.

Redirigir y potenciar esa energía, ese impulso natural, es parte de lo que podemos ofrecer y a lo que podemos acompañar a nuestros/as pacientes y usuarios/as, para la superación de las consecuencias de este tiempo de confinamiento, temor y obsesión.

### **JAMES M. & JAMES J. (1991) DISTINGUEN IMPERATIVOS O IMPULSOS QUE ELLOS DENOMINAN "URGENCIAS"**

1 - El impulso, la "urgencia" a vivir, el cual incluye la búsqueda de significativa necesidad de obtener esperanza, salud y disfrute de la vida.

2 - El impulso, la "urgencia" hacia la libertad, incluye la búsqueda de auto-determinación y la creación de obtener un sentido de libertad interna y de coraje. Conlleva una sensación de "dignidad".

3 - El impulso, la "urgencia" de comprender, incluye la búsqueda de conocimiento y la curiosidad o necesidad constante aprender y desarrollarse.

4 - El impulso, la urgencia de crear, incluye la búsqueda de originalidad, la necesidad de imaginar y de soñar. Esto es un impulso hacia el futuro y la creación de algo nuevo.

5 - El impulso, la urgencia de disfrutar, incluyendo la búsqueda de "felicidad", la necesidad de experimentar entusiasmo, risas, el placer de lo sexual, el placer en trabajo y en otros ámbitos de la vida.

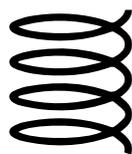
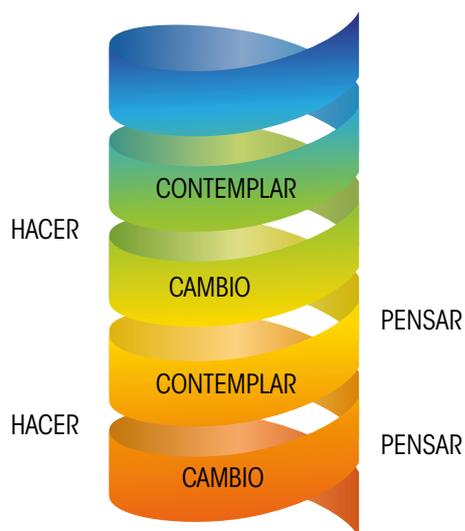
6 - El impulso, la urgencia de conectar, incluye la búsqueda de afecto y aceptación, así como la necesidad de cuidado interpersonal y el altruismo.

7 - El impulso a trascender, la búsqueda de unidad, pertenencia y significado relevante, la necesidad de estar abierto y de autosuperación.

En definitiva, dice L. Koopmans (2021):

La "*physis*" nos lleva a pensar en la inevitabilidad del desarrollo y la superación.

Según Berne (1972) la tendencia natural al crecimiento y la salud, al igual que las plantas tienen, inevitablemente, el impulso hacia el sol y el agua"



Potenciar los aspectos que favorecen la superación y el desarrollo, supone ofrecer a la persona dirección, sentido y dignidad que estimularán la salud, la creatividad y la autoestima.

Fig. 4. "Ciclo del aprendizaje" Napper&Newton. 2000. TAJ.

En definitiva, las personas, en cualquier contexto y situación necesitamos dirección y sentido para desarrollarnos. En el proceso de resolver la adicción esta necesidad de auto-superación y mejora, de logro de metas y de tener una dirección de mejora es esencial para la cura y el resultado estable, más allá de limitar la acción adictiva. Generar un nuevo sentido del valor del sí, de propósito y capacitación hace el que el resultado del proceso de superación sea más estable y desarrollando una mejor relación consigo mismo, con el mundo y con los otros.

### La relación como punto de partida para la superación de la adicción y la mejor estable del autoconcepto

Favorecer la satisfacción de las necesidades relacionales descritas por Erskine (1998, 2017, 2021) como imperativos psico-biológicos ineludibles dada nuestra condición de seres sociales, que crecen inextricablemente unidos a otros seres humanos.

"Son necesidades que surgen en la interacción humana y que son diferentes a las descritas por Maslow (1972). Estas necesidades relacionales están presentes en toda relación y ciertamente no hay posibilidad de relación si no se producen: si no necesito nada de ti, si tu no necesitas nada de mí, entonces simplemente no hay relación.

Generalmente están fuera de nuestra conciencia, pero emergen y nos damos cuenta de ellas cuando no resultan satisfechas y aparecen en forma de anhelo, malestar o depresión".

Las Necesidades Relacionales se identificaron en un estudio cualitativo llevado a cabo por Erskine (1980) en la década de los 80. Su estudio y desarrollo conceptual ha continuado a lo largo de varias décadas con el resultado de varios estudios cualitativos y cuantitativos que derivan en la elaboración de la Escala de Necesidades Relacionales (Zvelc et al., 2020).

Se identifican ocho necesidades relacionales predominantes:

- 1.- La Necesidad de seguridad.** Estar a salvo de humillación, de ataques de cualquier índole: física y psicológica.
- 2.- Necesidad de ser valorado/a,** ser tomado en serio y apreciado, ser validado en la propia experiencia.
- 3.- Necesidad de ser aceptado/a** por alguien en quien puedes confiar, alguien estable, dependable, alguien que ofrezca seguridad.
- 4.- Necesidad de reciprocidad,** de mutualidad. De poder ser comprendido por alguien que ha experimentado algo, de alguna manera, similar.
- 5.- Necesidad de auto-definición,** de mostrar y ser respetados en nuestra unicidad. Nuestro gusto personal, nuestras características diferenciales y únicas.

**6.- Necesidad de hacer un impacto,** necesidad de ser tomados/as en cuenta, de influenciar al otro/a y ser tomados/as realmente en cuenta.

**7.- Necesidad de que la otra persona tome la iniciativa.** Es la necesidad de que la otra persona de el primer paso e inicie algo en el proceso relacional. Señala lo significativo de la relación.

**8.- Necesidad de expresar afecto,** de que la otra persona pueda recibir afecto, valoración o el cuidado que les ofrecemos. Cada una de estas necesidades y su resolución han demostrado ser de gran importancia para la autoestima y la mejora del autoconcepto, asimismo para la sensación subjetiva de bienestar y realización personal.

## CONCLUSIONES

La resolución de patrones de corte obsesivo antes descritos, la actualización de los sistemas de autorregulación, la satisfacción y la mejora en la resolución de las necesidades relacionales, junto con la promoción de las diferentes facetas y aspectos descritos en la promoción de la Physis, son elementos esenciales para el afrontamiento de los problemas de adicción, para la superación de las huellas de esta gran crisis sanitaria que hemos atravesado y que estamos atravesando aún, y en definitiva, para la promoción de la resiliencia y la salud individual y relacional en cualquier ámbito de la experiencia y contexto, más allá de este complejo momento del COVID-19.

### 3.

## SITUACIONES EXCEPCIONALES Y ADICCIONES

### El impacto de la COVID-19 y sus consecuencias en el ámbito de las adicciones en Euskadi

En Euskadi, el primer caso de coronavirus fue notificado a finales de febrero de 2020 y, a partir de esa fecha, el número de contagios fue incrementándose progresivamente. En total, se han realizado más de un millón y medio de pruebas PCR (Polymerase Chain Reaction), se han detectado cerca de 90.000 casos positivos y han fallecido con COVID-19 más de 2.600 personas (Departamento de Salud del Gobierno Vasco 2020).

Estos riesgos adicionales están relacionados con algunos de los comportamientos asociados al consumo de drogas, la accesibilidad o disponibilidad de lugares en los que se producen dicho consumo, en los que se proporciona asistencia o en el que se adquieren las sustancias (EMCCDDA 2020). Asimismo, los riesgos pueden aumentar debido al elevado nivel de comorbilidad física y psicológica que afecta a algunas personas consumidoras de drogas, al hecho de que los problemas relacionados con las drogas sean generalmente más comunes en los colectivos más desfavorecidos y al mayor grado de estigmatización que suelen sufrir las personas con adicciones (OEDT 2020). Por otro lado, el periodo de confinamiento también puede ser una oportunidad para mantenerse en la abstinencia. En efecto, ha sido descrito el caso de personas jóvenes consumidoras de cannabis que, debido al hecho de no poder salir del domicilio y adquirir dicha sustancia, han aprovechado esta situación para mantenerse sin consumir (Pérez del Río, Markez, e Insua, 2020).

Sin duda, la situación provocada por la COVID-19 ha supuesto nuevas necesidades, problemáticas y dificultades para las personas con conductas adictivas, sus familiares y entorno. De forma paralela, esta situación también ha conllevado nuevos retos para los y las profesionales que trabajan en este ámbito. Tanto en promoción, como en las áreas de intervención, seguimiento y evaluación de las adicciones, la situación provocada por la COVID-19 podría haber acelerado la necesidad de recoger o incluir la nueva situación y los posibles brotes o pandemias en la planificación, así como la necesidad de adaptar, reforzar o desarrollar nuevas estrategias, intervenciones o medidas. Además, estos nuevos retos a los que se enfrentan a quienes prestan servicios en el ámbito de la prevención y el tratamiento de las adicciones podría verse agravada en nuevos rebotes de la enfermedad o futuras pandemias.

El objetivo general de este estudio es analizar el impacto y las consecuencias que la crisis de la pandemia de la COVID-19 ha tenido en los ámbitos de la prevención y el tratamiento de las adicciones en Euskadi. En concreto, los objetivos específicos del estudio son los siguientes:

- Identificar las principales necesidades, problemáticas y dificultades derivadas o agravadas por la crisis de la COVID-19 detectadas por los y las profesionales que trabajan tanto en la prevención de las conductas adictivas, como en la atención a personas consumidoras de drogas o con adicciones comportamentales y en la investigación.
- Analizar el impacto en la labor de los y las profesionales que trabajan en prevención, tratamiento de las adicciones e investigación, en cuanto a cambios en la planificación, adaptación, refuerzo o desarrollo de nuevas estrategias, intervenciones o medidas.
- Analizar y reflexionar en torno a las consecuencias, retos de futuro y potenciales líneas de actuación que la actual crisis pandémica que la COVID-19 tendrá en el ámbito de la prevención, el tratamiento y la investigación de las adicciones, así como sobre posibles rebotes o futuras pandemias.

#### » Cambios en el consumo de drogas o comportamientos adictivos por sexo

Desde que se decretó el estado de emergencia sanitaria han percibido un aumento en la práctica de videojuegos (64,7%) y uso de internet y redes sociales (58,8%) entre los hombres. Asimismo, cerca de la mitad de los y las técnicos/as considera que el consumo de alcohol ha aumentado entre los varones (47,1%).

Además, ha habido un aumento con respecto al uso de internet y redes sociales, así como el consumo de alcohol en ambos sexos, la práctica de videojuegos en hombres y el consumo de psicofármacos en mujeres.

Con respecto al cambio observado entre las mujeres, seis de cada diez técnicos / as de prevención considerando que en los últimos meses las mujeres han aumentado el uso que realizan de internet y redes sociales (58,8%) y cerca de la mitad ha percibido un aumento del consumo de alcohol (47,1%). Igualmente, cabe destacar el aumento percibido en el consumo de psicofármacos bajo prescripción médica entre las mujeres (35,3%).

En el caso del resto de sustancias o comportamientos adictivos no se observa un posicionamiento claro, ni en el caso del consumo entre hombres ni entre mujeres, siendo mayoritario el porcentaje de técnicos / as que han respondido que desconocen qué impacto ha tenido la COVID-19 en las pautas de consumo de la población o consideran que no se han producido cambios notables a este respecto.

Siete de cada diez profesionales que trabajan en el ámbito del tratamiento y la intervención directa con personas con consumo de drogas o con adicciones en Euskadi declaran que, desde que se decretó el estado de emergencia sanitaria el pasado 14 de marzo hasta la fecha actual, han percibido un aumento del consumo de alcohol (73,9%) y uso de internet o redes sociales (69,6%) entre los hombres. Más de la mitad de los profesionales consultados consideran que entre los varones, ha aumentado también, la práctica de videojuegos (65,2%) y el consumo de cannabis (56,5%). En cambio, en el caso de los psicofármacos –con y sin receta–, es igual el porcentaje de quienes consideran que su consumo ha aumentado (43,5%) y el de aquellos / as que opinan que se ha mantenido sin cambios (43,5%). Asimismo, el 43,5% de los y las profesionales han percibido un aumento del consumo de tabaco (43,5%) y del juego con dinero (43,5%). En el caso del consumo de drogas ilegales por parte de los hombres, el 34,8% considera que el consumo se ha mantenido estable.

Respecto al consumo entre las mujeres, seis de cada diez profesionales participantes en el estudio han percibido un cambio alza en el consumo de alcohol (65,2%) y el uso de internet o redes sociales (60,9%). En torno a la mitad se considera que durante los últimos meses tanto el consumo de psicofármacos (52,2%) –con y sin prescripción médica– como el consumo de tabaco (47,8%) ha sido mayor. A diferencia del aumento percibido entre los hombres, parece que los y las profesionales de atención directa no han observado cambios notables en el consumo de cannabis (52,2%), otras drogas ilegales (43,5%), el juego con dinero (43,5%) ni la práctica de videojuegos (39,1%) entre las mujeres.

## **Cambios en las pautas de consumo de drogas o comportamientos adictivos**

### *» Aumento del consumo o comportamiento adictivo solitario derivado de la situación provocada por la COVID-19*

Por otro lado se muestra que uno / a de cada dos técnicos / as de prevención declara que, durante estos últimos meses, ha percibido un aumento del consumo o comportamiento adictivo solitario (52,9%) en su entidad local. Cuatro de cada diez consideran que también ha sido mayor la permisividad respecto al consumo o comportamiento adictivo en el hogar (41,2%) y el consumo derivado del estrés, angustia o ansiedad (41,2%). Asimismo, han percibido un descenso en el consumo social (29,4%) y en las restricciones o prohibiciones del consumo o comportamiento adictivo en el hogar (29,4%).

De forma paralela, los y las técnicos / as participantes también han observado una mayor concienciación o percepción en torno a la adicción propia (35,3%).

Aumento del consumo o comportamiento adictivo derivado del estrés provocado por la situación, el consumo solitario y la permisividad en él.

Ocho de cada diez profesionales participantes han percibido un aumento en el consumo o comportamiento adictivo derivado del estrés, angustia o ansiedad provocada por la situación vivida a causa de la COVID-19 (78,3%). Siete de cada diez consideran que ha sido mayor el consumo o comportamiento adictivo realizado de forma solitaria (73,9%) y seis de cada diez han notado una mayor permisividad respecto al consumo en el hogar (65,2%).

No se aprecia un aumento ni en las prohibiciones o restricciones del consumo en el hogar, ni en el número de personas que han reducido o abandonado el consumo durante este tiempo. Sin embargo, los / las profesionales sí concierne que han observado un aumento en la población respecto al consumo propio por parte de la población (34,8%).

### » Situación vivida por la población menor de edad

Se ha dado un aumento de la práctica de videojuegos y el tiempo frente a las pantallas entre los y los menores de edad, debido, en parte, a una mayor permisividad por parte de padres y madres.

El 65% de los y las técnicas/as de prevención comunitaria de las adicciones han percibido un aumento en la práctica de videojuegos (64,7%) y el tiempo frente a las pantallas –ordenador, televisión, móvil, tableta, etc.– (64,7%) por parte de la población menor de edad desde que se decretó el estado de emergencia sanitaria el pasado 14 de marzo, debido a la COVID-19.

Cerca de la mitad de los y las técnicos/as de prevención considerando que, en base al trabajo realizado en su entidad local, durante los últimos meses ha aumentado la permisividad respecto al consumo o comportamiento adictivo de los y las menores en el hogar por parte de sus padres y madres (47,1%). De hecho, el 64,7% declara que no ha habido un aumento del control respecto al uso de nuevas tecnologías por parte de los progenitores, y el 41,2% ha respondido que no se ha producido un aumento en las restricciones o prohibiciones en el hogar.

Por último, se ha apreciado un aumento de la exposición frente a las pantallas y la práctica de videojuegos entre la población menor de edad. En torno a tres de cada cuatro profesionales declaran que durante los últimos meses ha aumentado el tiempo que la población menor de edad ha estado expuesta a las pantallas - del ordenador, televisión, móvil, tablet, etc.– (73,9%). El 65,2% ha percibido un aumento en la práctica de videojuegos por parte de los y los menores de edad (65,2%).

### » Posibles explicaciones e interpretación por parte de los/as técnicos/as

Según los/as profesionales, se ha podido apreciar que en las adicciones comportamentales es:

- Percepción de aumento “notable, espectacular” del juego, uso de internet y videojuegos, especialmente entre los/las jóvenes.
- Aumento de la pornografía entre la población joven.
- Aumento principalmente, del juego on-line y el juego adictivo.
- Problemas derivados del confinamiento que podrían haber impulsado la adicción a los/las jóvenes: cambio de horarios, desajuste de rutinas, “que se levantaban a las dos del mediodía ...”

### » Cambios en los programas, actuaciones e intervenciones habitualmente realizadas

La situación provocada por la COVID-19 también ha tenido un impacto notable en la labor de los y las profesionales del ámbito de la prevención de las adicciones. Dando lugar a una cancelación temporal, adaptación y continuidad de los programas, actuaciones e intervenciones de forma telemática.

Dadas las circunstancias, cerca de nueve de cada diez técnicos/as de prevención han realizado trabajo telemático, virtual o desde casa (88,2%). El mismo porcentaje declara que en su entidad local han experimentado la cancelación o suspensión temporal de programas, actuaciones o intervenciones (88,2%).

### » Cambios en el tipo de ámbitos y formato de las intervenciones planificadas

Por todo ello, la gran mayoría de las intervenciones que se han llevado a cabo se han realizado de forma telemática, especialmente, en el caso de la prevención universal y selectiva en el ámbito escolar.

» Consecuencias de la COVID-19, retos de futuro y posibles líneas de actuación en el ámbito de la prevención de las adicciones

Debido a la situación excepcional que hemos atravesado y las consecuencias que todo ello ha conllevado, se muestran aquí retos de futuro y posibles líneas de actuación con respecto a la prevención de las adicciones:

- Prevención de las adicciones entre jóvenes en ámbitos de ocio y festivo: Los y las técnicas / as de prevención presentan dudas respecto a la posición que va a tomar el ayuntamiento en el que trabajan respecto a las fiestas. Existe un consenso respecto a que, pese a la no celebración de fiestas en verano, el consumo va a seguir y su labor es esencial.
- Se hace hincapié en la importancia de trabajar las consecuencias de la situación provocada por la COVID-19: secuelas, duelo, pérdida de personas durante este periodo, negación y rechazo entre los y los jóvenes...
- Refuerzo del seguimiento y la intervención con familias en situación de especial vulnerabilidad y aquellas que se han podido sentir algo abandonadas durante este proceso.
- Necesidad de reflexionar en torno a las consecuencias en materia económica que la situación provocada por la COVID-19 puede tener en una situación de los colectivos más vulnerables y las desigualdades que ello puede generar. Por ejemplo, cómo afrontar las sanciones, nuevas vías, medidas alternativas...
- Incidir en la prevención indicada (a través de consejos breves, directos ya un público específico) más allá de la prevención universal dirigida a toda la población.
- En términos generales, los y las técnicas recalcan la importancia de seguir trabajando siempre desde un enfoque de prevención y desde la perspectiva de la Salud Pública.

» Consecuencias de la COVID-19, retos de futuro y posibles líneas de actuación en el ámbito del tratamiento y la intervención directa

- Colaboración real entre distintas instituciones y necesidad de una menor burocratización.
- Necesidad de apoyo entre las entidades sociales y las instituciones.
- Necesidad de creación de protocolos, de una mayor organización, del trabajo colaborativo y en red.
- Necesidad de un cambio de modelo de atención.
- Necesidad de un cambio de paradigma y un enfoque comunitario en el que se coordine el ámbito sanitario y social.
- Necesidad de reflexión en torno a lo vivido.
- Necesidades de evaluación del trabajo realizado.
- Necesidades de planificación.
- Necesidad de disponer de medios y recursos materiales, relacionales, estructurales y logísticos.
- E l papel de las entidades del Tercer Sector como agentes de primera necesidad.
- Necesidad de proteger a los y las profesionales.
- Necesidades de adaptación y formación.
- Necesidades económicas y de financiación.
- Consecuencias de Previsión en el Ámbito de las adicciones.
- Impacto en la situación de los colectivos más vulnerables.
- Nuevas posibilidades de reinención.

## » Desigualdades en el impacto de la COVID-19 entre grupos sociales

Aunque la situación vivida haya sido común a nivel mundial, ha habido un impacto muy diferente de la COVID-19 en el ámbito de los consumos y comportamientos adictivos entre grupos sociales.

La gran mayoría de los y las profesionales que trabajan en el ámbito del tratamiento y la intervención directa con personas con consumo de drogas o con adicciones en Euskadi consideran que, en base al trabajo que han realizado en su entidad, el impacto de la COVID-19 ha sido muy diferente entre grupos sociales (por ejemplo, en familias con un menor nivel socioeconómico, en situación de vulnerabilidad, etc.).

Mayor impacto de la situación vivida durante los últimos meses en el ámbito de los consumos y los comportamientos adictivos entre la población con un nivel socioeconómico bajo, en situación de vulnerabilidad y exclusión social.

### **Apuestas antes y durante la pandemia de COVID-19 entre las personas jugadoras de casinos online: un estudio empírico que utiliza datos de seguimiento del comportamiento.**

La nueva pandemia de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) ha provocado muchos cambios en la vida diaria de las personas (por ejemplo, cierres nacionales, distanciamiento espacial, cuarentena domiciliaria y no grandes reuniones de personas) (Pakpour y Griffiths 2020). Para los jugadores, una de las consecuencias más importante es que, todos los eventos deportivos fueron pospuestas o cancelado durante unos meses lo que significa que este tipo de eventos no podrían ser apuestas (Auer, Malischnig y Griffiths 2020).

Price (2020) encuestó a las personas jugadoras canadienses durante las primeras 6 semanas de medidas de confinamiento y evaluó los problemas de juego utilizando el Índice de severidad del juego problemático, así como otros factores, incluidos los problemas de salud mental, los impactos financieros debido a la pandemia, el uso de sustancias y las motivaciones del juego. Los resultados de una submuestra de 1.081 jugadores/as online indicaron que los jugadores/as de alto riesgo de este grupo tenían una mayor probabilidad de jugar durante el confinamiento canadiense y que uno de los factores de riesgo predictivos para las personas jugadoras online de alto riesgo incluía la influencia de COVID-19 (en respuesta a la declaración "Las medidas de emergencia implementadas debido al COVID-19 influyeron en la decisión de apostar online durante las últimas 6 semanas"). Otros factores de riesgo incluyeron depresión y ansiedad severas y juego mientras bebían alcohol o fumaban cannabis. Price concluyó que el estudio "confirmó muchas de las asociaciones de riesgo presentadas en estudios emergentes relacionados con COVID-19 e investigaciones anteriores sobre la crisis económica mundial relacionada con el riesgo de juego, problemas de salud mental y el uso de sustancias".

Håkansson (2020) recopiló información auto-informada de participantes pertenecientes a Suecia (n = 2016) sobre su participación en el juego online durante la pandemia. El estudio concluyó que solo una minoría de los/las participantes informó un aumento en el juego en respuesta a la pandemia, pero este grupo tenía problemas de juego marcadamente más altos y un mayor consumo de alcohol y puede representar un subgrupo con una vulnerabilidad particularmente alta. Además, Håkansson no encontró un aumento en el juego entre los/as jugadores/as de casino online de alto riesgo y más intensos. Sin embargo, el gasto en juegos de azar auto-informado no refleja necesariamente el juego real. Auer y Griffiths (2017) compararon el gasto real en juegos de azar (utilizando datos de seguimiento del comportamiento) con datos autoinformados sobre el gasto en juegos de los mismos jugadores/as y encontraron que había diferencias significativas entre la intensidad del juego autoinformada y la intensidad real del juego. Más específicamente, las personas jugadoras habituales subestimaron sus pérdidas y sobreestimaron sus ganancias.

Un estudio reciente de Auer, Malischnig y Griffiths (2020) utilizando datos de seguimiento proporcionados por un operador de juegos europeo encontró que la cantidad de dinero apostado por las personas apostadoras deportivas en línea disminuyó significativamente durante la pandemia de COVID-19 (aunque esto se esperaba dado que hubo poco deporte en el que apostar durante las primeras etapas de la pandemia). El estudio también encontró que las personas apostadoras deportivas online no sustituyeron sus apuestas deportivas con juegos de casino online. El porcentaje de personas jugadoras deportivas que jugaron juegos de casino por internet fue significativamente menor después del comienzo de la pandemia global en comparación con antes. Los/las jugadores/as no solo apostaban menos en los deportes (porque había muy pocos deportes en los que apostar), sino que también apostaban menos en los juegos de casino online. En consecuencia, Auer et al. (2020) argumentó que no hubo conversión del dinero gastado de las apuestas deportivas a los casinos online, al menos para el operador particular de juegos de azar online que estudiaron. El mismo estudio también encontró que, aunque los juegos de azar en los casinos en línea no se volvieron más frecuentes, los/las jugadores/as en apuestas deportivas frecuentes mantuvieron la cantidad de juegos de casino online que realizaban, mientras que los/las apostadores/as de deportes menos frecuentes tenían más probabilidades de dejar de jugar por completo. Los/las apostadores/as deportivos más intensos no

parecían jugar juegos de casino en línea con más o menos frecuencia cuando las apuestas deportivas no estaban disponibles durante el inicio de la pandemia de COVID-19. Dada la falta de estudios sobre el impacto de COVID-19 en el comportamiento de juego, el presente estudio investigó el comportamiento de una muestra de personas jugadoras de casinos online antes y después de que se anunciara la pandemia de COVID-19 en marzo de 2020.

Los resultados mostraron que el número de personas jugadoras activas de los operadores de juegos de azar en línea aumentó de manera constante entre el 1 de enero y el 31 de mayo. El estudio examinó si la intensidad del juego de los/las jugadores/as de casino online activos cambió con el tiempo y calculó la cantidad promedio diaria de dinero apostado entre todas las personas jugadoras activas, para cada día entre el 1 de enero y el 31 de mayo (en 2020). Los resultados mostraron que la apuesta diaria promedio disminuyó significativamente con el tiempo (es decir, los/las jugadores/as de casinos en línea apostaron menos dinero a medida que continuaba la pandemia).

Los resultados de este estudio están en línea con los de Auer, Malischnig y Griffiths (2020), quienes (nuevamente utilizando datos de seguimiento) encontraron que la cantidad de dinero apostado por las personas apostadoras deportivas online disminuyó significativamente durante la pandemia de COVID-19 (aunque esto fue esperado dado que había poco deporte en el que apostar durante las primeras etapas de la pandemia). El estudio de Auer et al. (2020) también encontró que las personas apostadoras deportivas en línea no sustituyeron sus apuestas deportivas con juegos de casino en línea. El presente estudio también encontró que los/las jugadores/as de alto riesgo, disminuyó durante el período de 5 meses.

Los hallazgos del presente estudio sugieren que no hubo un aumento en la cantidad de dinero gastado entre los/las jugadores/as de casino online de alta intensidad durante el inicio de la pandemia de COVID-19 en Suecia. En resumen, la intensidad del juego (medida por la cantidad de dinero apostado) de los/las jugadores/as de casinos online suecos disminuyó significativamente durante la pandemia. Sin embargo, la participación de los/las jugadores/as de baja intensidad en el juego aumentó en función de la cantidad de dinero apostado. Esto podría deberse al hecho de que más personas decidieron abrir cuentas de casino en línea debido a que había más tiempo libre disponible. Sin embargo, la disminución en la cantidad total de dinero gastado en juegos de azar en juegos de casino en línea podría deberse a que, durante la pandemia, muchas personas sufrieron económicamente (es decir, no pudieron ganar tanto dinero como antes debido a las restricciones impuestas por el gobierno, aunque en Suecia no hubo confinamiento nacional). Sin embargo, muchas personas suecas trabajaron desde casa durante este período, y es posible que los jugadores no quisieran que los vieran jugando frente a su pareja y/o hijos (como señaló Auer et al. 2020). Además, Auer et al. (2020) también especularon que las personas pueden haber pasado más "tiempo de calidad" con sus familias y/o participar en mejoras para el hogar dado el aumento en las horas que pasan en el hogar (por ejemplo, mejoras en la casa y/o el jardín).

Si bien muchos grupos diferentes (por ejemplo, proveedores/as de servicios de tratamiento, formuladores/as de políticas, reguladores/as del juego y académicos/as) han afirmado que el juego y el juego problemático aumentarían durante la pandemia debido a que se pasa más tiempo en casa, así como a estudios autoinformados realizados durante la pandemia, también sugiere que los juegos de azar online habrían aumentado (Håkansson 2020; Price 2020), la evidencia del presente estudio sugiere que este no es el caso, al menos entre las personas jugadoras de casinos en línea suecos. Una de las razones de esto puede deberse a que los/las jugadores/as habituales (en particular las personas que juegan un par de veces a la semana o más) tienden a tener informes de sí mismos/as menos fiables con respecto a sus gastos de juego basados en estudios que compararon el comportamiento real de juego de los/las jugadores/as utilizando cuentas. datos de seguimiento del comportamiento basados en datos versus los mismos datos autoinformados de los/las jugadores/as utilizando encuestas (Auer y Griffiths 2017; Braverman, Tom y Shaffer 2014). En relación con la protección del jugador/a y la minimización de daños, estudios como el presente sugieren que las personas reguladoras y las personas responsables de la formulación de políticas deberían utilizar datos basados en pruebas de todas las fuentes en lugar de basarse únicamente en datos autoinformados, incluso cuando dichos datos sean representativos a nivel nacional. Si bien el uso de datos de seguimiento del comportamiento tiene una serie de limitaciones antes mencionadas, la principal ventaja es que los datos son objetivos en lugar de subjetivos y se recopilan de jugadores y jugadoras reales, en tiempo real, de entornos de juego reales.

### **Síntomas de depresión y ansiedad asociados con el trastorno de los juegos de Internet, antes y durante la pandemia de COVID-19: en estudio longitudinal.**

La pandemia de la enfermedad del coronavirus-2019 (COVID-19) ha afectado profundamente aspectos de la vida humana a nivel mundial. Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó jugar videojuegos como parte de la campaña #HealthyAtHome para ayudar a mitigar los impactos de la pandemia COVID-19 en la salud mental de las personas (OMS, 2020). Sin embargo, se desconocen los impactos potenciales a largo plazo de dicha recomendación en el bienestar de los/las niño/as y adolescentes, particularmente entre los/las jugadores/as excesivos. Esto es particularmente problemático dado que el juego puede estar en aumento debido a la pandemia de COVID-19, ya que la industria informó un aumento en las ventas durante la pandemia (BBC, 2020).

Además, la experiencia de estrés crónico durante la pandemia de COVID-19 también puede conducir a angustia emocional negativa, especialmente en términos de depresión y ansiedad (p. Ej., Pfefferbaum y North, 2020; Qi u et al., 2020). En consecuencia, aunque jugar videojuegos puede ayudar a las personas a lidiar con estos sentimientos aversivos (King, Delfabbro, Billieux y Potenza, 2020; Ko & Yen, 2020), una mayor participación puede hacer que las personas sean más propensas a experimentar trastornos de los juegos en Internet (IGD), ya que IGD puede ser una respuesta al estrés (Snodgrass et al., 2014). Por lo tanto, este estudio longitudinal examinó las posibles asociaciones entre IGD, síntomas depresivos y de ansiedad, y el papel de los impactos percibidos del COVID-19 en los/as niños/as y los/as jugadores/as adolescentes.

El IGD ha sido propuesto como un trastorno tentativo en el quinto Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (DSM-5) (Asociación Estadounidense de Psiquiatría [APA], 2013) y recientemente reconocido como un trastorno de salud mental oficial por la OMS (Pontes & Griffiths, 2019). (...) En primer lugar, la hipótesis del deterioro interpersonal ve a la IGD como una respuesta desadaptativa al estrés interpersonal más que como una patología per se (Cheng, Cheung y Wang, 2018). Esta hipótesis está alineada con la definición de IGD en el DSM-5 en la que IGD se considera un trastorno de salud mental asociado con un deterioro del bienestar psicosocial (Brunborg, Mentzoni y Frøyland, 2014; Gentile et al., 2011; Teng et al., 2011; Teng et al. al., 2020). En segundo lugar, la hipótesis de compensación / gratificación (p. Ej., Kardefelt-Winther, 2014) considera que la IGD es una consecuencia de la angustia psicológica y la disminución del bienestar en la vida diaria. En consecuencia, es probable que las personas con problemas de salud y bienestar psicológicos se involucren en juegos excesivos, lo que aumentará aún más la vulnerabilidad al IGD mientras intentan escapar de experiencias adversas de salud mental y sentimientos negativos (p. Ej., Li et al., 2011). En tercer lugar, la hipótesis de causas comunes / comorbilidad sugiere una relación dinámica y bidireccional entre el IGD y la salud psicológica (p. Ej., Gonzalez-Bueso et al., 2018; Wichstrøm, Stenseng, Belsky, von Soest y Hygen, 2019). Esta hipótesis fue apoyada por estudios transversales previos (p. Ej., Burleigh, Stavropoulos, Liew, Adams y Griffiths, 2018; King y Delfabbro, 2016) y estudios longitudinales (p. Ej., Jeong et al., 2019; Krossbakken et al., 2018; Liu et al., 2018).

La investigación no solo ha investigado cómo la pandemia de COVID-19 ha afectado la salud mental de las personas, sino que también ha examinado las percepciones y respuestas de las personas a la pandemia de COVID-19 y su asociación con la salud mental. Por ejemplo, el miedo subjetivo al COVID-19 está estrechamente asociado con los síntomas de depresión y ansiedad (Fitzpatrick, Harris y Drawwe, 2020).

Durante la pandemia de COVID-19, es probable que los/las niños/as y adolescentes hayan aumentado su compromiso con los videojuegos en términos de tiempo dedicado a la actividad (King et al., 2020; Kiraly et al., 2020; Ko & Yen, 2020) para ayudarles a satisfacer las necesidades psicosociales básicas durante el período de "permanencia en casa" que azotó la pandemia. Sin embargo, dado que la pandemia de COVID-19 es un factor estresante importante en la vida, los/las niños/as y adolescentes pueden optar por jugar videojuegos como una estrategia de afrontamiento para ayudar a reducir el estrés, y algunos también pueden jugar videojuegos de manera problemática, aumentando aún más su riesgo potencial de IGD.

Los resultados indicaron que la cantidad de uso de videojuegos y la gravedad de IGD aumentaron significativamente entre los/as adolescentes durante la pandemia de COVID-19. Además, los hallazgos sugirieron que los síntomas depresivos y de ansiedad antes de la pandemia de COVID-19 predijeron positivamente la gravedad de IGD y el uso de videojuegos durante la pandemia de COVID-19, pero no a la inversa, lo que respalda aún más la hipótesis compensatoria (p. Ej., Kardefelt-Winther, 2014). Los hallazgos también fueron consistentes con el modelo I- PACE (Brand et al., 2019) e indicaron que los impactos percibidos de COVID-19 fueron un mediador significativo en la relación entre los síntomas depresivos y los síntomas de ansiedad antes de la pandemia de COVID-19 y la gravedad de IGD durante la pandemia de COVID-19.

En general, los hallazgos de este estudio fueron consistentes con las afirmaciones académicas anteriores que sugerían que la pandemia de COVID-19 potencialmente llevaría a que los/as niños/as y adolescentes se involucraran más en los videojuegos (King et al., 2020; Kiraly et al., 2020; Ko Y yenes, 2020).

Es bien sabido que la adolescencia se asocia con un mayor riesgo de aparición de diversos problemas emocionales y de comportamiento, lo que la convierte en un período crítico de vulnerabilidad para los trastornos adictivos (Crews, He y Hodge, 2007; Steinberg, 2005), incluido el IGD (Gentile et al., 2011; Peeters, Koning y van den Eijnden, 2018). Por lo tanto, cuando se enfrentan al estrés relacionado con la pandemia de COVID-19, en comparación con los/as niños/as, los/as adolescentes pueden seleccionar estrategias de afrontamiento negativas que conduzcan al desarrollo de IGD a través de juegos excesivos y desregulados. En términos de factores relacionados con los padres, es posible que los niños se beneficien más de la supervisión paterna más cercana recibida durante la etapa de encierro de la pandemia, ya que generalmente es más probable que obedezcan a sus padres que los adolescentes (Lwin, Stanaland y Miyazaki, 2008). En consecuencia, los niños pueden haber presentado un menor riesgo de experimentar una mayor gravedad de la IGD que los adolescentes debido a la mediación, el seguimiento y la supervisión de los padres.

El presente estudio también encontró que los síntomas de ansiedad y depresión pre-pandémicos predijeron el uso de videojuegos y la gravedad de IGD durante la pandemia de COVID-19. Este hallazgo proporciona más apoyo a la hipótesis compensatoria (Kardefelt-

Winther , 2014), que propone que la IGD puede desarrollarse como un mecanismo de compensación funcional y como resultado de una peor salud psicológica durante el período pandémico. Este resultado también fue consistente con estudios metaanalíticos previos (Richard et al., 2020) y una investigación empírica que muestra que la salud psicosocial disminuida puede conducir a IGD (Maroney et al., 2019; Wartberg et al., 2019). Puede darse el caso de que los/as adolescentes reclutados presentaran altos niveles de síntomas depresivos basales, lo que puede haber facilitado comportamientos de juego excesivos porque la investigación longitudinal sugiere que la depresión y la ansiedad son un factor de riesgo para la EIG (Burleigh et al., 2018), que puede ser de particular importancia durante el período de la pandemia de COVID- 19.

El presente estudio también encontró que los impactos percibidos de COVID-19 desempeñaron un papel mediador clave en la relación longitudinal entre los síntomas depresivos y de ansiedad antes de la pandemia de COVID-19 y la gravedad de IGD durante la pandemia de COVID-19. Este hallazgo se alinea con la investigación transversal previa (Duan et al., 2020; Huang & Zhao, 2020; Wang et al., 2020) que sugiere que el aumento de los impactos percibidos del COVID-19 puede provocar trastornos psiquiátricos (Tull et al., 2020), posiblemente relacionado con trastornos adictivos (Marsden et al., 2020) junto con trastornos depresivos y de ansiedad (Huang & Zhao, 2020).

El presente estudio no encontró diferencias de desarrollo (niños/as y adolescentes) o de sexo (niños y niñas) en las relaciones entre los síntomas depresivos, los síntomas de ansiedad y la EIG. Asimismo, también queremos mostrar la necesidad que ha sufrido la población de manera general ante esta pandemia y crisis a nivel mundial.

### » Necesidades de la ciudadanía ante la crisis del COVID-19.

Se ha proporcionado información sobre necesidades y demandas de apoyo psicológico profesional que expresó la ciudadanía en situación de extrema dificultad. La población ha demostrado:

- Capacidad de adaptación y valentía de afrontar problemas.
- Estar frente a las circunstancias vitales, personales y sociales lo que supone una gran dureza.
- Entre estas personas se encuentran aquellas con vulnerabilidad psicológica y la ciudadanía en general, deberán atravesar por una gran dificultad psicológica sin estar preparada.

Por otro lado, queremos mostrar de una manera esquemática sentimientos por los que ha pasado la ciudadanía en esta pandemia, motivos por los que se solicitaba una sesión, así como los procedimientos de actuación que se han llevado a cabo.

### > *Sentimientos normales en una situación excepcional.*

- Formas de contacto telemáticas vía correo electrónico, *WhatsApp* y número de teléfono directo.  
→ Todas las consultas atendidas y recogidas por profesionales.
- Solicitaban servicios de atención:
  - Personas de avanzada edad.
  - Personas en situación de soledad.
  - Personas que se alejan de sus seres queridos.
- 82% de estas personas pedían atención para sí mismas.
- Hay un alto porcentaje de consultas por mujeres: 74% de mujeres y 15% de hombres.

### *¿Por qué de las consultas?*

1. Situaciones de ansiedad.
2. Sobrecarga emocional o estrés agudo.
3. Miedo al contagio, a contagiarse, a la enfermedad, a la muerte...
4. Preocupación por seres queridos.
5. Duelos.
6. Agudizaciones de patologías previas.
7. Como gestionar situaciones propias.
8. Cómo comunicar malas noticias a menores.
9. Problemas de convivencia.
10. Violencia de género.
11. Desajustes psicológicos/vulnerabilidad.
12. Situaciones de estrés agravado por el confinamiento.

### > Procedimiento de actuación.

- 4 coordinadoras llevaban a cabo este servicio.
- Especializadas de psicología de Emergencias.

Funciones:

1. Realizar la primera atención y proceder a la recogida de datos.
  - Facilitar atención de red sociosanitaria pública (externo).

### > Antecedentes psicológicos

39% de personas solicitantes del servicio:

- Trastornos de ansiedad.
- Depresión.
- Psicopatología grave.
- Estrés agudo.

31% de personas solicitantes del servicio, confirmaron que antes del confinamiento y alarma sanitaria, no presentaban sintomatología destacable...

- No recibían ni habían recibido tratamiento psicológico ni psiquiátrico previo.

### > Conclusiones y perspectivas

Se ha demostrado que la ciudadanía tiene una gran capacidad de adaptación y resiliencia ante una situación excepcional.

- Ayuda psicológica como recurso para afrontar problemas que antes no estaban acostumbrados/as.
- Situación vivida → potenciar importancia de la salud psicológica de la población.
- Período indefinido de alerta social → terreno desconocido en todos los niveles.
  - Incertidumbre y confusión.
  - Afecta: calidad de vida, nivel social, laboral, económico, generando ansiedad y estrés.

Un recurso que podemos tener en cuenta y que además aporta grandes beneficios es el de planificar y ordenar nuestra vida cotidiana. De esta forma, reducirá notablemente nuestro estrés y ansiedad, tendremos más tiempo para realizar cualquier tarea o hobby, pasar tiempo con familiares y amigos, despejará nuestra mente y mejorará nuestra salud.

### **Repercusiones en la población en general asociadas:**

La pandemia causada por el Covid-19 ha supuesto un cambio en nuestros hábitos de vida y relaciones que se ha visto especialmente afectada por un periodo de confinamiento. Asimismo, las medidas tomadas para hacer frente a esta han tenido un gran impacto en todos los aspectos de la población, incluyendo la salud mental. Además, es probable que las consecuencias de la pandemia en la salud mental de la población se mantengan en el futuro (Holmes et al., 2020) y que lleguen a su punto más alto después de la pandemia actual (Gunnell et al., 2020).

Según diversos estudios, el impacto en la salud mental podría estar determinado por factores diferenciados tales como el desempleo masivo y su consecuente inestabilidad económica, el aislamiento social obligatorio que podría mantenerse de manera residual durante años, y la incertidumbre, tanto frente a la emergencia de este nuevo virus, como ante la situación actual y futura (Peterson, Westfall y Miller, 2020). Otras investigaciones defienden, además de los mencionadas previamente, otros mecanismos mediante los cuales la pandemia está teniendo impacto en la salud mental de la población: el miedo, la ansiedad y la soledad, entre otros (Holmes et al., 2020; Smith, Ostinelli y Cipriani, 2020).

El factor relacionado con la pandemia sobre el que más se ha investigado es el aislamiento social. Elovainio et al. (2017) y Matthews et al. (2019) han demostrado que este tiene una intensa relación con la ansiedad, la depresión, las autolesiones y los intentos de suicidio. En un estudio llevado a cabo en el Reino Unido, al evaluar el impacto de la pandemia se encontró, de manera generalizada en la población, preocupación por los efectos que puede tener el aislamiento social en el bienestar general, aumento en los niveles de ansiedad, depresión, estrés y otros sentimientos negativos, y preocupación por las implicaciones a nivel práctico de la pandemia, como pueden ser, las dificultades económicas entre otras. Todos estos factores, es decir, la preocupación frente a la respuesta social y psicológica de la pandemia, se encontraron en mayor medida que el miedo a infectarse por el virus (Cowan, 2020).

En un estudio llevado a cabo con profesionales de Euskadi, se evidencia que estos/as han detectado, también en la población general, un aumento de situaciones de angustia, mayores niveles de estrés y ansiedad, más personas afectadas por escasos recursos económicos, un aumento de problemas laborales y de los niveles de soledad. También se han detectado problemas para cumplir las medidas de seguridad propuestas para hacer frente a la pandemia y para pagar sanciones y/o multas, atención y seguimiento menor en servicios asistenciales públicos y aumento de problemas educativos, comportamentales o conductuales y de violencia de género.

Además, aunque se ha demostrado que la pandemia está teniendo un impacto tanto a nivel económico como social en la población general, este impacto se intensifica cuando hablamos de colectivos vulnerables y/o marginalizados existiendo diferencias importantes entre países (UNDP, 2020). En el informe de Euskadi mencionado previamente, se estipula que hay ciertos colectivos que pueden ser más vulnerables a los efectos de la pandemia. Estos serían: familias vulnerables, que tengan un bajo nivel de ingresos o condiciones laborales precarias, personas que viven solas o que tienen problemas de vivienda, familias desestructuradas y adolescentes sin control parental, personas y familiares de personas con adicciones no diagnosticadas, personas con problemas emocionales, conductuales o de salud mental previos, población residente en áreas urbanas y por último, personas que son consumidoras sociales o que pueden tener problemas de la hora de adquirir las sustancias. En general, se ha encontrado que las personas y colectivos que ya contaban con diferentes factores de riesgo para estar en una situación de exclusión previamente a la pandemia han visto su situación agravada y vulnerabilizada a raíz de esta (Fundación Egia-Careaga y Gobierno Vasco, 2020).

Uno de los colectivos más vulnerables son las personas con enfermedad mental, en las que el miedo, el distanciamiento social y el auto-aislamiento puede estar agravando la sintomatología previamente presentada (Yao, Chen y Xu, 2020; Volkow, 2020). Por otro lado, muchas de las consecuencias de la cuarentena, entre ellas tanto el distanciamiento físico como social, son en sí mismos factores de riesgo para aspectos relacionados con la salud mental (Holmes et al., 2020). Algunos de estos aspectos pueden ser el suicidio (O'Connor y Nock, 2014; John et al., 2018) y las autolesiones (John et al., 2018), el uso inadecuado de alcohol u otras sustancias, la violencia de género y violencia a menores, y diferentes riesgos psicosociales (desconexión social, ciberbullying, estrés, duelos, desempleo, sinhogarismo, ruptura de relaciones, entre otras) (Turecki et al, 2019). Además, a las personas con enfermedad mental les afectan en mayor medida, las respuestas emocionales frente a la pandemia (Yao, Chen y Xu, 2020).

En algunos casos, es posible que se desarrollen nuevos problemas de salud mental, como pueden ser enfermedades como la depresión, la ansiedad y trastorno de estrés postraumático. Asimismo, todas estas enfermedades están relacionadas con un mayor riesgo de suicidio (Gunnell et al., 2020). Chevance et al. (2020) identificaron en un estudio los factores que incrementaban la vulnerabilidad de las personas con enfermedad mental durante la pandemia. Estos/as pacientes **a)** sufren más comorbilidades médicas, como patologías cardiovasculares y pulmonares, diabetes, obesidad, etc. **b)** tienen una edad más avanzada, **c)** presentan mayores trastornos cognitivos y comportamentales, que a su vez pueden afectar a las medidas de higiene y confinamiento y por último, **d)** muestran mayores niveles de vulnerabilidad psicosocial, como consecuencia del estigma social y las dificultades socioeconómicas a las que se enfrentan. Todos estos factores se relacionan con un peor pronóstico en caso de infección por COVID-19 (Chevance et al., 2020).

Como se ha mencionado previamente, los efectos del COVID- 19 y las medidas que se han tomado para hacerle frente han exacerbado las desigualdades entre las comunidades marginalizadas (Picchio et al., 2020). Un colectivo que se considera especialmente vulnerable y marginalizado son las personas consumidoras de drogas o con adicciones a las mismas (EMCDDA 2020).

Las personas adictas o consumidoras de drogas se enfrentan a más barreras legales, estructurales y sociales que el resto de la población, así como a prevalencias más altas de morbilidad y mortalidad prematura (Degenhardt et al., 2019). Estas personas se enfrentan también, además de a los riesgos a los que se enfrenta la población general, a algunos riesgos adicionales, como pueden ser comportamientos relacionados con el consumo de drogas, cambios en la accesibilidad y disponibilidad de lugares en los que anteriormente consumían, cambios en los recursos asistenciales, etc. También es posible que este colectivo priorice el consumo de droga frente a otras preocupaciones de la salud, cómo mantener la higiene (Dunlop et al., 2020) o el aislamiento social, dado que el consumo de drogas se produce a menudo en contextos en los que las personas se reúnen y comparten tanto la droga como el material utilizado (EMCDDA, 2020).

Varios autores/as también han destacado que las personas consumidoras de sustancias o adictas a estas pueden presentar mayor problemática en caso de ser infectados/as por el COVID -19, debido a que muestran, al igual que las personas con enfermedad mental, mayor sintomatología que puede empeorar su pronóstico (Dunlop et al, 2020). Sin embargo, debido a la creencia de que las personas adictas lo son porque muestran debilidad y toman malas decisiones, existe el riesgo de que cuando los hospitales estén desbordados, sean las personas con adicciones las que son dejadas de lado y no reciban el tratamiento correcto (Volkow, 2020). El informe de EMCDDA (2020) también prevé que es posible que este estigma asociado a algunos tipos de consumo genere obstáculos a la hora de promocionar las medidas de reducción de riesgos en este colectivo (UNODC, 2020).

En el estudio realizado por profesionales en Euskadi, anteriormente mencionado, se evidencia que estos/as han detectado aumentos en diferentes problemáticas que presentaban las personas adictas que hacían uso de los recursos que ofrecían. Principalmente han aumentado los problemas laborales y económicos, problemas de angustia, estrés y ansiedad y la sensación de soledad percibida. En general, también se ha detectado un aumento en la estigmatización y el rechazo social hacia los colectivos de personas consumidoras de drogas o con adicciones, que ya partían de una base de mayor vulnerabilidad. Estos/as profesionales también muestran incrementada preocupación por el control y seguimiento por parte de las autoridades policiales que se ha detectado hacia este colectivo durante la época de pandemia (Fundación Egia-Careaga; Gobierno Vasco, 2020; Chang, Agliata y Guarinieri, 2020). Más concretamente, según el estudio Well Being Trust, los altos niveles de estrés, desempleo y aislamiento como consecuencia de la pandemia, podrían resultar en hasta 75.000 muertes por desesperanza relacionadas con las drogas, el alcohol y el suicidio (Petterson, Westfall y Miller, 2020). Otros estudios también advierten de la importancia de la prevención del suicidio, ya que las tasas podrían incrementarse a medida que la pandemia se extiende y tiene más consecuencias a largo plazo en la población general. Esto puede deberse a que algunas personas en riesgo de suicidio pueden no pedir ayuda, temiendo que los servicios de salud mental estén sobrecargados, y que las sesiones cara a cara los pongan en riesgo. Otras personas pueden buscar asesoramiento en líneas de ayuda gestionadas por voluntarios. Es posible que estas estén recibiendo demandas por encima de sus capacidades, tanto por el incremento de demandas, como por la reducción de las personas voluntarias (Gunnell et al., 2020).

Según Chiappini, Guirguis, John, Corkery y Schifano (2020), las personas que consumen o tienen adicciones a sustancias pueden experimentar como consecuencia de la pandemia, por un lado, cambios en las dosis de consumo y cambios a otras sustancias en caso de perder acceso a las que previamente consumían. Por otro lado, también pueden sufrir recaídas en caso de haberse recuperado previamente de la adicción.

Según un informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2020), es posible que las consecuencias a largo plazo de la pandemia produzcan cambios en los patrones de consumo. Más concretamente, la Fundación Egia-Careaga y Gobierno Vasco (2020) ha mostrado, hasta la fecha de diciembre de 2020, los/las profesionales han detectado un aumento en el consumo de alcohol (73,9% de los/as profesionales), de cannabis (56,5% de los/as profesionales) y de tabaco (43,5% de los/as profesionales) en hombres. En el caso de consumo de psicofármacos no hay consenso en sí el nivel de consumo ha aumentado o se ha mantenido, y en cuanto a las drogas ilegales, el 34,8% de los/as profesionales considera que el consumo se ha mantenido estable. En cuanto a las mujeres, los/as profesionales también han detectado un aumento en el consumo de alcohol (65,2% de los/as profesionales), de psicofármacos (52,5% de los/as profesionales) y de tabaco (47,8% de los/as profesionales). La mayoría de las profesionales no ha detectado en las mujeres cambios en el consumo de cannabis (52,2% de los/as profesionales) ni de otras drogas ilegales (43,5% de los/as profesionales). Otra realidad en cuanto al cambio en los patrones de consumo es el cambio del consumo social al consumo en domiciliario, en privado. Los/as técnicos/as (52,9% técnicos/as de prevención y 78,3% de intervención) afirman que ha aumentado el consumo adictivo en solitario, y con ello, la permisividad respecto a los comportamientos adictivos en el hogar. En este último punto no hay un consenso absoluto, ya que se han detectado familias en ambos extremos del continuum. Por un lado, familias que para evitar conflictos o discusiones han aumentado los niveles de permisividad ante el consumo de sus miembros, y por otro, familias que no conocían el grado tan elevado de consumo de su familiar, y que, en consecuencia, han limitado su permisividad, limitando o restringiendo el consumo de la persona. Estos/as mismos/as profesionales (41,2% técnicos/as de prevención y 78,3% de intervención) también han detectado un mayor nivel de consumo derivado del estrés, angustia o ansiedad. Además, también se ha encontrado un aumento en la cantidad de psicofármacos prescritos desde Atención Primaria. En cuanto a las personas adictas y consumidoras de drogas que hacen uso de los recursos asistenciales, también se han detectado varios cambios en comparación con la situación de antes de la pandemia. Ha aumentado el número de personas atendidas con recaídas, se ha detectado un aumento en el consumo derivado por el estrés y la angustia que provoca la situación de pandemia, y también ha aumentado el número de casos atendidos de urgencia.

En cuanto al perfil de las personas atendidas, pueden diferenciarse tres grupos: primero están las personas previamente consumidoras de drogas o adictas que se han mantenido en los recursos desde antes de la pandemia. El segundo grupo se compone de personas que ya consumían o eran adictas y a las que la situación actual ha agravado el consumo o la adicción y, por último, nuevos/as consumidores/as. Cabe destacar que de este último grupo forman parte tanto las personas que han empezado a consumir como consecuencia de la situación, como aquellas que se han visto en la necesidad de cambiar la sustancia consumida, debido a la dificultad de acceso a la sustancia previa.

También se ha detectado, aunque en menor medida, un aumento general en el número de personas atendidas, y en la gravedad que estas presentan durante la fase de desconfinamiento y, sobre todo, en esta fase de "nueva normalidad". Sin embargo, en cuanto a esto, cabe mencionar que se ha detectado un menor número de casos de los esperados durante la fase de confinamiento. Según Chang, Agliata y Guarinieri (2020), esta situación actual de pandemia ha evidenciado que, a nivel mundial, el sistema económico y el sistema de salud son frágiles, y no estaban preparados para afrontar la pandemia. En esta situación, en la que es probable que las personas consumidoras de drogas o adictas hayan necesitado un mayor acceso que anteriormente a diferentes tratamientos y servicios (Chiappini et al., 2020), se han reportado cierres en diferentes servicios, entre otros en Estados Unidos, Europa, África Subsahariana, Latinoamérica y El Caribe (Sarosi, 2020). En esta situación de pandemia, el sistema de salud mental ha demostrado ser todavía más vulnerable que los sistemas de salud generales: se ha reducido el número de camas, había una alta intensidad de pacientes en los pabellones, los servicios comunitarios han cerrado y se ha contado con limitado personal médico, que además estaba pobremente cualificado para hacer frente a la situación (Chevance et al., 2020). Por ejemplo, en Euskadi, ha habido una cancelación temporal de programas de intervención durante la época del confinamiento. Algunos de estos programas se recuperaron en el desconfinamiento, pero algunos de ellos, aún siguen sin haberse recuperado en la actualidad. También se han dado, a medida que ha ido avanzando la pandemia, adaptaciones y continuidad de diferentes programas, así como intervenciones de forma telemática (Fundación Egia-Careaga y Gobierno Vasco, 2020).

En un estudio llevado a cabo por Consejería de Sanidad de Madrid (2020) se ha evidenciado que los mayores retos en la situación de pandemia han sido: **a)** informar a los/as pacientes de los riesgos que conlleva la infección de la COVID-19, **b)** obtener equipos de protección personal suficientes para los profesionales, **c)** el manejo de los/as pacientes infectados/as por el virus, **d)** ayudar a los/as pacientes más marginalizados/as a acceder a los servicios higiénicos esenciales, **e)** incremento en el uso de tecnologías, **f)** escasez de profesionales y el acceso de los/as nuevos/as clientes/as, **g)** el aumento en la demanda del tratamiento de sustitución y **h)** la necesidad de reducir los riesgos que los cambios rápidos en los tratamientos han podido producir.

A nivel mundial, algunos servicios han implementado asistencia psiquiátrica a remoto (por teléfono o de manera digital), pero estos servicios no se han implementado lo suficiente como para cubrir las necesidades de las personas que los utilizan. Sin embargo, se debe tener en cuenta, que no todas las personas se sienten cómodas con este tipo de interacciones que, al mismo tiempo, puede estar teniendo también un impacto en su propia privacidad (Gunnell et al., 2020).

Cuando se pregunta a los/as expertos/as por los cambios dados en los tratamientos que mejores resultados han tenido, destacan la integración de las nuevas tecnologías en las prácticas profesionales (Consejería de Sanidad de Madrid, 2020). Además, la mayoría de los/las profesionales considera especialmente importante la labor de apoyo y de acompañamiento, así como la atención tanto psicológica como emocional que se ha prestado a las personas consumidoras durante esta situación complicada para todas las personas de la población (Fundación Egia-Careaga y Gobierno Vasco, 2020).

A modo de conclusión, para tratar de mitigar el impacto que la pandemia de Covid-19 va a tener no sólo en los servicios de salud mental, sino a nivel general en la población, Petterson, Westfall y Miller (2020) hacen las siguientes recomendaciones: mantener a la población trabajando, conectadas unas con otras, mantener la salud mental integrada en los servicios de salud, proveer información de la manera correcta (priorizando los hechos, para no causar situaciones de incertidumbre), ofrecer una visión de futuro, y ofrecer cuidados a las personas de la población. Además, en el caso específico de las personas consumidoras o adictas a las drogas, será indispensable su participación, además de la descriminalización de la adicción y la accesibilidad a las redes comunitarias, para poder hacerle frente a la pandemia (Chang, Agliata y Guarinieri, 2020).

Finalmente, aunque el COVID-19 y la pandemia que le ha seguido ha tenido un gran impacto en la sociedad, también ha destacado algunos aspectos positivos en relación con las personas adictas. Uno de los más importantes ha sido que ha podido detectarse un mayor nivel de conciencia en cuanto a la adicción propia y que el confinamiento ha podido ser una oportunidad de relación con las personas convivientes (en las familias en las que había un buen ambiente previo, la relación durante la pandemia ha mejorado) así como una mayor disponibilidad por parte de los/as progenitores/as de volcarse en los/as jóvenes o adolescentes y la oportunidad para dejar de consumir debido a la dificultad para obtener la sustancia o a las restricciones por parte de las personas convivientes (Fundación Egia-Careaga y Gobierno Vasco, 2020).

A continuación, se presentan de manera diferenciada datos específicos en función de la edad (jóvenes y adolescentes y tercera edad) así como perspectiva de género.

## > Perspectiva de género.

Aunque podamos pensar que este apartado de la guía que está especialmente dirigido a la mujer no debería tener que llegarse a escribirse, actualmente sigue resultando necesario. Nuestra sociedad sigue estando estructurada por una división de sexos. A pesar de que se esté intentando equiparar la mujer con respecto al hombre en cuanto a sus derechos en las diferentes áreas de la vida (política, social, económica, etc.), las desigualdades siguen estando aún muy presentes (cargos de responsabilidad laboral, reparto de roles en las familias, salarios, etc.).

Constructos sociales como la independencia y la autonomía son principios muy valorados en nuestra sociedad, presentándose como objetivos básicos y principales de muchas personas que presentan problemas de drogodependencia; valores que uno/a no siente que adquiera por el hecho de encargarse de una familia, sino a través del trabajo remunerado. Las mujeres llevan años en la lucha por homologarse en el desempeño de empleos públicos, para poder hacer lo que "hacen los hombres", intentado que la división sexual del trabajo deje de presentarse como una categoría que estructure nuestra sociedad. No obstante, los hombres, como grupo social, no luchan por poder llegar a encargarse de los cuidados domésticos o afectividad familiar como una tarea digna o representativa de su sexo.

Nos encontramos ante un escenario donde la mujer que realiza comportamientos transgresores, es decir, que no son socialmente asumidos como "normales" o que no se ajustan a los "roles o cualidades femeninas" esperadas, son sometidas a un mayor cuestionamiento que en el caso de los hombres, sufriendo así un proceso de doble penalización: la moral y la social. La sociedad, de la que evidentemente las mujeres también forman parte, elaboran unos valores y opiniones sociales generalizadas, que conllevan el rechazo de las excepciones, como podrían ser el caso de las mujeres que desarrollan conductas disruptivas. De un hombre "se espera". En el imaginario colectivo ellos representan lo agresivo, se les normaliza y justifica el hecho de cometer conductas ilegales, incluso existe la identidad de "hombre heroinómano" u "hombre delincuente". Sin embargo, **de una mujer "no se espera". En el imaginario colectivo presentan un patrón de mayor sumisión, tranquilidad, falta de agresividad, mantenedoras del equilibrio y la armonía familiar y social.** La mayor transgresión imaginada socialmente en una mujer por excelencia es el estigma identitario de "prostituta".

Por lo tanto, todo estilo de vida o conducta disruptiva que transgreda nuestra construcción/imaginario mental, en cuanto a lo que "se espera" y "no se espera" socialmente del rol femenino, deriva en una mayor incompreensión; destacando, entre otras, la postura social que adopta una Mujer Adicta.

Este último año ha habido una creciente, aunque todavía escasa, investigación sobre el impacto que ha desencadenado la pandemia del COVID-19 en las diferentes áreas de la vida, como son la económica, la médica, la social, la política, o la laboral, entre otras; incluyendo el indudable efecto que supone en la salud mental de toda la población. Al igual que resulta obvio pensar que el impacto de la pandemia en la vida y necesidades de cada persona podría variar en función de la edad o del ciclo vital en la que esta se encuentre, también debemos tener en cuenta que la manifestación de los síntomas psicológicos y factores de vulnerabilidad que subyacen en el desarrollo de las distintas problemáticas de salud mental varían en función del género (Gaviria y Alarcón, 2010).

Por su parte, la ONU (Organización de las Naciones Unidas, 2020), indica que la pandemia ha generado una profunda alteración en el funcionamiento social y económico, haciendo visible la dependencia que la sociedad tiene de las mujeres, tanto en el hogar como en primera línea de acción. No obstante, también se han puesto de manifiesto las desigualdades estructurales (p.ej., económicas, sanitarias, sociales, etc.), viéndose amenazados los avances logrados hasta el momento en materia de los derechos de igualdad entre hombres y mujeres.

En primer lugar, durante la pandemia se hace notoria la contribución de las mujeres a todos los niveles (como profesionales sanitarias, gestoras, científicas, voluntarias comunitarias, desarrolladoras de vacunas, puestos de transporte, etc.). Es más, las mujeres actualmente representan el 70% del personal sanitario, así como la mayoría del servicio de las instalaciones sanitarias (limpiadoras o proveedoras de comida, entre otras). Sin embargo, siguen sin estar suficientemente representadas en cuestiones como la toma de decisiones en la respuesta al Covid-19 o en los puestos de liderazgo en el sector sanitario, además de recibir en muchas ocasiones salarios inferiores a los hombres.

Al mismo tiempo, la situación de vulnerabilidad de las mujeres puede verse agravada si tenemos en cuenta que el confinamiento, las cuarentenas, las medidas de distanciamiento social o el cierre de colegios, han podido agudizar la carga universal de cuidados. Concretamente, en muchos hogares se ha asumido la totalidad de los cuidados de personas dependientes que se encontraban anteriormente institucionalizadas en residencias o en centros de día. Además, se han incrementado las necesidades de cuidados de

personas afectadas y no afectadas por el virus, incluyendo el cuidado de los/as niños/as y adolescentes; y se han intensificado las tareas domésticas relacionadas con actividades cotidianas básicas (p.ej., la higiene). **En tiempos de crisis y aislamiento social, el riesgo de abuso doméstico aumenta** (Peterman et al., 2020; Usher et al., 2020). Por tanto, las mujeres corren el riesgo de pagar un precio más alto a consecuencia de la crisis de Covid-19 que los hombres debido a la excesiva carga de trabajo físico y mental que deben asumir, destacando entre ellas mayores niveles de síntomas ansioso-depresivos, de estrés postraumático y percepción de soledad. **De hecho, las madres representan el 76,2% de cada una de las horas del trabajo de cuidado no remunerado, lo que podría suponer hasta el triple de la jornada laboral** (Camino Acosta, 2021). No obstante, muy pocos puestos de trabajo proporcionan en la actualidad una flexibilidad laboral que permita equilibrar la carga de dichos cuidados. Es más, en la Encuesta de Población Activa, el hecho de encargarse del cuidado y trabajo doméstico sigue siendo catalogado como "inactividad".

Por todo ello, dada la **elevada feminización tanto de las profesiones sanitarias que luchan en primera línea contra la pandemia, así como del sector de cuidados profesionales y de cuidados domésticos**, resulta evidente pensar que **las mujeres están expuestas a una mayor probabilidad de contagio y exposición frente a la enfermedad**. Lo que a su vez podría incrementar los sentimientos de angustia, miedo, pánico, culpa o responsabilidad, suponiendo un factor de alto riesgo para el desequilibrio no solo de la salud física, sino también de la salud mental.

En este sentido, ya se están publicando los primeros estudios que muestran evidencias respecto a las diferencias de género en las respuestas emocionales al COVID-19. Algunos estudios basados en las diferencias del lenguaje muestran que las mujeres se manifestaban más preocupadas, ansiosas, temerosas y tristes que los hombres durante la pandemia. En esta línea, comienzan a publicarse investigaciones que apuntan a que el Covid-19 podría estar teniendo un mayor impacto psicológico en las mujeres que en los hombres (Ausín et al., 2021). De hecho, una investigación realizada por Van der Vegt y Kleinberg (2020) encuentra que **las mujeres se mostraban más preocupadas por el bienestar de sus seres queridos y la salud**, mientras que **los hombres presentaban una mayor preocupación por los efectos de la pandemia sobre la sociedad y la economía**.

Por otro lado, los datos recogidos hasta la fecha muestran un **repunte de casos de violencia doméstica**, algo que resulta indiscutiblemente preocupante; y que se ve agravado por cuestiones económicas, sanitarias, restricciones en el movimiento, reducciones de ayudas o confinamientos en los hogares. En algunos países, las llamadas de emergencia relacionadas con casos de violencia doméstica se han disparado un 25% desde el inicio de la pandemia. No obstante, es muy posible que esta cifra solo sea un mero reflejo de las casuísticas de más gravedad. La cuarentena y las restricciones en la movilidad han contribuido al aislamiento de estas mujeres respecto a sus redes de apoyo y familiares, dejándolas aún más indefensas y atrapadas con sus maltratadores. El cierre de negocios no esenciales también está impidiendo que el trabajo se utilice como una vía de escape para muchas de estas mujeres, aumentando al mismo tiempo su inseguridad económica, lo que dificulta aún más alejarse de sus parejas maltratadoras. Asimismo, muchos de los recursos están dirigidos mayoritariamente a la lucha contra la pandemia dejando en un segundo plano el resto de las problemáticas, por lo que los servicios judiciales, sociales o sanitarios se encuentran actualmente sobrecargados para dar una respuesta consistente a las mujeres que consiguen dar parte de su situación.

En conclusión, debemos prestar especial atención a las consecuencias que en otros momentos ya han sido asociadas a un mayor impacto en la salud de las mujeres y que, debido a la pandemia, pueden verse agudizadas: mayor cansancio, miedo al contagio, peor salud percibida, estrés, depresión, malestar, consumo de psicofármacos, dietas no saludables, escaso ejercicio físico, problemas en la higiene del sueño, mayores demandas de cuidados informales; y, de forma general, menor disponibilidad de tiempo para el autocuidado (del Río Lozano y García Calvente, 2020).

Como se ha mencionado con anterioridad, las diferencias socialmente asignadas a cada uno de los sexos producen desigualdades que repercuten una disminución de la salud, el desarrollo y el bienestar de las mujeres (Ortiz y Clavero, 2014). Cuando aterrizamos en el área concreta de las adicciones, la investigación más actual señala que las mujeres que sufren problemas adictivos difieren de sus homólogos varones respecto a sus patrones de uso, inicio, características psicosociales y fisiológicas, evolución, práctica, sentidos y motivaciones, comorbilidad, así como en las consiguientes consecuencias que acarrear dichos consumos. No obstante, las mujeres con problemas adictivos sí comparten con otras mujeres no consumidoras ciertos aspectos que permiten colegir que las diferencias que presentan respecto a los hombres con adicción no provienen tanto del hecho de consumir en sí, como de las experiencias o vivencias relacionadas a cuestiones de género (Nelson-Zlupko et al., 1995).

También se han encontrado evidencias que indican que los hombres y las mujeres, una vez que han dejado de consumir sustancias, recaen en circunstancias y por motivos diferentes (Rubin et al., 1996). En esta línea, la investigación desarrollada hasta la fecha ha generado una base teórica lo suficientemente sólida como para poder afirmar que los factores mantenedores, de riesgo, así como los desencadenantes que hacen a hombres y mujeres más vulnerables a una recaída difieren entre sí; y que las mujeres manifiestan emociones y respuestas conductuales distintas durante y después de dichos episodios (SAMHSA, 2009).

En la actualidad sabemos que la problemática de juego aparece tanto en hombres como mujeres. No obstante, parece que existen ciertas características diferenciales en la manifestación del trastorno de juego en función del sexo. Los estudios indican que, si bien es cierto que se da con más frecuencia entre los hombres, **las mujeres presentan mayores dificultades para el reconocimiento de la problemática y la búsqueda de apoyo psicoterapéutico** (Echeburúa, 2014). De hecho, los estudios indican que, actualmente, **el juego se está convirtiendo en una actividad cada vez más habitual entre las mujeres**, comenzando a reportar porcentajes que podrían incluso igualar la frecuencia de juego de sus homólogos varones (Boughton y Falenchuk, 2007; Delfabbro, 2009).

**“LA ADICCIÓN AL JUEGO EN LA MUJER, SUPONE HABLAR DE UN DOBLE ESTIGMA: POR UN LADO, EL DE SER LUDÓPATA Y, POR OTRO, EL DE SER MUJER.”**

**Esta doble penalización impacta de manera directa en la autoestima de las mujeres, lo cual no facilita la recuperación.**

Desde los datos registrados por la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR), nos encontramos con que en 1992 las mujeres conformaban alrededor del 1% de las personas totales en situación de rehabilitación, frente al 8% que constituían para el año 2017, una cifra ocho veces superior. En esta línea, los estudios de prevalencia llevados a cabo por la entidad señalan que **1 de cada 3 personas con trastorno de juego es mujer, constituyendo así el 32% de la población que juega** de manera problemática.

Sin embargo, la FEJAR (2019) indica que en los centros de rehabilitación se han atendieron alrededor de un 92% de hombres con trastorno de juego frente a un 10%, como máximo, de mujeres con esa misma problemática. Más concretamente, en los centros de tratamiento de trastorno de juego se estima que se atienden 9 hombres por cada mujer. **Por lo tanto, se hace más que evidente que las cifras de las mujeres que llegan a los centros de tratamiento no corresponden de ninguna manera con el 32% de la población femenina que se presupone que juega de manera patológica.** Todo esto apunta que las mujeres no llegan a solicitar el apoyo psicosocial correspondiente, mostrando claramente el gran impacto negativo de la motivación de acceso al tratamiento entre las mujeres.

Por el contrario, **los datos se invierten drásticamente cuando hablamos de las mujeres que acuden a los centros de rehabilitación como acompañantes de jugadores enfermos varones.** En este caso, las mujeres representarían aproximadamente el 74% de las personas acompañantes de hombres con problemáticas de juego, mientras que los hombres que acompañan a mujeres jugadoras conformarían aproximadamente un 26% (Lamas et al., 2018).

**RESULTA NOTORIO Y DESOLADOR EL ESCASO APOYO QUE RECIBE LA MUJER POR PARTE DE SU CÍRCULO FAMILIAR Y SOCIAL; ASÍ COMO LOS RECURSOS DIRIGIDOS PARA SU REHABILITACIÓN, TANTO EN LO QUE CONCIERNE AL ACCESO COMO AL TRATAMIENTO EN SÍ MISMO.**

Investigaciones previas muestran un **PATRÓN RELACIONADO CON EL GÉNERO** respecto a distintas cuestiones relacionadas con la adicción al juego como: el inicio, el desarrollo, progresión, recaídas, mantenimiento y/o consecuencias.

	MUJERES	HOMBRES
INICIO	Sobre los 30-40 años.	Patrón de inicio más temprano, adolescencia.
PROGRESIÓN / EVOLUCIÓN	Una vez iniciada la conducta de riesgo, la <b>evolución hacia un trastorno de juego es hasta dos veces más rápida. Además, cursa de manera más interna y menos visible.</b>	Tienen mayor probabilidad de permanecer en conductas de riesgo durante más tiempo, sin llegar a desarrollar el trastorno de juego.
TIPOLOGÍA DE JUEGO	Tienden a jugar en juegos menos estratégicos, y principalmente basados en el azar (tragaperras, bingo...).	Tienden a buscar juegos con mayor nivel de habilidad, acción y competitividad (apuestas deportivas, carreras, póker...).
MOTIVOS DE JUEGO	Hay una mayor probabilidad de que utilicen el juego como manera de <b>aliviar y afrontar los estados anímicos negativos.</b>	Tienden a presentar una mayor impulsividad, con un especial interés en la ganancia económica y la búsqueda de sensaciones.
FINANCIACIÓN	Hay estudios que indican que hasta un 10% podrían hacer uso de la prostitución para financiar el juego.	Hacen mayor uso de los microcréditos, hurtos y el tráfico de sustancias.
COMORBILIDAD	Mayor tendencia a la manifestación de problemáticas psicosociales y trastornos emocionales previos.	Mayores tasas de comorbilidad con el abuso de sustancias: alcohol y drogas.

**NECESITAMOS CONOCER CON QUÉ NOS ENCONTRAMOS PARA PODER DAR UNA BUENA RESPUESTA SOCIOSANITARIA Y PLANTAR ESTRATEGIAS EFECTIVAS.**

Por lo tanto, como puede observarse en la tabla anterior, **las mujeres que presentan adicción al juego presentan características y necesidades distintas a las de los hombres.** Existen diferencias de género en cuanto al tipo de juego, los motivos de juego, los problemas clínicos que manifiestan y también respecto a las repercusiones en el contexto familiar. Sin embargo, nos encontramos con que los programas terapéuticos, preventivos, así como **los criterios y herramientas diagnósticas, están dirigidos prioritariamente a la detección del juego en hombres;** a pesar de que sabemos que la etiología, manifestación y evolución del juego es diferente cuando hablamos de la mujer que juega.

Estudios en el área también indican que las mujeres que juegan tienen **mucha más probabilidad de sufrir o haber sufrido violencia de pareja o familiar en comparación a las mujeres no jugadoras.** Investigaciones recientes han encontrado que el 70% de las mujeres con problemática de juego han sufrido violencia de pareja, frente al 9,6% de las mujeres sin dicha problemática (Corral et al., 2005; Ortega, 2010; Vázquez Fernández, 2012). Datos que resultan especialmente llamativos, puesto que evidencian la vulnerabilidad a la que están expuestas. No obstante, parece que existe la posibilidad de que la violencia de pareja sea un factor precipitante que lleva a la mujer al juego, así como consecuencia de la adicción al juego y del deterioro de la relación de pareja consiguiente (López-González et al., 2019).

De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) las mujeres muestran una mayor propensión que los hombres a trastornos emocionales como la depresión y a la ansiedad (Zarragoitia, 2013). Como se ha mencionado con anterioridad, las mujeres a menudo inician las conductas de juego arriesgadas después de un acontecimiento vivenciado de manera traumática, o incluso situaciones que resultan conflictivas en la pareja, familia, a nivel económico, familiar, fallecimiento de un ser querido, etc. Problemáticas que indudablemente están asociadas al desarrollo de cuadros ansioso-depresivos.

En esta línea, debemos tener en especial consideración que **las repercusiones de la pandemia de Covid-19** en cuanto a la fatiga, la carga de cuidados, el impacto emocional, la incertidumbre económica, el aburrimiento y aislamiento social, la angustia de muerte, el miedo, el fallecimiento de seres queridos, o el impacto en la salud física; **sumado a de la elevada y continua accesibilidad y disponibilidad de la modalidad de juego online**, ha podido suponer sin duda el **escenario perfecto para el aumento de los factores que facilitan el inicio, mantenimiento y/o agravación de los problemas de juego**.

Es necesario destacar que el juego online a través de las nuevas tecnologías no solo permite el acceso continuado sin límites, sino que **tampoco supone ningún control social**, además de permitir una desconexión del entorno y **paliar el aburrimiento** que han supuesto los meses de aislamiento debido a la pandemia, **factores y circunstancias que ya hemos destacado que suponen un especial riesgo si hablamos de juego y mujer**.

**A LA PERSONA QUE SUFRE UN TRASTORNO DE JUEGO, NO HAY QUE JUZGARLA CON UNA ACTITUD MORAL, ES DECIR, SI ES BUENA O MALA, SINO COMO ALGUIEN CON UN PROBLEMA.**

### > *Menores de edad jugadores/as online*

La adolescencia ese paso intermedio entre la niñez y la vida adulta cada vez se alarga más, así como la OMS sitúa la adolescencia entre los 10 y 19 años de edad, con el panorama socioeconómico actual son muchos los/as jóvenes de entre 20 y 30 años que no son independientes económicamente y siguen viviendo en el domicilio familiar y se encuentran en otra etapa de ese camino a la autodependencia; según los últimos datos recogidos, que datan de 2017, la edad media de emancipación en los/as jóvenes de España es de 29 años. Debido a las altas tasas de paro entre los jóvenes y el aumento de años de formación tenemos que considerar que los/as llamados/as Generación Z, aquellos/as nacidos entre 1995 y 2020, además de vivir otra crisis económica debido al COVID-19 que tendrá gran repercusión en su futuro laboral, han visto reducidas sus libertades en plena juventud. La etapa de confinamiento vivida en marzo de 2020 ha sido una ruptura con la realidad que todos/as conocíamos hasta ahora y tendremos que considerar en qué campos concretamente ha afectado más a los/as jóvenes.

La generación Z como toda generación tiene características propias y una de las más destacadas de esta es que conoce y se maneja con la tecnología desde su nacimiento, no han conocido la época analógica. Otras de sus características son: la capacidad de manejar varios dispositivos electrónicos simultáneamente, tienen una sexualidad más abierta y fluida, buscan trabajos con horarios flexibles que puedan conciliar con su vida persona y demuestran mayor activismo social (tal y como afirman los datos de Young People Omnibus de Ipsos MORI, casi la mitad de las personas de entre 14 y 16 años (46%) en Gran Bretaña aseguran dedicar su tiempo para ayudar a personas de su comunidad en los últimos dos años, en comparación con solo el 30% en 2005).

Teniendo como referencia el momento evolutivo en el que se encuentran en estas edades, donde la construcción de identidad y el funcionamiento autónomo y la toma de sus propias decisiones tiene una importancia vital, la situación provocada por la crisis del coronavirus ha limitado la puesta en práctica de dichas experiencias por un largo tiempo. Tomemos de referencia Manfred Max Neef, economista de origen alemán, las nueve necesidades humanas básicas que describe en su escrito "Desarrollo a escala humana" (Max Neef, 1986): «subsistencia», «protección», «afecto», «comprensión» o «entendimiento», «participación», «creación», «recreo» u «ocio», «identidad» y «libertad». Entendiendo que todas las personas podemos experimentar necesidades similares, cada etapa evolutiva y cada persona concreta priorizará el cumplimiento de ciertas de ellas en detrimento de otras. En el caso de los/as jóvenes las necesidades de pertenencia, de identidad, de libertad y de ocio son indispensables para su desarrollo. Concretamente, las restricciones establecidas para evitar la propagación del virus desde el inicio de la pandemia en el país se relacionan directamente con estas necesidades tan importantes para los/as jóvenes. Por ejemplo, la limitación de reunirse con amigos/as, la cancelación de las clases presenciales y las actividades de ocio, la reclusión y el aislamiento, entre otros, inciden directamente en la rutina diaria de los/as jóvenes de este país y en sus hábitos de vida.

Estos numerosos cambios en la vida social, académica/laboral y de tiempo libre han generado cambios importantes en el estado emocional de la población general, y concretamente, en el perfil que nos ocupa. Según datos recogidos en Euskadi, un 12,3% de los/as encuestados/as de entre 18 y 34 años refería un aumento del malestar psicológico general en la etapa de confinamiento, un porcentaje ligeramente superior a otros rangos de edad. Asimismo, llaman la atención los datos de jóvenes que señalaron un aumento en su labilidad emocional (56%) y en la irritabilidad experimentada (58%), comparando con los meses anteriores a la pandemia. El 49% de los/as jóvenes también señalaron un aumento en sentimientos depresivos, pesimistas y de desesperanza, además de reportar acusados cambios en el sueño (30%). La incapacidad de tomar contacto con lo que se necesita podría generar sentimientos de impotencia y frustración que según estudios se ha visto reflejado en el escenario que nos ocupa con un porcentaje de 56% de jóvenes entre 18 y 34 años que referían haber experimentado cambios de humor y sentimientos de irritación y enfado con más frecuencia que en la etapa previa a la pandemia.

Atendiendo a las características propias de los/as adolescentes y jóvenes según Elkind (1978) es interesante repasar algunos de los aspectos que señala como principales en este desarrollo evolutivo de la adolescencia y juventud que pueden tener incidencia en la crisis actual: por una parte, la invulnerabilidad, que impulsa a los/as más jóvenes a someterse a situaciones de riesgo, despreciando su vulnerabilidad y sobrestimando sus habilidades para gestionar el peligro. Esta característica se acentúa cuando la mayoría de las noticias iniciales con respecto a la COVID-19 en época de confinamiento aseguraban que en la mayoría de los/as jóvenes el virus cursaba de manera asintomática o con síntomas leves. Por otra parte, uno de los signos de inicio de madurez es la aparición de razonamientos en la toma de decisiones, es decir, cuando el impulso queda bajo el control de la voluntad. La impulsividad en esta etapa evolutiva es del todo habitual y puede ir desarrollándose con el paso de los años si las condiciones ambientales y personales lo permiten. En este aspecto la contención que requería estar confinados en casa era un ya que suponía el sacrificio de la libertad y la autonomía, protagonistas en esta fase evolutiva.

## Adicciones, COVID y Jóvenes

### » Adicciones con sustancia

Se ha prestado especial atención a los datos recopilados respecto al consumo de sustancias y desarrollo de adicciones comportamentales para valorar cuales han sido las consecuencias del periodo de confinamiento de marzo de 2020. A continuación, se desarrollan los datos más llamativos de dichas consecuencias en este campo de las adicciones.

En los registros recogidos en Euskadi se aprecia un cambio notable en las pautas de consumo de sustancias, promovido por las restricciones y cierre de bares y establecimientos. Entre estos cambios destacan, a) el aumento de la compra de alcohol fuera de bares y establecimientos hosteleros en favor de tiendas y supermercados, b) un aumento del consumo o comportamiento adictivo en solitario (52,9%), el consumo o comportamiento adictivo derivado del estrés, la angustia o ansiedad derivada de la situación vivida por la Covid-19 (41,2%).

Respecto al consumo de alcohol en España y atendiendo a los resultados de un estudio que compara el consumo de riesgo de alcohol antes y durante el confinamiento (Villanueva y Motos, 2021), se registra una disminución del porcentaje de personas que llevan a cabo una conducta de riesgo con el alcohol, partiendo de un 25,9% de encuestados antes del confinamiento que desciende a valores de un 15,1% durante el mismo. Es significativo el descenso de consumo de riesgo de alcohol en la población joven de entre 18 a 29 años, mientras que en otros grupos de edad los cambios son mucho menores (Fig. 1).

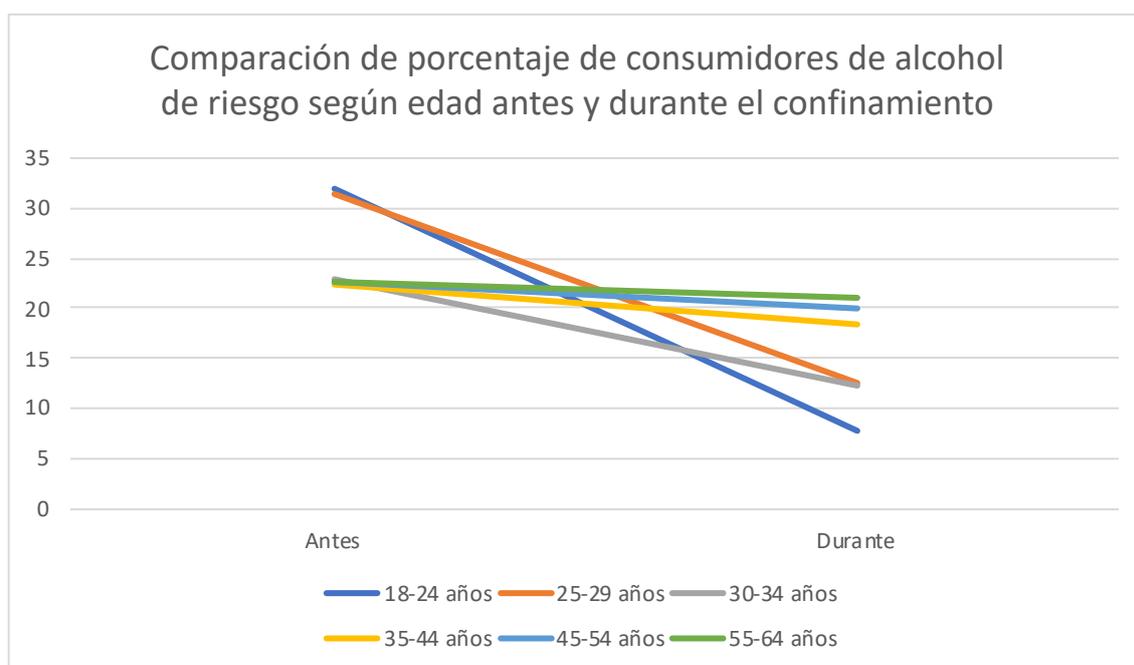


Figura 1. (Villanueva y Motos, 2021)

Este cambio tan significativo en grupos de edad más jóvenes podría explicarse debido a que la mayor parte del consumo de alcohol que realizan estos perfiles más jóvenes se da en ambientes de socialización, que en este contexto de confinamiento se han restringido por completo. La falta de lugares de reunión, teniendo en cuenta el cierre de la hostelería y ocio nocturno durante tanto tiempo y la prohibición del uso de locales alquilados por jóvenes (lonjas) como lugar de reunión han podido propiciar la disminución de las situaciones habituales del consumo de esta sustancia. Resultados similares se encuentran, según la encuesta el OEDA-COVID-2020, con respecto al consumo de tabaco, apreciándose una mayor reducción de consumo en el tramo joven (15-24 años).

Uno de los incrementos más llamativos sobre consumos de sustancias en estos sotos recogidos, es el relacionado con el consumo de hipnosedantes sin receta. Las benzodicepinas son fármacos de tipo hipnosedante, son muy conocidos comercialmente el Lexatin (bromazepam), el Valium (diazepam), el Trankimazin (alprazolam) o el Orfidal (Lorazepam). Durante el confinamiento es destacable el aumento de su consumo en todos los rangos de edad, con excepción del tramo de edad de 55 a 64 años que apenas aumentó. Por el contrario, el mayor aumento de porcentaje en este consumo se da en la franja de edad de 24 a 34 años, iniciando con un porcentaje de un 1,9% de los/as encuestados antes de la pandemia y registrándose un 3,7% durante el confinamiento (Fig.2).

	ANTES DEL CONFINAMIENTO	DESPUÉS DEL CONFINAMIENTO
15 - 24 años	2,0	3,0
25 - 34 años	1,9	3,7
35 - 44 años	2,0	3,4
45 - 54 años	1,9	3,3
55 - 64 años	1,5	2,0

Fig.2. Prevalencia del consumo de hipnosedantes sin receta antes y durante la pandemia por COVID-19 en la población de 15 a 64 años, según edad (%) España, 2020  
FUENTE: OEDA. Encuesta OEDA- COVID 2020.

Los/as expertos/as avisan que este tipo de sustancias hipnóticas generan un alto nivel de dependencia y que tras su abandono generan síndrome de abstinencia y/o un efecto rebote que aumenta el insomnio y la irritabilidad y sube los niveles de ansiedad. Otro de los peligros del consumo de hipnosedantes es su alta capacidad de producir tolerancia, facilitando el aumento de la dosis y, finalmente, la adicción.

Por otra parte, y si bien la mayoría de los centros de tratamiento de FEJAR no realizan tratamiento de rehabilitación con menores, se establecieron igualmente estas recomendaciones para menores tras la declaración del estado de alarma, con la finalidad de que resultasen de utilidad en la sociedad general para este grupo de edad:

- Los dispositivos electrónicos objeto de disputa habitual entre padres/madres e hijos/as en cuanto al tiempo límite diario de uso, en momentos como el actual nos van a servir de ayuda y entretenimiento. No obstante, los/as progenitores/as o adultos debemos velar por el buen uso de los mismos, siendo conocedores de los contenidos en los que se encuentran inmersos los y las menores. Debe establecerse un tiempo máximo diario de uso de tecnologías y respetarse, así como mantener en la medida de lo posible una rutina con horarios y tareas académicas. Respecto al tiempo límite de uso, variará dependiendo de en qué se emplea. Por ejemplo, no es lo mismo un/a menor que pase un total de cinco horas diarias utilizando el móvil, pero en ese tiempo ha visto series de televisión, ha utilizado redes sociales y escuchado música, que haber invertido esas cinco horas en jugar a videojuegos, en solitario o en línea. Una parte importante del tiempo que estén utilizando las TICs, debería destinarse a mantenerse "conectado" con sus iguales (telefónicamente o a través de redes sociales) .

- Debemos recordar que aunque se ha suspendido todo tipo de actividad educativa presencial, no estamos en periodo vacacional, por lo que se debe intentar mantener, en la medida de lo posible, una rutina en cuanto a trabajo académico en casa la mayoría de centros escolares están enviando tareas escolares por medios electrónicos, ¡aprovechémoslo!

### > Tercera edad y juego

Las personas mayores son especialmente vulnerables al aislamiento, y el aislamiento ha aumentado con la pandemia del COVID-19, ya que una de las conductas preventivas más remarcadas es la evitación de contactos. Además, siendo la tercera edad la población más vulnerable a este virus, la percepción de riesgo y gravedad de la pandemia es mayor en estos casos, por lo que la adherencia al tratamiento (incluido el aislamiento) se ha visto dado en mayor medida en las personas más mayores, mayormente mujeres, aquellas que han mostrado una mayor percepción de gravedad de COVID-19 y mayor susceptibilidad a una afección grave, y las personas que tienen, como mínimo, una enfermedad crónica. De hecho, cabe destacar que el factor que más ha mediado estos resultados ha sido la preocupación por la gravedad de COVID-19 (Urbán et al., 2021). Asimismo, se ha visto que las personas poco alfabetizadas tienen una menor respuesta a la educación sanitaria, es menos probable que utilicen los servicios de prevención de enfermedades y manejan peor las enfermedades crónicas que los ciudadanos alfabetizados (Lopes y McKay, 2020).

Por otro lado, durante la pandemia han aumentado los sentimientos de desesperanza y estrés. Esto influye de manera negativa en la resiliencia de estas personas (Hjemdal et al. 2012) y se ha relacionado de manera negativa con conceptos que tienen que ver con el funcionamiento psicológico positivo, como la satisfacción con la vida (Kliem et al., 2018), siendo esta una predictora de la calidad de vida entre los adultos mayores (Scogin et al., 2016).

En el año 1970, los estudios empezaron a apuntar a una menor edad de inicio del juego debido a que hasta ese año 1970 la aceptación del juego era significativamente menor y a partir de ese momento aumentó la aprobación social y llegó la legalización del mismo. Pero por esa misma razón, el juego aumentó en general, no solo en personas jóvenes. En la década de los 90, lo que se conocía sobre el juego era que las personas de menor edad lo consumían más que las mayores. No obstante, ya se empezaban a ver cambios en el patrón de juego que se practicaba, y autores como Mok (1990) empezaron a hablar de la necesidad de estudiar de cerca este fenómeno en los siguientes años. Para el año 2013, Lister y Lower, habían demostrado que en los últimos 30 años el consumo de juego en personas mayores había crecido. Además, descubrieron también que cuando los problemas relacionados con el juego sobrepasaban a las personas que los sufrían, aparecían ideas de suicidio, y que esto ocurría en mayor medida en personas mayores que en personas jóvenes.

Respecto a la incidencia, en 2016 la tasa de juego seguía siendo menor en personas de mayor edad que personas de menor edad, pero ya se empezaba a hablar de que la vulnerabilidad era mayor en las personas mayores, ya que los problemas con el juego tenían peores consecuencias (económicas, sociales y psicológicas) en estas: enfermedades físicas probablemente relacionadas con el estrés que supone padecer un trastorno del juego y, por consecuencia, del sedentarismo que supone llevar una vida centrada en el juego, daño cognitivo, problemas de salud mental, menos recursos dirigidos a la recuperación (entre los que destacaba una mayor dificultad para recuperarse económicamente) (Thompson y McNeilly, 2016) y una mayor susceptibilidad a los productos disociativos del juego que, a su vez, obstaculizan los procesos de duelo saludables (Skinner et al., 2018). De igual forma, Pattinson y Parke (2017b) vieron, en un estudio llevado a cabo en Reino Unido, que en el caso de las mujeres era más común el comienzo del consumo de juego en el momento en el que los/las hijos/as crecían y los roles de cuidado disminuían, es decir, en la edad adulta mayor.

Asimismo, Thompson y McNeilly (2016) descubrieron que a menudo las personas mayores mostraban una baja o nula conciencia de problema o peligro en la práctica del juego. De hecho, muchas lo veían como una manera de actividad social más y como una forma de facilitar la socialización. Además, tenían expectativas más optimistas que otras generaciones con respecto al juego, lo que suponía una mayor probabilidad para que asumieran riesgos relacionados con estas conductas.

Siguiendo con las características y consecuencias del juego en las personas mayores, cabe decir que la búsqueda de escape de las emociones negativas juega un papel fundamental entre los motivos de juego, y que es un aspecto que se ve tanto en mujeres como en hombres mayores. Y es que el aumento de edad y la jubilación van unidas de un aumento general del sentimiento de soledad y a distintos duelos (de la salud física, de la actividad profesional, por muerte de personas más o menos cercanas, de aspectos de la identidad como el del cuidado, de la propia vida por el envejecimiento, etc.) lo que produce sensación de falta de propósito, entre otros sentimientos negativos. De hecho, la huida de estos sentimientos como motivo de juego, se ha visto que tiene una mayor influencia que la búsqueda de una ganancia monetaria. Es más, en los casos en los que el motivo principal para apostar (en concreto) es esa huida, es más probable que se den distorsiones cognitivas y se desarrolle un problema relacionado con esta práctica (Pattinson y Parke, 2017a). Por otro lado, el cambio en el tipo de juego, de juego presencial a juego online, y la consecuente accesibilidad que

alcanzó esta práctica, también jugó un papel importante en la tendencia de jugar de las personas nacidas entre 1925 y 1945, ya que llegaron a su edad de jubilación cuando se dió este cambio. Además, el juego se expandía más fácilmente de manera virtual, lo que supuso (y supone a día de hoy también) un potencial peligro para las personas de esta edad. En 2015, un estudio llevado a cabo por el Minnesota State Lottery Survey, señaló que la generación de personas nacidas entre 1946 y 1964 consumía un 10% (siendo el total de 80%) más de juego que las personas nacidas entre 1901 y 1924 y aquellas nacidas entre 1925 y 1945, siendo el total de personas de estas últimas dos generaciones que consumían juego de un 70%. Además, la generación del 1946-1964 prefería la lotería respecto a las demás generaciones estudiadas (Thompson y McNeilly, 2016).

En un estudio realizado en Reino Unido el porcentaje de jugadores/as de azar mayores de 75 años había aumentado hasta un 63%, respecto al 52% que se encontraba en 1999. Asimismo, encontraban tres subtipos de jugadores/as: **1)** las personas que tienen altas probabilidades de padecer niveles elevados de depresión y ansiedad, **2)** las que tenían niveles significativos de impulsividad y baja tolerancia al aburrimiento, caracterizándose por llevar a cabo conductas de búsqueda de sensaciones, y **3)** aquellas personas que cometen errores cognitivos importantes en los procesos de pensamiento que tienen lugar cuando juegan. Mediante refuerzo conductual negativo (reducción del estrés físico y psicológico), estas personas refuerzan sus estilos de afrontamiento de huida. De la misma manera, entre las motivaciones para el juego en las personas mayores se ha visto también el intento de encontrar una práctica en la que ser autónomos/as, dentro de las restricciones que supone el aumento de la edad y la disminución de libertad de movimiento, entre otros aspectos (Pattinson y Parke, 2017).

Volviendo a la generación constituida por personas nacidas entre 1946 y 1964, hay que mencionar que a día de hoy cumplirán los 57-65 años, edad en la que existe un mayor potencial de deterioro cognitivo que en generaciones menores. Y se sabe que el deterioro cognitivo puede afectar a una toma de decisiones inadecuada entre las personas que participan en el juego de manera regular. Sobre todo, la población de mayor vulnerabilidad para la inadecuada toma de decisiones son las personas con ingresos fijos, por lo que esto también supone un factor de riesgo que tiene que ver con las personas mayores, ya que estas en su mayoría tienen los ingresos fijos de los que hablamos (Stinchfield, 2015).

Siguiendo con la toma de decisiones, se ha visto que la impulsividad a la hora de llevarlas a cabo está relacionada con la gravedad del juego, pero aparece de distinta manera en las personas mayores respecto a las personas más jóvenes; es decir, se manifiesta mediante distintos mecanismos. El deseo de prolongar o intensificar las emociones positivas puede tener más peso en las decisiones impulsivas de los/as jugadores/as más jóvenes que en los/as jugadores/as mayores (Canale et al., 2015). Los/as jugadores/as más mayores muestran menos probabilidades para elegir recompensas retrasadas más grandes frente a recompensas inmediatas más pequeñas, en parte debido al hecho de que actúan con la previsión adecuada (mayor capacidad de previsión) (Steward, 2017).

Una limitación a destacar es que se ha estudiado mucho considerando a las personas adultas un grupo único, sin especificar en las diferencias que pueden darse entre edades, lo que ha llevado a tanto a carecer de instrumentos de evaluación adecuados, como a intervenciones y conocimiento en general limitados (Wiebe y Cox, 2005, citado en Pattinson y Parke, 2017). Otra limitación es también que el hecho de que la práctica del juego sirva como escape y parezca suponer un factor positivo para la gestión de algunas situaciones supone un desafío para intervenir en el cambio de la situación de estas personas (Skinner et al., 2018). Además, si la tendencia en los demás países es la misma que en Canadá, cada vez habrá más personas mayores jugando, y la cantidad de personas mayores en general es mayor cada vez dadas las condiciones sanitarias más avanzadas, lo que probablemente suponga un aumento de cantidad de personas jugadores en los próximos años.

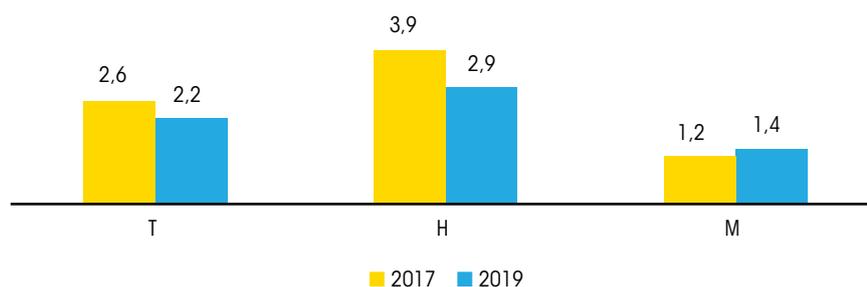
En este sentido, la pandemia de COVID-19 ha generado un potencial empeoramiento de problemas de salud mental en la población general, afectando al bienestar financiero y psicológico, lo que se ha visto relacionado con las conductas adictivas en general (Håkansson et al., 2020). Y es que ha cambiado de manera notoria la vida cotidiana de todas las personas, y con esto, también se han visto alteradas las distintas conductas respectivas al juego (Nosal y Lopez-Gonzalez, 2021). De hecho, varias organizaciones han alentado a jugar a videojuegos para ayudar a las personas a hacer frente a la pandemia de COVID-19 y las medidas restrictivas asociadas (Teng et al., 2021). Håkansson (2020) encontró que se correlacionan el aumento del juego y el aumento del juego debido a COVID-19. Sólo el cuatro por ciento de las personas dijeron haber aumentado el juego en general durante la pandemia, y entre esas personas destacaron los casinos online, las apuestas de caballos online y las loterías online. Sin embargo, el aumento de juego de este cuatro por ciento de personas se vio relacionado con problemas de juego mayores y con un aumento en el consumo de alcohol, lo que puede ser indicativo de que se trata de un subgrupo de especial vulnerabilidad. Además, en concreto las personas mayores, se caracterizaron por ser la mayoría dentro del subgrupo de jugadores que más apuestas de caballos online consumía y por no participar en apuestas deportivas en el momento del estudio, debido a que es época de pandemia. Asimismo, el aumento en conductas de juego de tipos específicos se asoció a disminución de facilidades para llevar a cabo apuestas deportivas (Nosal y Lopez-Gonzalez, 2021).

Por otro lado, como ya se ha mencionado anteriormente, durante la pandemia se han tomado medidas que han llevado al aislamiento y al autoaislamiento, y esto ha dificultado la satisfacción de algunas necesidades básicas de todo ser humano, lo que ha generado angustia emocional, siendo esta una emoción que muchas personas han tratado de disminuir por medio de los juegos online. En un estudio llevado a cabo en Italia, se compararon un grupo pre-COVID y uno COVID, y se comprobó que en el grupo COVID la participación en juegos era mayor, mientras que la angustia había disminuido. Este suceso se explica por lo siguiente: el conjunto que formaban a) el juego altamente involucrado (videojuego consumido de manera intensa sin consecuencias negativas) y b) la compensación social mediante el juego estaba relacionada con una menor angustia en el grupo COVID. Sin embargo, esto sucedió de manera contraria en el llamado juego problemático en el grupo COVID, es decir, en aquellos con patrones de juego desadaptativos, para quienes la angustia emocional aumentó (Giardina et al., 2021).

## Medidas llevadas a cabo tras la situación pasada y actual

Tomando el último informe publicado por el Ministerio de Sanidad, realizado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, se puede afirmar que **en la actualidad hay 680.000 ludópatas o personas adictas al juego en nuestro país**. Son cifras oficiales extraídas del documento EDADES y ESTUDES sobre Adicciones Comportamentales que fueron publicados en el año 2020, y del que ya hay un primer documento en el primer trimestre de 2021 que confirma las preocupantes cifras.

El trabajo de recopilación de datos estadísticos analiza la situación del Juego con dinero, el uso de los videojuegos y el comportamiento compulsivo de usuarios/as en Internet. Con las respuestas obtenidas de las encuestas realizadas, el estudio concluye que existe una prevalencia de personas adictas al juego, entre 15 y 64 años, del 2,2% de este segmento de población.



T: total, H: hombres, M: mujeres. FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

Figura 26. Posible juego problemático o trastorno del juego (DSM-V  $\geq 1$ ) entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2017-2019/2020.

Entre las personas encuestadas, en los últimos 12 meses y considerando la escala de evaluación DSM-V, el 2,7% de la población española tiene "un posible juego problemático, porque dicha población examinada arroja una puntuación de 1 a 3 en dicha escala. Traducido, significa que el 1% presenta un posible trastorno por juego, al obtener 4 o más ítems positivos. Al extrapolarse al segmento de población española de entre 15 y 64 años se ha observado que el 1,6% tiene un posible juego problemático y el 0,6% padece un posible trastorno del juego.

El personal técnico de FEJAR han considerado que un dato intermedio, entre el 1,6% de personas con posible juego problemático y el 0,6% con posible trastorno por causa del juego, se ajusta más a la realidad y consideran este valor intermedio como el que corresponde a los casos relacionados con el trastorno del juego que precisan algún tipo de intervención. Es decir, el 1%.

## Posible juego problemático o trastorno del juego

> Edades 2019  
15 - 64 años 17.899 personas

**670.000** personas de 15 a 64 años

han realizado un posible juego problemático o trastorno del juego (DSM-V ≥ 1)

### Perfil

- Juegan con **más frecuencia**: semanalmente o diariamente
- Gastan **más dinero**
- Mayor consumo de **alcohol y tabaco**

### Evolución

Prevalencia posible juego problemático o trastorno del juego (DSM-V ≥ 1)



De los/as 670.000 personas ludópatas, según las cifras oficiales publicadas por el Estado, sólo 14.000 reciben algún tipo de tratamiento en la actualidad. En alguna de las 23 asociaciones y 2 federaciones autonómicas vinculadas a FEJAR el número de enfermos/as que reciben algún tratamiento de desintoxicación alcanza las 8.000 personas. Es decir, una media de 320 personas al año pasa por una de las asociaciones que luchan contra la lacra del Juego. El resto de pacientes a tratamiento, 6.000, los absorben los servicios sanitarios públicos a través de sus unidades especializadas de salud mental.

Si solo se conocen y tratan 14.000 ludópatas de 670.000 casos detectados en las encuestas oficiales, FEJAR se pregunta qué ocurre con más de 500.000 personas que en este momento están sin diagnosticar y, por tanto, sin recibir un tratamiento adecuado para detener la profundidad del problema y salir del círculo vicioso en el que se encuentra atrapado/a.

Por otra parte, la media de edad de las personas que reciben algún tipo de tratamiento, en alguna de las 23 asociaciones y las dos federaciones autonómicas, es de 29 años. El 44% de los personas diagnosticadas y tratadas tienen menos de 26 años, un indicador de gran trascendencia, porque sitúa el epicentro de este grave problema de salud mental en la juventud española. Una hipoteca para su futuro y la de su entorno. Además, las asociaciones de FEJAR han detectado que el 90% de los/las menores empiezan a tomar contacto con los juegos de lotería instantánea y los rascas, productos de azar con los que empiezan a relacionarse a edades tempranas.

Si se cierra el foco en el segmento de población de menores que han sido el foco del estudio, es decir, entre 14 y 18 años, se ha comprobado que existen 61.200 casos de posible adicción al juego. El 2,4% de jóvenes tiene 14 años, el 3,7% habría cumplido 15 años, el 4,9% tendrían 16 años, el 6,3% ya habrían alcanzado los 17 años y un significativo 9,3% han cumplido la mayoría de edad.

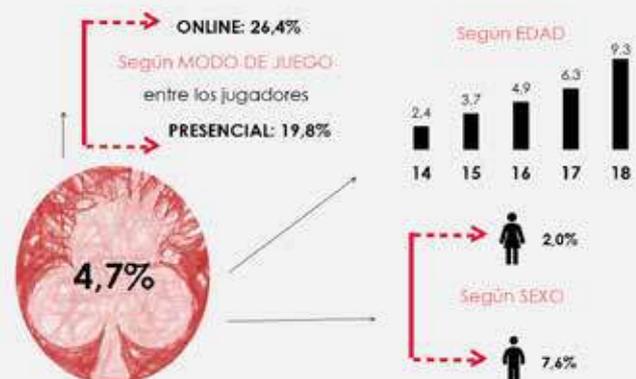
## > ESTUDES 2018

14 - 18 años 38.010 estudiantes

**61.200** estudiantes de 14 a 18 años

han realizado un posible juego problemático (Lie/Bet)

Prevalencia posible juego problemático entre total estudiantes de 14-18 años



Además, la prevalencia de riesgo es de un 26,4% si el canal usado para jugar es a través de Internet, mientras que el 20% está relacionado con el juego presencial.

Cifras que indican la necesidad de realizar campañas de prevención más efectivas y detección de personas que tengan una patología con el juego.

## **Prevención en tiempos de pandemia. Análisis y estrategias de futuro.**

Por otro lado, la prevención se considera una de las bases principales para poder precipitarnos ante situaciones tan complejas como la vivida o al menos, poder aplicarla de una manera más satisfactoria. Por ello, aquí se expone qué es la prevención y pautas para llevarla a cabo.

### » ¿Qué es prevenir? ¿Qué es la promoción de la salud?

La promoción de la salud es un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y así tener un equilibrio, (Carta de Ottawa, 1986). En cambio, la prevención es la preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo, según la RAE. La prevención ha sido una de las palabras más utilizadas durante esta pandemia.

Acorde a la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana. Art 62.- La prevención en materia de drogodependencias, comprende un conjunto diverso en actuaciones encaminadas a eliminar o modificar FFRR asociados al consumo de drogas, o a otras conductas adictivas, con la finalidad de evitar que éstas se produzcan, se retrase su inicio, o se conviertan en un problema para la persona o su entorno.

### » ¿Qué es una unidad de prevención comunitaria en conductas adictivas (UPCCA)?

Es un servicio especializado de titularidad local que desarrolla programas de prevención con el objeto de reducir o evitar el uso y/o abuso de drogas y otras conductas adictivas, así como **promover hábitos saludables**. Por ello, se ha estado presente durante toda la pandemia, estado de alarma y cuarentena para atender a todas aquellas personas y familias que necesitasen recursos básicos o tuvieran cualquier otro tipo de necesidad.

### » ¿Qué se ha hecho durante el Estado de Alarma?

#### > Análisis realidad: Enfoque sistémico.

“Del enfoque sistémico se aprende más que del enfoque del ‘yo te culpo’”. Rafael Bengoa (Exdirector Sistema Salud de la OMS).

**Pirámide de Maslow invertida:** Necesidades básicas prioritarias. Se han podido apreciar necesidades básicas no cubiertas como la falta de alimento e higiene, pero además otro tipo de necesidades que también son consideradas básicas como la escucha activa, la empatía, la cercanía y la necesidad de saber que hay otras personas ahí dispuestas a escuchar qué sientes.

**Ámbito escolar cerrado,** lo que ha supuesto la práctica en totalidad de nuestras acciones paralizadas, además de que en las aulas se haya visto atrasada la integración a la nueva normalidad integrándolo cualquier acción de manera digital.

**Ámbito familiar y comunitario:** Imposibilidad de cualquier acción presencial. En general, se ha visto afectada cualquier acción que tenga implicación de manera presencial. Esto ha supuesto un cambio en la forma de desempeñar nuestro trabajo diario y continuo con las personas que trabajamos, dada la falta de recursos, pero no ha impedido el desarrollo de proyectos y la atención de las personas. Como los talleres padres, charlas, jornadas, campañas, etc, aunque se realizasen de manera telemática.

**Necesidad de adaptación:** Atención a lo *URGENTE*, lo *NECESARIO* y lo *IMPORTANTE*.

*LO URGENTE Y NECESARIO* se considera el apoyo en tramitación de ayudas.

*LO IMPORTANTE Y NECESARIO*, es considerado el seguimiento de casos activos (de UPCCA) y atención a posibles nuevos casos (vía telefónica).

**Prevención universal:** Prevención comunitaria "a distancia". Para este tipo de prevención se ha creado una sección en web, denominada "UPCCA especial cuarentena" dónde se podría encontrar distinta información de todo tipo en cuanto a necesidades básicas y se ha llevado a cabo también la elaboración de contenidos y cartelería digital con la intención de que un gran número de personas pudieran tener acceso a ella, ya que era la única forma de llegar a estas personas. Podréis encontrar aún esta información mediante el enlace web: <http://www.villena.es/upcca/>. Aquí se podrá realizar una búsqueda de documentos y materiales de ayuda con rigor científico.

Asimismo, se ha realizado la creación grupo de trabajo (ámbito municipal), denominado, "Equipo en la Onda" formado por:

- Psicólog@s del Gabinete Psicopedagógico Municipal.
- Trabajadora del servicio de terapia familiar.
- Trabajadora social de Servicios Sociales.
- Técnico de Juventud.
- Técnico de Igualdad.
- Técnico de Inmigración.

## UPCCA

- 3.1.) Elaborar listado temas prioritarios de interés.
- 3.2) Creación de programas radiofónicos durante el confinamiento.

## APRENDIZAJES DURANTE LA CUARENTENA

**1º Aprendizaje:** La importancia de lo perdido:

> *Ámbito escolar*

**Observación participante:** En ella se usan todos los sentidos para observar hechos y realidades presentes, mediante:

Tareas formales:

- Reuniones de profesorado.
- Desarrollo de programas de prevención selectiva.
- Talleres de prevención universal con alumnado de primaria y ESO.

Tareas informales:

- Paseo por el patio en horario de recreo.
- Conversaciones informales con diferentes miembros de la comunidad educativa.

La suma de las tareas formales e informales = conocimiento de la realidad del entorno educativo.

**2º Aprendizaje:** La importancia de la presencialidad, en la atención individualizada, en las aulas.

**3º Aprendizaje:** Uso de las TICS en la UPCCA como modelo de buen uso entre la población adolescente.

La importancia del trabajo en equipo, la coordinación, los objetivos comunes, buena voluntad y creatividad de grupo.

## Formas de apostar y financiación

### » Juego con dinero online

Teniendo en cuenta las consecuencias ya expuestas, los/as jóvenes han tenido que adaptarse a esta nueva situación y parecen haberse decantado por el uso de las pantallas. Los/as más jóvenes han tenido que buscar medios alternativos para cubrir o alimentar sus necesidades de socialización y de ocio y no es de extrañar que hagan uso de la tecnología porque al fin y al cabo es el recurso con el que más familiarizados están. A continuación, se exponen los datos más representativos que corresponden a juego con dinero o apuestas, videojuegos, y redes sociales.

Según los datos recogidos en el informe 2019/2020 del Observatorio de Drogas y Adicciones, la franja de edad de 15 a 34 años son los que más dinero juegan online, de los cuales un 8,3% lo componen jóvenes de entre 15 y 24 años y un 9,3% los de entre 24 y 34 años. Además de estos datos se observa que no solo ha aumentado la prevalencia de juego, sino también la frecuencia con la que se juega. Antes de la crisis sanitaria ya se advertían datos preocupantes ya que el 10,3% de la población menor de edad (entre 14 y 18 años) según datos de 2018 han jugado dinero online en los 12 meses anteriores. En lo que a diferencias entre sexos se refiere, la mayor diferencia se ha detectado sobre todo en la franja de edad de 25 a 34 años, siendo los hombres de esta edad más proclives a jugar con dinero online que las mujeres jóvenes. En este informe los juegos online en todas las edades son apuestas deportivas (mayoría hombres) las loterías, primitivas y bonolotos (mayoría mujeres) y loterías instantáneas como los rascas que también parecen más habituales en la población femenina. El 10,3% de la población menor de edad (entre 14 y 18 años) según datos de 2018 han jugado dinero online en los 12 meses anteriores. En referencia a las diferencias antes y durante el confinamiento en el consumo de juego con dinero online ha disminuido durante el confinamiento. Teniendo en cuenta que el 86,6% de las personas encuestadas no juega online ni antes ni durante el confinamiento de la muestra de jugadores/as restante el 45,5% refiere haber disminuido la frecuencia de juego, el 28,5% han mantenido la misma frecuencia y el 26% señala haber notado un aumento en la frecuencia de juego respecto a meses antes de la pandemia. Entre las personas que aumentaron su implicación en esta actividad algo más de la mitad está compuesto por nuevos usuarios que se iniciaron durante el confinamiento.

Se han observado cambios significativos respecto a consumo de juegos de azar debido a los cambios acontecidos por el confinamiento de 2020. Reflejo de estos cambios vienen detallados en un estudio de la población británica (Hollen, 2020), donde se señala: a) mayores puntuaciones de juego problemático en hombres menores de 35 años que en mayores de 55 y de igual forma más probable en mujeres menores de 35 que en mayores de 55 años, b) sobre un 30% de la población dejó de jugar durante el confinamiento, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres c) debido a la cancelación de los eventos deportivos los consumidores de apuestas deportivas cambiaron a otras modalidades de juego más disponibles durante la pandemia en detrimento de las apuestas deportivas virtuales ofrecidas en estas empresas (antes del confinamiento por la Covid-19 el 78,7% de los hombres jugadores y un 61,4% de las mujeres jugadoras escogían esta modalidad de juego, tras el confinamiento el porcentaje de hombre jugadores que seguían apostando en deportes cayó al 16,1%). Respecto a los datos en la población española, el Observatorio de Drogas señala que el 2,7% de los encuestados cumplía criterios de juego patológico durante los meses de confinamiento, destacando una mayor proporción de hombres frente al de mujeres.

Otro estudio enfocado a identificar los factores asociados a la adicción al juego (Frisone, 2020) señala que hay correlación entre mayor número de años de estudios con una menor tasa de juego problemático, lo que indicaría que una mayor preparación académica podría funcionar como factor de protección para no desarrollar Trastorno por Juego. En cambio, en contra de la hipótesis inicial estar activo laboralmente no se relaciona con menor incidencia de Trastorno por Juego. Así como los problemas emocionales no es predictor de un problema de juego, sí que se han obtenido datos que respaldan que la impulsividad es predictora del Trastorno por Juego.

Cabe destacar que los descontroles acontecidos en la etapa adolescente no siempre siguen manteniéndose en el tiempo, en ocasiones se debe a un momento evolutivo concreto. Sin embargo, a pesar de ello, tomar medidas sería lo más aconsejable para que el problema no se agrave. Este fue el objetivo de un estudio longitudinal que analizó la frecuencia de juego en el lapso de tiempo desde los 17 años a los 24 años para ver su evolución. Entre los resultados obtenidos, concluyeron que el 70% de los/as jugadores/as ocasionales a los 17 años seguían manteniendo esta frecuencia a los 24 años, el 23% dejan las apuestas y el 7% se convierten en jugadores/as regulares a los 24 años. Respecto a los jóvenes que son jugadores regulares a los 17 años, el 56% continúa siéndolo a los 24 años y el 37% pasan a ser jugadores/as ocasionales. En este mismo estudio se asocia el juego regular en adolescentes de 17 años con hombres, menor CI, jugar a videojuegos con amigos, historial de hiperactividad y problemas de conducta en la infancia, mayor puntuación en locus de control externo y alta puntuación en búsqueda de sensaciones.

Los factores de vulnerabilidad de los/as jóvenes frente a la adicción al juego: a) las funciones ejecutivas, procesos cognitivos que nos permiten orientar nuestro comportamiento a la consecución de metas, no están del todo desarrolladas lo que se traduce en mayor

impulsividad y mayor exposición a situaciones de riesgo (Blakemore y Choudhury, 2006); b) falta de autocontrol y autoregulación propicia apostar de manera más impulsiva; c) la susceptibilidad a factores del entorno, como la influencia de los referentes familiares o las relaciones con los iguales (Langhinrichsen-Rohling et al., 2004) o los mensajes publicitarios que promocionan juegos de azar (Lopez-Gonzalez et al., 2017). Estos factores pueden aumentar la probabilidad de que los/as jóvenes de hoy en día puedan desarrollar un Trastorno por Juego.

### » Videojuegos

Tras muchos años de debate, fue en 2018 cuando la OMS publicó un borrador incluyendo el trastorno por videojuegos como enfermedad mental en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Esta categoría diagnóstica se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego continuo o recurrente vinculado a tres condiciones negativas provocadas por el mal uso de los juegos digitales: **1)** la falta de control de la conducta de juego en cuanto al inicio, frecuencia, intensidad, duración, finalización y contexto en el que se juega; **2)** el aumento de la prioridad que se otorga a los juegos frente a otros intereses vitales y actividades diarias; **3)** el mantenimiento o escalada de la conducta a pesar de tener conciencia de las consecuencias negativas. Se considera un trastorno cuando el patrón de comportamiento es tan grave como para causar un deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional... y deben darse estos síntomas al menos durante 12 meses para poder establecer un diagnóstico.

Los datos reflejan un aumento del 64% en hombres jóvenes (entre 18 y 34 años) en el uso de videojuegos durante el confinamiento, mientras que en mujeres jóvenes de la misma franja de edad aumentó un 58,8% el uso de redes sociales e internet. Parece que el uso de diferentes recursos podría señalar diferencias en el tipo de satisfactores utilizados para suplir la falta de vida social y libertad según el sexo. Otras encuestas señalan otro factor que ha podido influir en este incremento y es que durante el confinamiento ha habido una mayor permisividad en el hogar (41,2%). Esta permisividad ha tenido mayor reflejo con respecto a los/as menores de edad, a causa del desajuste de horarios y rutinas y la falta de sociabilización han fomentado la permisividad en los padres con respecto al uso de pantallas en menores de 18 años.

Revisando los datos recopilados por el Observatorio español de drogas y adicciones señala que un 53% de los/as encuestados/as declaraba ser jugador de videojuegos antes o durante el confinamiento. Sin embargo, mientras que un 23% de los/as encuestados/as indicaba que jugaba a videojuegos de 5 a 7 días a la semana antes del confinamiento, durante el mismo aumentó hasta el 37%. Según los criterios del DSM-V, el 7,2% presentaban síntomas compatibles con un posible trastorno por videojuegos, de los cuales una gran mayoría eran menores de 18 años.

## **Dificultades en la búsqueda de alternativas de ocio y socialización del juego online**

### » Redes sociales e Internet

Según un estudio de redes sociales en 2020, preparado para IAB Spain, los/as más jóvenes (16-24 años) son los usuarios que utilizan mayor número de redes sociales simultáneamente (5,4) y a medida que aumenta la edad baja el número de redes utilizadas. Entre sus preferencias, la Generación Z prefiere en primer lugar *Instagram*, seguido de *WhatsApp* y *Youtube*.

En cuanto a las redes sociales y atendiendo a estudios (Lee et al.) de Instagram se encuentran cinco motivaciones habituales para el uso de esta plataforma: **a)** interaccionar socialmente, **b)** recopilar recuerdos, a modo de archivo en línea, **c)** expresión de identidad y autorepresentación, **d)** evasión de realidad y búsqueda de distracción con la vida de otras personas, **e)** curiosear fotos y perfiles. En la misma línea otro estudio (Sheldon y Bryant, 2016) destaca las siguientes: **a)** Vigilancia, control y/o conocimiento de la vida de los demás, **b)** documentación de archivos, **c)** autopromoción del self y **d)** estimulación de creatividad. Asimismo, las relaciones sociales en línea con extraños se han asociado con síntomas depresivos y comparación social.

## CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

Teniendo en cuenta que una mayor accesibilidad es un factor que fomenta el desarrollo o el mantenimiento de una adicción el escenario del confinamiento vivido en 2020 es un escenario artificial que no permite valorar con claridad el nivel de descontrol de las personas afectadas por adicción. En la práctica clínica muchos/as pacientes expresan su tranquilidad durante los meses de confinamiento domiciliario por no tener estímulos y tentaciones disponibles, ya que han sido numerosas las medidas impuestas a las empresas de juego para salvaguardar la salud psicológica de la población en crisis (cancelación de eventos deportivos ligados a las apuestas, límite de gasto en el juego online, cierre de locales de juego presenciales, limitación de espacios publicitario sobre juegos de azar, etc.). De igual manera, el 44% de las personas encuestadas respecto al motivo principal para disminuir el consumo de drogas señalan la dificultad para llevar a cabo el consumo (un 23,8% lo achaca a la oportunidad para comprar droga y un 20,8% a menos oportunidades para usar la droga). Debido a ello, el confinamiento ha supuesto una oportunidad para concienciarse respecto a las conductas adictivas y, pese a que el motivo de la interrupción de la conducta adictiva se debe a estímulos externos y no a una motivación interna puede suponer un comienzo de un posible cambio respecto a la conducta problema.

Sin embargo, teniendo en cuenta que lo que ha acontecido este último año es una crisis sanitaria mundial que ha desbordado los recursos de cualquier país, los/as expertos/as tendremos que ser cuidadosos/as en el diagnóstico de trastornos adictivos que inician en estas fechas concretas, ya que habría que descartar la posibilidad de que dichos síntomas sean derivados de un trastorno adaptativo (en vista a los muchísimos cambios que la población ha tenido que afrontar) o si ciertas vivencias acontecidas últimamente han podido desarrollar un trastorno de estrés post-traumático que explique dichos síntomas.

### 1) Evaluación clínica y recogida de datos.

- **A.** Estudiar sus necesidades y la disposición de recursos y satisfactores para suplir dichas necesidades.
- **B.** Valorar el grado de deterioro en las áreas más significativas.

### 2) Valorar la influencia de la pandemia en el inicio y en el desarrollo de dichos descontroles.

### 3) Diagnósticos alternativos: Trastornos de adaptación o trastornos de estrés postraumático frente a la situación de crisis sanitaria.

Encontrándonos, pues, ante un escenario tan incierto, será necesario esperar para conocer el tipo de consecuencias o secuelas psicológicas que dejará esta crisis en la población para poder desarrollar intervenciones adaptadas a las necesidades psicológicas de los y las pacientes con adicciones en este contexto, complementándolas con los recursos terapéuticos ya desarrollados.

# 4.

## RETOS DE FUTURO

### Personas con trastornos por juego

» Consecuencias psicológicas de las adicciones por la COVID-19 y el Confinamiento

1\_ Estudios previos

2\_ Contexto

3\_ La investigación

4\_ Estudio cualitativo

5\_ Estudio mediante encuesta

6\_ Conclusiones

7\_ Líneas de futuro

### 1\_ESTUDIOS PREVIOS

Durante una pandemia, el impacto emocional derivado del miedo a la enfermedad y a perder a los seres queridos, se une al estrés derivado de las medidas implementadas para la contención de la pandemia como el distanciamiento social y el confinamiento. De forma general, las cuarentenas por pandemia se han asociado a efectos tales como estrés de adaptación, síntomas de estrés postraumático, miedo, tristeza, nerviosismo, culpabilidad, confusión e ira (Brooks et al., 2020).

Durante un confinamiento las relaciones con otras personas se inhiben o interrumpen, lo que puede aumentar la vulnerabilidad a reacciones adversas desde un punto de vista psicológico. Así, por ejemplo, la incidencia de estrés postraumático tras la pandemia del SARS en Canadá fue similar a la producida por desastres naturales y el terrorismo (Hawryluck, et al., 2004; Sprang & Silman, 2013).

Los trabajos realizados en diferentes países han puesto de manifiesto el impacto a nivel psicológico y de salud mental del confinamiento debido a la COVID-19 (Cao et al. 2020; Liang et al., 2020; Liu et al., 2020; Wang et al., 2020; Zhao et al., 2020). Estos estudios han observado un aumento de sintomatología depresiva, ansiedad, estrés, miedo, problemas de sueño y estrés postraumático.

### 2\_CONTEXTO

El 11 de marzo de 2020 la OMS declara la COVID-19 como pandemia.

El Gobierno aprobó un Real Decreto (RD 463/2020, de 14 de marzo) por el que se declaraba el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria, cuyo objetivo era proteger la salud de la ciudadanía, contener la progresión de la enfermedad y reforzar el sistema de salud pública.

Durante el periodo de alarma se estableció que la circulación debía realizarse individualmente y estaba limitada a actividades de primera necesidad o desplazamientos al lugar de trabajo; el transporte debía reducir su oferta; los locales de actividades culturales, artísticas, deportivas y similares debería permanecer cerrados; se priorizaba el trabajo a distancia y se suspendía la actividad escolar presencial en favor de actividades educativas en línea.

Ciudades vacías durante el confinamiento. Nos encerramos en casa y nuestros pueblos y ciudades se vaciaron. Es en este contexto en el que surge la idea de llevar a cabo una investigación, a nivel estatal, para analizar el impacto psicológico de la COVID-19 y del propio confinamiento.

### 3.LA INVESTIGACIÓN

Participan investigadores/as de seis universidades: Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, UNED, Universidad de Barcelona, Universidad de Granada, Universidad Miguel Hernández de Elche y Universidad de Murcia.

Se desarrolla durante abril de 2020. Concretamente, las entrevistas se realizaron entre el 8 y el 14 de abril y la encuesta online entre el 22 y el 24 abril.

Consta de un estudio cualitativo mediante entrevistas con una muestra N = 40 y de un estudio mediante encuesta online, representativo de la población con una muestra de N = 6.789.

### 4.ESTUDIO CUALITATIVO

#### 4.1. Objetivos

Los objetivos del estudio cualitativo fueron aportar información en profundidad sobre las consecuencias psicológicas del confinamiento por el estado de alarma; e identificar las áreas temáticas de interés para ser estudiadas en el estudio cuantitativo mediante encuesta. El estudio cualitativo pretende explorar el grado de afectación psicológica en la población española, y profundizar en las áreas de preocupación desde la "voz propia" de las personas entrevistadas.

#### 4.2. Participantes

La muestra de participantes es bastante equilibrada en cuanto al sexo (53% de mujeres). Casi la mitad de la muestra (47%) pertenece al rango de edad entre los 35 y los 55 años, con un 30% de personas entre los 18 y los 30 años y un 22,5% con una edad superior a los 55 años. Las comunidades autónomas con mayor participación han sido la Comunidad de Madrid (15%), Cataluña (12,55%), La Rioja (10%) y Extremadura (10%). Con respecto a la situación laboral, el 25% de los/as participantes/as está en ERTE, el 20% está teletrabajando y el 15% está jubilado/a. En relación con el contacto con la COVID-19, el 55% de la muestra no está directamente afectada ni tiene personas afectadas en su entorno, el 17,5% son personas diagnosticadas con COVID-19 y el 15% tienen personas diagnosticadas en su entorno. Finalmente, respecto a la situación personal de las personas entrevistadas, cabe señalar que el 40% conviven únicamente con su pareja, el 22,5% conviven con niños/as de corta edad y el 15% convive con personas mayores.

#### 4.3. Protocolo de la entrevista

La entrevista se componía de los siguientes bloques:

**Bloque 1:** Información laboral, cómo afectan a la situación laboral el estado de alarma y el confinamiento. Dificultades y aspectos positivos del teletrabajo, expectativas sobre la evolución de la situación laboral una vez terminada la crisis sanitaria.

**Bloque 2:** Se incluyen preguntas relacionadas con las características de la vivienda, número de ocupantes, espacios disponibles, tiempo de confinamiento, sensación por la permanencia en casa, medidas de protección tomadas.

**Bloque 3:** Percepción sobre la COVID-19 y el confinamiento. Percepción sobre la afectación futura por la pandemia y el confinamiento en el ámbito personal, y en cuanto al ejercicio de sus derechos individuales.

**Bloque 4:** Impacto del confinamiento en hábitos básicos. Se indaga acerca de los cambios en costumbres, incluyendo la alimentación, horarios de sueño, consumo de tabaco, o actividad física. Se indaga también de forma específica sobre actividades que no puede realizar debido al confinamiento.

**Bloque 5:** Conciliación: el efecto del confinamiento en la convivencia, especificando la relación de pareja, paterno-filial, entre hijos/as, y/o entre otras personas con las que se convive, junto a la valoración del clima general en casa y de los posibles aspectos positivos.

**Bloque 6:** Impacto emocional. Las variables exploradas son: el sentimiento personal general respecto al confinamiento, su evolución, los aspectos más difíciles de asimilar, los posibles cambios de humor y estado de ánimo, en sentido positivo o negativo.

**Bloque 7:** Estrategias de afrontamiento: abarca los comportamientos de afrontamiento, la participación en acciones solidarias o de participación colectiva y la existencia de apoyo social (i.e., contacto con familiares y amigos/as durante el confinamiento).

**Bloque 8:** Autocontrol: se explora la percepción de la persona entrevistada acerca de su capacidad de actuar y de protegerse durante la crisis sanitaria “¿En qué medida cree que depende de usted permanecer sano?” y “¿De qué manera cree que puede usted contribuir a la reducción de la epidemia?”

**Bloque 9:** Valoración final: Finalmente, se da la oportunidad de añadir cualquier otra observación que no haya aparecido durante la entrevista, indagando sobre lo peor y lo mejor de esta experiencia personal y el aprendizaje resultado de la experiencia.

#### 4.4. Resultados

Con respecto a los resultados de las variables psicológicas, las personas entrevistadas manifiestan haber experimentado numerosos cambios de estado de ánimo durante el confinamiento: resignación, tristeza, agobio, actitud crítica, decaimiento, etc. La incertidumbre ante el futuro, las preocupaciones relacionadas con la enfermedad, más por las personas allegadas que por ellas mismas, el miedo a la pérdida de familiares sin poder despedirse, están entre los temas en torno a los que se elaboran las narrativas.

En menor medida, también se describen estados eufóricos por lo positivo de hacer más vida familiar, cambios experimentados en relación con el trabajo por estar más centradas y con menor estrés, etc. Los cambios emocionales de “peor a mejor” van desde cogniciones iniciales de catástrofe, ansiedad, angustia, etc., a una normalización conforme se extiende el confinamiento. En sentido opuesto, los cambios de “mejor a peor” están asociados a una conciencia creciente de la gravedad de la situación.

Con respecto al apoyo social percibido y las actitudes prosociales, la mayoría de las personas entrevistadas hablan de una red importante de apoyo social en caso de necesitarlo. Entre las actitudes prosociales se mencionan los aplausos a los sanitarios/as y el apoyo a los/as vecinos/as que lo necesitan. Las narrativas reflejan una buena valoración acerca de la solidaridad y la cohesión social ante la situación.

Respecto al consumo de sustancia y ocio, las narrativas de algunas personas apuntan hacia un incremento en el consumo de tabaco y alcohol con respecto a la situación anterior al confinamiento, valorándolo como algo “normal” que ocurra. Otras personas han mantenido el mismo nivel de consumo e incluso dicen estar aprovechando la situación para reducirlo. Mientras que algunas personas lamentan no poder realizar actividades anteriores que transcurrían en el exterior, las hay también que reconocen una oportunidad en el confinamiento para iniciar otras actividades. También reconocen las personas entrevistadas un incremento en el uso de la televisión, móvil, videollamadas, series, etc.

> Algunos ejemplos de narrativas de los participantes respecto a conductas de consumo:

*“Es normal que fume más, con todo lo de mi madre... Pero bueno, lo estaba intentando dejar. Cuando pase esto lo volveré a intentar”.* (EN08\_M\_48)

*“Bebemos más que antes. Bebemos una copita en las comidas y además hacemos vermouths telemáticos con los amigos/as y bebemos más. Antes yo estaba trabajando y no bebía. Los vermouths telemáticos se van un poco de madre, pero bueno, si luego te pasas la tarde durmiendo, tampoco pasa nada.”* (EN09\_M\_50)

*“Bebo igual que antes. Antes me tomaba una caña el jueves, el viernes, el sábado. Un poco de vino en las comidas el fin de semana. Ahora sigue más o menos igual, pero he bajado el vino, pero, por ejemplo, sí me tomo un cubata, todos los viernes me conecto con mis amigos y nos tomamos un cubata. Antes como no nos veíamos todas las semanas, no me lo tomaba”.* (EN19\_H\_33)

*“El consumo de alcohol, puede que se haya incrementado, tomarme alguna cerveza...pero tampoco mucho.”* (EN25\_H\_41)

"Llevo sin beber todo el confinamiento, y he dejado de fumar en casa, no me gusta fumar y beber en casa, me parece triste, cuando estoy con amigos sí, pero no en casa parado".(EN37\_H\_20)

"No tengo vicios, ni siquiera tomo cervezas con los/as amigos/as". (EN40\_H\_21)

"Fumo menos porque me lo he propuesto, a ver si consigo reducir más la dosis y lo llevo bien, al no sufrir estrés de ningún tipo, pues puedo controlar más". (EN41\_H\_55)

## 5. ESTUDIO MEDIANTE ENCUESTA

### 5.1. Objetivos

- Describir las variables contextuales (vivienda, condiciones económicas, apoyo social percibido, situación en relación a la pandemia) durante el confinamiento.
- Describir el cambio, en distintas variables psicológicas, producido en la población tanto en respuesta a la pandemia como en respuesta al confinamiento.
- Conocer las relaciones entre, por un lado, las variables sociodemográficas y contextuales, así como de algunas variables de salud y, por otro, la respuesta psicológica a la pandemia y el confinamiento.

### 5.2. Participantes

El total de participantes que respondieron a la encuesta fue de 6.789, el 51% (3.548) fueron mujeres y un 49% (3.241) hombres. La edad media de los/as participantes fue de 45,8 años (DT= 14,4; rango de 18 a 92 años). La distribución de los participantes en función de la edad agrupada en tres tramos fue la siguiente: el 26% tenía 18-34 años, el 53% 35-60 años y el 21% más de 60 años. El nivel socioeconómico es una variable importante a considerar especialmente cuando la encuesta se realiza online, con el fin de asegurar que se accede a todos los niveles socioeconómicos. Así, el 39% de la muestra pertenecía a un nivel socioeconómico alto (A1+A2), el 39% pertenecía a un nivel socioeconómico medio (B+C) y un 22% pertenecía a un nivel socioeconómico bajo (D+E1+E2). Los porcentajes más altos en estado civil correspondieron a personas casadas (50,3%) y solteras (37,8%). Por su parte, el nivel de ingresos familiares más frecuente osciló entre 1.000 y 1.999 euros (29,4%), seguido de entre 2.000 y 2.999 (23,4%). Es reseñable que más del 10% de la muestra contaba con menos de 1.000 euros mensuales de ingresos.

### 5.3. Cuestionario online

El cuestionario estaba compuesto por las siguientes secciones:

**Variables sociodemográficas (5 ítems):** edad, sexo, estado civil, nivel más alto de estudios e ingresos mensuales.

**Sección A: Actividad laboral (5 ítems).** Situación laboral antes del confinamiento, impacto del confinamiento en el desempeño del trabajo, condiciones de adaptación del trabajo o estudios a la modalidad telemática y conciliación del trabajo con rutinas familiares.

**Sección B: Convivencia y apoyo (10 ítems).** número de personas en la vivienda, convivencia con hijos, edad de los/as hijos/as, calidad de la convivencia con pareja, hijos/as y resto de personas, apoyo social en distintos ámbitos (apoyo médico, psicológico, social, abastecimiento, etc.).

**Sección C: Percepción de cambios personales (26 ítems).** Incluye los indicadores: afectación psicológica expresadas en un listado de síntomas.

**Sección D: Hábitos y actividades (11 ítems).** Incluye los indicadores sobre diversas actividades y hábitos de consumo. Se recoge información sobre el consumo de tabaco, cannabis, alcohol, fármacos, alimentos hipercalóricos, TV, redes sociales, videojuegos, apuestas online y actividad física.

**Sección E: Situación en relación con la pandemia (13 ítems).** Pertenencia a grupos de riesgo, convivencia con personas de riesgo, con personas expuestas al coronavirus, así como presencia de síntomas y/o diagnóstico en el/la participante, en personas con quién convive y en personas allegadas. Preocupaciones o temores relacionadas con la COVID-19. Se incluye también la dimensión "percepción del nivel de información", cumplimiento del confinamiento, los posibles conflictos derivados, y la necesidad / solicitud de ayuda psicológica durante el confinamiento.

**Sección F: Vivienda (5 ítems).** Este apartado incluye los indicadores sobre las características de la vivienda (superficie y espacios de aireamiento), y su satisfacción con la vivienda donde pasa el confinamiento.

Ejemplo de los ítems de la **Sección C:**

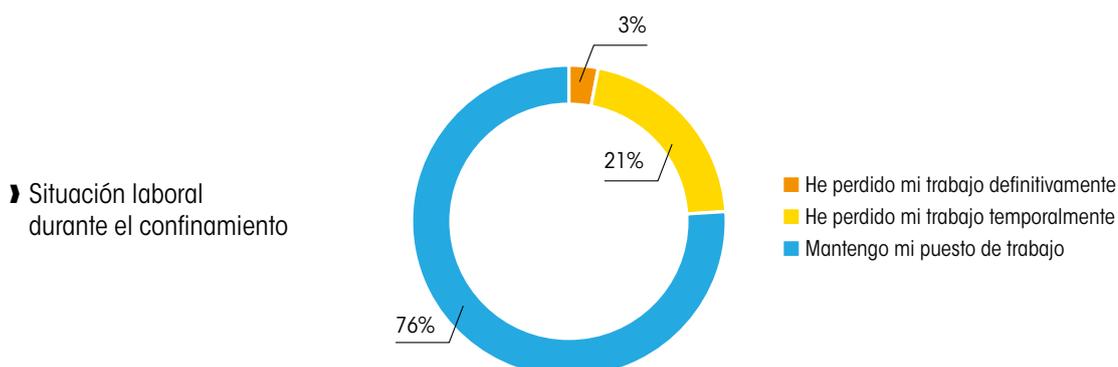
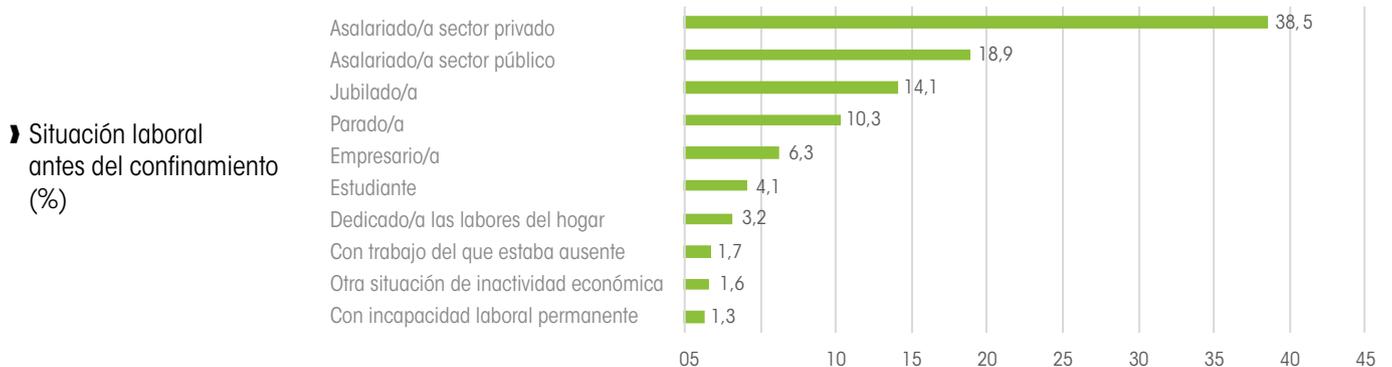
**Durante el confinamiento, y comparando con tu vida antes del confinamiento, ¿en qué medida crees que has sufrido cambios en relación a los siguientes aspectos?**

1. Malestar general a nivel psicológico.
2. Dificultades para concentrarse.
3. Facilidad para desconectar de las preocupaciones.
4. Incertidumbre.
5. Ataques de angustia, de ansiedad.
6. Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.
- ...

Escala de respuesta: 1. Ha disminuido mucho, 2. Ha disminuido un poco, 3. Permanece igual, 4. Se ha incrementado un poco, y 5. Se ha incrementado mucho.

## » Resultados

Resultados referidos a la situación laboral.



## » Preocupaciones y temores de las personas encuestadas en relación con la COVID-19

(Nivel de preocupación Escala 0-10)

Temores	0-3 Muy Bajo	4-6 Medio	7-10 Muy Alto
A que se contagie alguna persona allegada	6,6%	15,8%	<b>77%</b>
A que se muera alguna persona allegada	10,3%	17%	<b>72,1%</b>
A que pierda el trabajo o tener dificultades económicas la persona allegada	15%	19,4%	<b>64,9%</b>
A contagiar a alguna persona allegada	19,8%	20,8%	<b>58,5%</b>
A contagiarme	18,6%	27,2%	<b>53,8%</b>
A perder el trabajo o tener dificultades económicas	28,8%	21,1%	<b>49,1%</b>

## » Nivel de información respecto a diversos aspectos de la COVID-19

(Escala 0-10)

Nivel de Información	0-3 Muy Bajo	4-6 Medio	7-10 Muy Alto
Formas de transmisión	8,3%	21,5%	<b>70,2%</b>
Síntomas	6,6%	21,8%	<b>71,7%</b>
Tasa de mortalidad	19,6%	28,2%	<b>52,1%</b>
Formas de prevención	6,8%	19,3%	<b>74%</b>

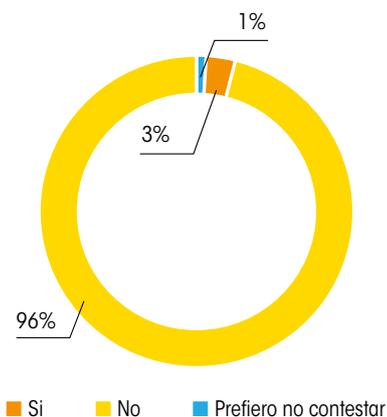
## » Resultados sobre modificación de indicadores psicológicos

Indicador psicológico	Incremento	Reducción
Incertidumbre	<b>77,5%</b>	2,4%
Miedo de perder a seres queridos	<b>75,5%</b>	1,3%
Preocupación por padecer o contraer una enfermedad	<b>67,9%</b>	3,7%
Problemas de sueño	<b>52,8%</b>	6,2%
Irritación o enfado	<b>47,45%</b>	6,4%
Agobio por la cantidad de mensajes o llamadas	<b>45,95%</b>	5,1%
Malestar general a nivel psicológico	<b>45,75%</b>	5,5%
Cambios de humor	<b>44,7%</b>	5,4%
Sentimientos depresivos, pesimistas o de desesperanza	<b>43,2%</b>	6,6%
Sentimientos de irrealidad, de que las cosas no son reales	<b>42,7%</b>	4%
Dificultades para concentrarse	<b>41,2%</b>	10,3%
Disposición a ayudar a otros	<b>36,2%</b>	6,3%
Ataques de angustia	<b>35,1%</b>	6,1%

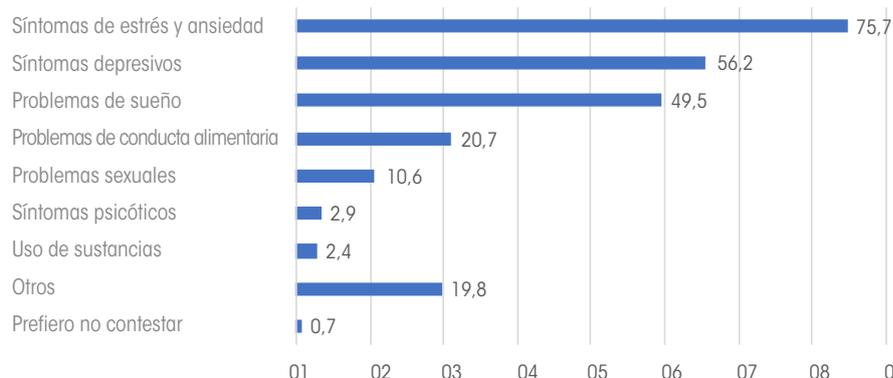
Indicador psicológico	Incremento	Reducción
Sentimientos de soledad	<b>34,6%</b>	9,1%
Tendencia a no querer pensar y no hablar de los problemas	<b>31,9%</b>	7,8%
Síntomas físicos sin clara relación con una enfermedad	<b>31,4%</b>	5,3%
Facilidad para desconectar de las preocupaciones	22,3%	<b>34,3%</b>
Problemas con las relaciones sexuales	19,5%	11,1%
Problemas de salud física	18,8%	4,9%
Capacidad para tomar decisiones y resolver problemas	17,9%	14,1%
Sentimientos de tranquilidad, serenidad, relajación	16,6%	<b>43,9%</b>
Sentimientos de confianza y optimismo	14,3%	<b>43,5%</b>
Sentimientos de culpa	13,8%	7,4%
Sentimientos de vitalidad y energía	12,3%	<b>48,6%</b>
Sentimientos o prácticas religiosas o espirituales	9,5%	9,6%
ideas de hacerse daño	4,5%	11,9%

## » Necesidad de atención psicológica durante el confinamiento

### » Necesidad de atención psicológica



### » Necesidad de atención psicológica durante el confinamiento



## » Resultados sobre modificación de hábitos y conductas

Hábitos y conductas	Incremento	Reducción	No aplica
Consumo de tabaco	21%	10,4%	49%
Consumo de cannabis	4,2%	7,9%	60,7%
Consumo de bebidas alcohólicas	21,2%	18,3%	26,2%
Consumo de medicamentos para problemas de salud física	12,9%	3,4%	31,2%
Consumo de medicamentos para problemas de salud psicológica	11,5%	4,1%	47,3%
Apuestas online	3%	21,1%	54,2%
Uso de videojuegos	<b>43,4%</b>	3,8%	30%
Uso de redes sociales	<b>71,6%</b>	2,7%	2,6%
Consumo de alimentos hipercalóricos	<b>41,5%</b>	11,1%	14,1%
Realización de ejercicio físico	28,7%	<b>46,6%</b>	2,6%
Tiempo viendo la TV	<b>66,6%</b>	6,5%	1,9%

## » Resultados sobre relación entre modificación de hábitos y conductas con el género

Hábitos y conductas - Género	Incremento		Reducción	
	Hombre	Mujeres	Hombre	Mujeres
Consumo de tabaco	16,7%	<b>25,5%</b>	10,7%	10,1%
Consumo de cannabis	4,8%	3,5%	7,7%	8,2%
Consumo de bebidas alcohólicas	21,3%	21,1%	19,7%	16,7%
Consumo de medicamentos para problemas de salud física	11,3%	<b>14,5%</b>	3,5%	3,4%
Consumo de medicamentos para problemas de salud psicológica	7,6%	<b>15,4%</b>	4,6%	3,7%
Apuestas online	2,9%	3,1%	<b>19,2%</b>	9,2%
Uso de videojuegos	<b>45%</b>	41,6%	3,5%	4%
Uso de redes sociales	66,5%	<b>76,4%</b>	2,5%	2,9%
Consumo de alimentos hipercalóricos	32,9%	<b>49,5%</b>	12,5%	9,7%
Realización de ejercicio físico	24,4%	<b>32,9%</b>	<b>51%</b>	42,3%
Tiempo viendo la TV	66%	67%	6,3%	6,6%

## » Resultados sobre relación entre modificación de hábitos y conductas con la edad

Hábitos y conductas - Edad	Incremento			Reducción		
	18 - 34	35 > 60	> 60	18 - 34	35 > 60	> 60
Consumo de tabaco	<b>23,1%</b>	<b>24%</b>	10,3%	<b>15%</b>	8,6%	9%
Consumo de cannabis	<b>8%</b>	3,9%	0,2%	9,7%	7,1%	7,4%
Consumo de bebidas alcohólicas	<b>24,5%</b>	<b>23%</b>	12,7%	<b>29,4%</b>	14,5%	13,9%
Consumo de medicamentos para problemas de salud física	<b>15,8%</b>	13%	10,1%	3,8%	3,9%	2,2%
Consumo de medicamentos para problemas de salud psicológica	11,3%	<b>12,2%</b>	9,9%	5,1%	4,4%	<b>12,7%</b>
Apuestas online	<b>5,5%</b>	2,1%	2,2%	12,7%	14,7%	<b>17,9%</b>
Uso de videojuegos	<b>64%</b>	37,7%	25,6%	2,5%	4,3%	4,4%
Uso de redes sociales	<b>77,7%</b>	71,6%	63,7%	2,4%	3,1%	2%
Consumo de alimentos hipercalóricos	<b>45,3%</b>	<b>45,6%</b>	24,3%	<b>14,6%</b>	8,5%	<b>12,7%</b>
Realización de ejercicio físico	<b>40,7%</b>	25,9%	20,7%	40,7%	47,2%	<b>58,3%</b>
Tiempo viendo la TV	64,5%	68%	65,3%	<b>8,8%</b>	6%	4,6%

## » Resultados sobre la relación entre modificación de hábitos y conductas con la situación laboral

Hábitos y conductas - Edad	Incremento			Reducción		
	Definit.	Temporal	Mant.	Definit.	Temporal	Mant.
Consumo de tabaco	20,3%	<b>25,7%</b>	21,7%	<b>17%</b>	10,9%	8,5%
Consumo de cannabis	1,8%	<b>7,8%</b>	4,6%	3,6%	<b>9,4%</b>	5,9%
Consumo de bebidas alcohólicas	10,6%	<b>28,6%</b>	23,7%	<b>23%</b>	16,2%	18,5%
Consumo de medicamentos para problemas de salud física	10,7%	11,8%	<b>14,2%</b>	3,5%	3,7%	3,7%
Consumo de medicamentos para problemas de salud psicológica	8,8%	11,7%	11,4%	3,6%	<b>4,7%</b>	3,2%
Apuestas online	<b>5,7%</b>	2,3%	3,5%	7,9%	10,1%	<b>14,2%</b>
Uso de videojuegos	<b>53%</b>	<b>59%</b>	41,7%	2,1%	2,3%	3,9%
Uso de redes sociales	59,3%	<b>80,5%</b>	71,85%	1,7%	2,5%	2,4%
Consumo de alimentos hipercalóricos	48,8%	<b>50,5%</b>	42%	11,6%	9,4%	11%
Realización de ejercicio físico	33,2%	36,2%	28,5%	<b>45,1%</b>	38,5%	<b>46,8%</b>
Tiempo viendo la TV	64,3%	<b>75,7%</b>	66,6%	<b>16,2%</b>	4,9%	6,4%

## » Resultados sobre la relación entre modificación de hábitos y conductas con la situación de convivencia.

Hábitos y conductas - Edad	Incremento			Reducción		
	Solo/a	Pareja	Familia	Solo/a	Parejal	Familia
Consumo de tabaco	<b>26,1%</b>	20,7%	19%	10%	7,4%	<b>11,9%</b>
Consumo de cannabis	1,9%	<b>4,2%</b>	<b>4,5%</b>	<b>10,3%</b>	4,9%	8,6%
Consumo de bebidas alcohólicas	<b>23,2%</b>	21,6%	20,3%	<b>19,3%</b>	14,4%	<b>19,5%</b>
Consumo de medicamentos para problemas de salud física	13,2%	10,1%	13,8%	3,4%	3,1%	3,7%
Consumo de medicamentos para problemas de salud psicológica	10,2%	10%	<b>12,1%</b>	4%	3,6%	4,6%
Apuestas online	0,7%	2,8%	3,7%	14,5%	11,8%	<b>15,7%</b>
Uso de videojuegos	35%	<b>41,4%</b>	<b>45,8%</b>	<b>6,3%</b>	2,3%	4%
Uso de redes sociales	69,4%	<b>71,4%</b>	<b>72,5%</b>	4,3%	2,8%	2,5%
Consumo de alimentos hipercalóricos	35%	36,5%	<b>44,5%</b>	12,2%	13%	9,1%
Realización de ejercicio físico	25%	28,7%	29,4%	<b>49,4%</b>	47,6%	45,3%
Tiempo viendo la TV	66,3%	<b>71,3%</b>	65,1%	6,4%	5%	6,7%

## 6. CONCLUSIONES

En la dimensión de ansiedad/miedo, destacan particularmente tres ítems en los que la proporción de personas que han empeorado es realmente muy elevada: la incertidumbre, la preocupación por perder seres queridos y la preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave (COVID-19 u otras).

Respecto a las variables del espectro depresivo, los sentimientos pesimistas o de desesperanza, y soledad presentan un aumento porcentual a tener en cuenta.

En general, los sentimientos de tranquilidad, serenidad, relajación, los sentimientos de confianza y optimismo, y los de vitalidad y energía disminuyeron en un porcentaje importante de personas.

En el momento del estudio, en el que el confinamiento duraba poco más de un mes, el porcentaje de personas que requirieron atención psicológica profesional era del 3 %. La mayoría de las personas que requirieron esta atención fue por síntomas de estrés u ansiedad, síntomas depresivos y problemas de sueño.

Con respecto a los indicadores de hábitos y conductas, los que han incrementado en mayor proporción han sido el uso de redes sociales, el tiempo viendo la televisión, el uso de videojuegos y el consumo de alimentos hipercalóricos. Por su parte, la realización de ejercicio físico se ha reducido considerablemente. En menor medida han incrementado conductas con el consumo de bebidas alcohólicas, el consumo de tabaco y el consumo de medicamentos.

También se constata que el cambio producido en las conductas de consumo se relaciona con variables tales como el género, la edad, la situación laboral durante el confinamiento y el tipo de convivencia.

## 7. LÍNEAS DE FUTURO

Pasado un año desde el inicio de la pandemia, existe un proyecto para realizar un seguimiento de las conductas de riesgo y de los efectos psicológicos derivados de la pandemia y detectar los mecanismos que pueden reducir o incrementar esas conductas.

Por otra parte, ha surgido la ocasión de colaborar con un equipo de investigación de la Universidad de Connecticut, que está especialmente preocupado por el incremento del consumo de alcohol durante la pandemia en Estados Unidos, por lo que se compararán los resultados de consecuencias psicológicas y hábitos de consumo de ambos países.

## ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES.

### > PLATAFORMAS UTILIZADAS EN LA PANDEMIA.

Desde que se declaró la emergencia sanitaria en el mes de marzo de dos mil veinte, hemos visto como se ha impuesto en nuestra sociedad el uso de las videoconferencias en los diferentes ámbitos de nuestras vidas.

El distanciamiento social obligado y necesario nos ha llevado a familiarizarnos con el uso de las tecnologías para poder realizar nuestros trabajos, estar en contacto con la familia, asistir a una sesión de nuestro entrenador/a o asistir a una terapia de grupo.

Es por ello que todas las empresas dedicadas al desarrollo de plataformas y software estén tan interesadas en popularizar sus productos.

Aclarando que ningún software es totalmente gratuito, pasamos a desarrollar el siguiente contenido.

En toda asociación o institución donde se manejan datos de pacientes, uno de los requisitos fundamentales es la protección de los datos personales. Por ello hemos eliminado dentro de las plataformas que se ofrecen aquellas totalmente gratuitas, donde el costo real de su uso es la libertad de las diferentes empresas de utilizar nuestros datos y diversa información recogida de nuestros hábitos delante de la pantalla de nuestros dispositivos.

## » ZOOM

Se está apoderando del mundo de las conferencias web con su excelente combinación de videoconferencias de calidad; precios competitivos e integraciones sólidas. También puede admitir seminarios web, salas de descanso e integración de reuniones.

Estas características tan valoradas por personas expertas normalmente solo están disponibles a través de proveedores de alto nivel como *Adobe Connect*. Sus planes son versátiles empiezan desde 17 euros por mes y puedes ir agregando módulos según tus intereses.

Nosotros la utilizamos para nuestras reuniones a distancia. Tiene una excelente calidad y la grabación es de buena calidad. Es la opción más popular del momento, si quieres iniciar en el mundo de las videoconferencias.

La conexión la podemos realizar desde cualquier dispositivo, sin necesidad de tener una cuenta de correo vinculada.

## » GOOGLE HANGOUTS

Es una opción sólida si tu empresa ya utiliza *Google Apps for Business*. Puedes usarlo para videoconferencias o para compartir tu pantalla. La aplicación móvil hace que unirse a una llamada sea fácil y se integra con todos los demás elementos de *Google*. Es ideal, si tu presupuesto es limitado. Solo necesitas que tus contactos tengan una cuenta de *Gmail* y listo. No necesitas instalar ningún software adicional. No tiene costo hasta el momento.

Solo la veo eficiente en el caso de terapias 1/1 por no tener costo inicial y su facilidad de uso e integración en casi todos los móviles *Android*.

## » GOOGLE MEET

Es la nueva herramienta de *Google* para realizar videollamadas. Aunque convive con *Hangout*, la versión mejorada de *Google Meet* es un fuerte competidor de *Zoom*. Muchas escuelas y Universidades actualmente la están utilizando, ya que permite grabar las sesiones (si cuentas con un gmail de pago, que actualmente cuesta alrededor de 4 euros mensuales).

También cuenta con una versión gratuita, a la cual puedes invitar hasta 100 participantes y reunirse durante 60 minutos sin interrupción. No es tan versátil como *Zoom*, pero ha ido mejorando mucho. Una de sus áreas de oportunidad es poder ver a tus invitados cuando compartes la pantalla.

## » MICROSOFT TEAMS

Otro peso pesado entró entre en la batalla de las videoconferencias, desde 2017 *Microsoft Teams* ha ayudado a reunir a estudiantes, familias y personas de negocios. En su descripción, el gigante del sistema operativo más usado en el mundo, presume que hasta 10 mil integrantes pueden reunirse en su plataforma (obvio, en el plan más costoso).

Existe la versión gratuita, y si quieres añadir algunas funcionalidades *Office* y reuniones hasta de 24 horas interrumpidas, los planes inician desde 4 euros por mes (empresa básica) y ascienden hasta los 18 euros mensuales (*Office 365 E3*).

Lo interesante de *Microsoft Teams* es su compatibilidad con los programas de *Office*, si tus videoconferencias son más laborales, está opción puede ser muy productiva para tu equipo de trabajo.

## » SKYPE

Es la plataforma más conocida para realizar videoconferencias y videollamadas. Es gratuita hasta un límite de 10 participantes y es muy fácil de usar. Para las llamadas grupales requiere que al menos 2 usuarios tengan cuenta *Premium*. No obstante, si quieres utilizarlo como «skype empresarial» para tus negocios, no ofrece una imagen profesional o de marca.

## » WEBEX

Con un costo de 17 euros mensuales, permite la interacción de hasta 8 personas por reunión. Al igual que otras plataformas puedes compartir tu escritorio, audio, vídeo y ficheros. Además de colaborar en la creación de documentos tanto para el uso de navegador como apps de dispositivos móviles.

Cabe señalar que *Webex* tiene el sello de garantía de *Cisco*, empresa con muchos años en el sector de redes de comunicación. Su costo es un poco más elevado que otros y sobre todo si los grupos están por encima de 8.

Después de este análisis simple de algunas de las plataformas más familiares, pasamos a hacer una corta lista de recomendaciones, comunes para casi todas ellas.

- NO INTRODUCIR LOS DATOS DE LOS/AS USUARIOS/AS EN NINGUNA DE ELLAS.
- MANDAR EL ENLACE SOLO HORAS ANTES DE LA TERAPIA (así evitamos que el enlace se pueda filtrar).
- CAMBIAR EL ENLACE PARA CADA UNA DE LAS TERAPIAS.
- MANTENER SIEMPRE EL CONTROL DE ASCESO (así podremos filtrar antes de aceptar a alguien).

## RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR JUEGO

Durante los primeros días tras el confinamiento en España, situación sin precedentes comparables para nuestra población, todas y todos vivimos momentos de angustia, ansiedad, incertidumbre, miedo, o cualquier tipo de emoción negativa, como ya señalamos anteriormente.

Si para la población en general resultó complicada la contención, la pérdida de derechos y libertades tan básicas como salir a trabajar o a pasear... las personas usuarias de los servicios de salud mental y/o en tratamiento por adicciones, vivieron con una intensidad mayor dichas emociones negativas. Para que podamos entenderlo... fue como para una persona con una lesión traumatológica que depende temporalmente de muletas para caminar, de repente se le hubiese pedido que siguiera caminando, pero sin derecho a usar esas muletas.

En este contexto, a FEJAR en general, y por parte de las y los usuarias/os de terapia online en particular, comenzaron a llegar llamadas y demandas de ayuda para poder afrontar la nueva situación en sus circunstancias. Por este motivo, elaboramos desde el área de psicología de FEJAR unas recomendaciones a la población en general y otras para las personas afectadas por trastorno por juego en particular.

### Recomendaciones para la sociedad en general

Entre estas recomendaciones iniciales generales, estuvieron las siguientes:

- Permanecer informados/as, sí, pero no sobre informados/as... y asegurarse de utilizar fuentes de información fiables: *"Debemos estar informados/as de los consejos y recomendaciones, especialmente las procedentes de Sanidad y Gobierno. No obstante, tenemos la obligación a ceñirnos en la medida de lo posible a información SIEMPRE oficialmente confirmada y recibir con actitud crítica cada mensaje que nos llega a través de las principales redes sociales. En especial aquellas personas con tendencia a la ansiedad o rasgos de personalidad tendentes a la obsesión o hipocondría, restringir la lectura y/o búsqueda de información con respecto al Coronavirus. Por lo que, buscar constantemente información que nos alivie, no ayuda, porque el alivio es sólo momentáneo"*.
- Detectamos una desestructuración generalizada en las personas, en cuanto a la organización del día. Las rutinas habituales desaparecieron para instaurarse en nuestras vidas otras muy diferentes: teletrabajo (o no trabajo), imposibilidad de salir a hacer deporte, instauración o generalización de videollamadas para cualquier actividad cotidiana (trabajo, contacto con familiares o amigos/os...), información sobre salud de forma monotemática y omnipresente, pero paradójicamente no se podía acceder a los servicios médicos por cualquier cuestión que no tuviese relación con COVID o de extrema gravedad. Por eso establecimos esta recomendación: *"Procura elegir en que*

*ocupas tu tiempo. Puedes establecer ciertos momentos para informarte, pero intenta que el resto lo ocupes en algo que sea beneficioso para ti y los tuyos, ¿qué DECIDES hacer en estos días? (...) Intentar ocupar nuestro tiempo en casa de múltiples formas, alternando actividades, participando en las actividades colectivas organizadas por redes sociales desde ventanas y balcones, realizando ejercicio físico desde casa (cada uno/a acorde a sus posibilidades en el domicilio), podemos también aprovechar en darle forma a algún proyecto que tuviéramos en mente, pero no nos habíamos puesto a ello por falta de tiempo antes. Además, se puede hacer uso de las ofertas que muchas entidades están realizando en estos días: disfrutar de forma gratuita de muchas publicaciones, o accesos online a museos, etc. Aunque es importante que se controle la exposición, sobre todo a menores de tablets, videojuegos y juegos de azar. Es esencial hacer un llamamiento a la responsabilidad de padres y madres con respecto a lo que ven o hacen sus hijos/as menores en este tiempo. Realizar actividades, pero con un control parental acorde con la situación y con la sobreexposición de promoción de juegos con consecuencias negativas”.*

- Respecto a la incertidumbre laboral que se generó en los primeros días tras el decreto del primer estado de alarma, planteamos esta recomendación: *“En medida de lo posible, debemos intentar evitar los “y si...”: y si pierdo clientela, y si no me mantienen el contrato, y si no puedo después mantener la empresa...lo que es normal en estas circunstancias con tantas dudas y teniendo en cuenta que no oímos nada alentador. Es importante saber que las personas somos capaces de controlar una parte de nuestras vidas, pero siempre hay una parte que en mayor o menor medida no está en nuestras manos. De esa parte que no podemos “controlar”, sólo podemos decidir nuestra respuesta ante ello.*

- Respecto a los signos y síntomas de ansiedad generalizada (inquietud psicomotriz, dificultad para dormir o tener un sueño reparador, sudoración, palpitaciones, aceleración del ritmo cardíaco, dificultad respiratoria, pérdida de control de impulsos con la comida...), expusimos que: *“La ansiedad no es más que un miedo anticipatorio, pero si se instaura en nosotros/as, puede resultar muy incapacitante. Por eso es importante focalizar nuestra atención en el PRESENTE, en organizarnos el día e intentar mantener toda la rutina posible”.*

- También tuvimos presente la posibilidad de predominio de otro tipo de pensamientos intrusivos / obsesivos; por ello recomendamos: *“Con respecto a los pensamientos obsesivos negativos, es muy importante que seamos capaces de identificarlos lo antes posible. En cuanto los identifiquemos, debemos obligarnos a pararlos (cambiando de lugar físico y de actividad o iniciando una conversación). Son de gran ayuda entretenimientos que requieren la focalización de nuestra atención (y que no permitan una atención dividida), como sopas de letras, sudokus, puzzles, etc”.*

- Sin olvidarnos del sentimiento tan bloqueante como la culpabilidad: *“la culpabilidad y las dudas acerca de si hemos hecho bien o mal en las últimas horas/días habiendo realizado algunas actividades (acudir a eventos con muchas personas, haber visitado amigos o familiares, haber tenido reuniones con amigos o laborales...). Es esencial parar estos pensamientos porque, ante todo, NO PODEMOS CAMBIAR EL PASADO”.*

- Otro crucial aspecto que debía ser atendido de forma imprescindible es el de las relaciones familiares: *“Debemos mantener y potenciar todo lo posible nuestras relaciones interpersonales vía teléfono, redes sociales, videollamadas. Y que nuestras conversaciones no giren sólo en torno a la problemática que estamos viviendo. Resulta útil no perder el humor y utilizarlo a menudo. La convivencia en los domicilios va a resultar complicada en este tiempo. Ante todo, debemos ser capaces de EMPATIZAR con la/s otra/s persona/s, no sólo uno/a mismo/a está angustiado/a. Realizar actividades en familia, pero también debemos dejarnos espacios para nuestra soledad y reflexión, respetando momentos de privacidad para cada miembro de la familia”.*

- Recordamos también la importancia de mantener un estado de ánimo eufórico y emocional lo más estable posible, para, así, mantener intacto en su pleno rendimiento a nuestro sistema inmunitario.

- Dimos pautas para gestionar de la mejor forma posible el aburrimiento: *“Debemos también ser capaces de gestionar el aburrimiento con fórmulas que no contemplen el comer fuera de las comidas u horarios que eran habituales en nosotros. Comer (especialmente dulces, charcutería, frutos secos) compulsivamente sólo nos va a calmar durante unos pocos minutos, siendo las consecuencias a medio plazo peores (incremento de peso, agravamiento de otras patologías previas, sentimiento de culpa, etc.)”.*

En penúltimo lugar recomendábamos la inscripción en el RGIAJ (Registro de Interdicciones de Acceso al Juego) para aquellas personas que pudiesen encontrarse en una situación de riesgo de padecer trastorno por juego, o percibiesen que las apuestas (online) escapaban de su control.

Y por último, pero no por ello menos importante, recomendamos recurrir a pedir ayuda en el supuesto de que, aun poniendo en práctica todas las recomendaciones dadas, no resultasen suficientes para una adecuada contención de la ansiedad, la angustia, culpabilidad, etc.

## Recomendaciones para personas afectadas

Por otra parte, establecimos otra serie de recomendaciones específicas para personas afectadas por trastorno por juego en rehabilitación y/o rehabilitadas:

- No olvides que estás en un proceso de rehabilitación (si todavía no estás dado de alta), utiliza este parón de terapia y la situación de confinamiento para avanzar en tu proceso de deshabituación del juego y nunca para pensar estrategias para poder jugar.
- Intenta mantener contacto telefónico con algún/os/as miembro/s de la asociación, como compañeros/as de rehabilitación, así como pedir ayuda si lo necesitas, a sus profesionales siempre que sea posible, y en su defecto, puedes recibir ayuda a través de las herramientas que pone FEJAR a disposición de usuarios/as de las asociaciones (teléfono 900 200 225, terapia online). Sobre todo, aquellas personas que padecen patología dual, y, por tanto, con más riesgo de sufrir recaídas en una rehabilitación, es importante que pidan ayuda ante cualquier signo de alarma que detecten.
- Que este tiempo de confinamiento en casa te sirva para mejorar en tu comunicación con tu pareja y/o resto de familiares, a nivel cuantitativo, pero sobre todo, cualitativo.
- Debes tener cuidado con el mayor uso de televisión, redes sociales, etc., porque estarás más expuesto/a a publicidad de juego.
- Quizás no puedas apostar a nada, porque presencialmente no se puede y online tampoco por estar autoprohibido/a. Quizás en tu domicilio tampoco tengas mucha oportunidad para hacer deporte... Por eso debes prestar especial atención al incremento de otras conductas que puedan acabar resultándote problemáticas en el futuro: consumo de pornografía a través de internet, compras online, uso de tarot telefónico, picoteos constantes de comida y/o episodios de atracción, consumo de alcohol en casa... Y, especialmente, ¡cuidado con el uso de videojuegos!
- Respecto al uso de móvil para otras actividades (redes sociales, *Youtube*, *Netflix*, etc.) intenta que sea en espacios de la casa compartidos y no en soledad, que tu familia sepa el uso que estás haciendo con el móvil u otros dispositivos electrónicos.
- Es posible que en estas semanas en las que muchas personas sienten incertidumbre por su situación laboral presente y futura, se despierten en el/la jugador/a los sentimientos de culpa por las pérdidas económicas generadas por el juego, así como la necesidad de "recuperar" el dinero que no se va a percibir trabajando, a través de cualquier tipo de apuesta. Se debe estar alerta y prestar atención a este tipo de pensamientos o repunte de pensamiento mágico, de ilusión de control o de otro tipo de distorsiones cognitivas tan frecuentes en el/la jugador/a, que habría que conseguir erradicar en cuanto aparezcan.
- Seguramente sentirás un exceso de energía o rabia que no puedes descargar... evita liberarla contra tus seres queridos. Puede serte de utilidad hacerte con un "pao" de los que se utilizan en artes marciales para dar puñetazos y patadas, y en su defecto, descarga tu rabia contra una almohada o cojín. Pero nunca lanzando objetos o dando golpes a mobiliario, etc

Las personas jugadoras vivieron en estos primeros días y/o semanas de confinamiento una potente disonancia cognitiva: por un lado ante tanta incertidumbre y restricciones se incrementaban los pensamientos relacionados con el juego, los deseos e intencionalidad de apostar... sin embargo resultaba difícil porque los establecimientos físicos (hostelería, salones de juego, bingos, casinos) permanecieron cerrados (únicamente los servicios esenciales se mantuvieron abiertos) y las personas en tratamiento en los distintos servicios o asociaciones de Fejar se encontraban en situación de prohibición de acceso al juego online. Por otra parte, la publicidad de juego estuvo condicionada a nivel gubernamental, pudiéndose publicitar los distintos sectores privados de juego en un horario nocturno muy restringido.

Esta situación realmente resultó de ayuda especialmente para aquellas personas enfermas que estaban comenzando su rehabilitación, pues en esta fase resulta de vital importancia el control estimular (evitar pasar por lugares que recuerdan episodios de juego, evitar visualizar publicidad de apuestas, etc.). Es decir, si bien supuso un gran esfuerzo por parte de los y las jugadores patológicos/as, hubo un gran ejercicio de contención del juego.

Sin embargo, conforme avanzaban las primeras horas de confinamiento, los deseos de jugar iban en aumento, despertándose en las personas jugadoras su parte más creativa y comenzando a planificar y "pensar" formas mediante las que burlar las limitaciones de acceso al juego.

Desde el servicio de terapia online (al igual que el resto de asociaciones integradas en FEJAR, en la medida en que pudieron por sus circunstancias), que ya tenía inherente la atención "online" desde su creación, en cuanto a recursos para dar cobertura a todas sus personas usuarias (enfermas y/o familiares), se intensificó la atención personalizada en aquellas semanas, y por otra parte se instauró la terapia grupal para personas enfermas (objetivo no cumplido anteriormente por la diversidad horaria de sus personas en tratamiento).

En los posteriores días tras el inicio del confinamiento, en el área de psicología de terapia online se detectó:

- Un sentimiento generalizado de pérdida de libertad que, si bien se entiende y se intenta respetar, resulta difícil de gestionar
- Los/as jugadores/as con alto nivel de impulsividad se focalizaban en otro tipo de conductas compulsivas: deporte en casa, comida, uso de móvil (hasta 9 horas diarias), compras online de productos dietéticos o de bicicletas estáticas sin premeditación (no olvidemos que se trata de personas endeudadas que, sobre todo en las fases iniciales de tratamiento tienen habitualmente dificultades para cubrir sus necesidades y obligaciones económicas básicas), en los casos en los que las personas jugadoras viven solas, especialmente.
- Entre quienes vivían en pareja y/o familia, se detectó un incremento de hostilidad y agresividad en la comunicación.
- Respecto al juego, hubo una apatía o "necesidad" generalizada como alternativa de ocio de jugar a FIFA (mayoritariamente) u otro tipo de videojuegos.
- Se mantenían de forma recurrente los pensamientos y fantasías relacionados con el regreso de eventos deportivos y consecuentes apuestas.

Una vez que finalizó el confinamiento domiciliario y poco a poco se iba recuperando una parte de la rutina laboral (no en todos los casos), se trabajó mucho tanto a nivel individual idiosincrásico como a nivel grupal las situaciones de riesgo potencial de recaída de cada jugador/a. Especialmente dificultosa continuaba siendo la situación de las personas en tratamiento que pertenecían a sectores laborales específicos como hostelería, deporte, turismo... al mantenerse en situación de inactividad temporal (ERTE). Otros sectores, como el sanitario, que sí mantuvieron a sus trabajadores/as en activo desde el "minuto 0", también resultaban perfiles de riesgo, por los altos niveles de sobrecarga laboral y emocional que soportaban.

A pesar de las elevadas dificultades expuestas, podemos decir que las recaídas y abandonos en terapia online fueron residuales.

## Recomendaciones para familiares

Por último, se establecieron otras recomendaciones para el colectivo de familiares de las personas en rehabilitación:

- Quizás algunos/as familiares se sientan tranquilos/as teniendo al familiar jugador/a en casa, en entorno "controlado". Sin embargo, es importante no "bajar la guardia", ya que el aburrimiento es importante enemigo en cualquier proceso de rehabilitación de una adicción.
- Si bien en las recomendaciones para la población general decíamos que debemos respetar un tiempo y un espacio para la intimidad y soledad de cada persona diario, en el caso de un/a jugador/a en proceso de rehabilitación, éste/a debe mostrarse en todo momento transparente y facilitar que un/a familiar sepa en qué está ocupando su tiempo, en especial el dedicado a TICs.
- Los/as familiares deberán tener especial cuidado con el control de dinero, de tarjetas y cuentas bancarias y posible suplantación de identidad
- Asimismo, deberán estar alertas ante cualquier indicio de desarrollo de otra/s conducta/s compulsiva/s: comida, consumo de alcohol, llamadas con tarificación especial (tarot), utilización de juegos de móvil, etc.
- Ante las explosiones de ira, o estado de irritabilidad u hostilidad del/la jugador/a: no entrar en discusiones en las que el/la enfermo/a va a intentar responsabilizar o culpabilizar al familiar. Intentar mantener la calma en todo momento,

esperar a que pase la "explosión" de enfado y a continuación tratar de razonar, siempre en modo asertivo y comenzando por exponer cómo se ha sentido ante la exteriorización del enfado por parte del/la jugador/a. A continuación, el/la familiar mostrará empatía por el enfermo, expresándole que puede entender su ira, para finalizar con una invitación a buscar entre ambas partes una solución al conflicto.

- En el caso de ser familiar de un/a jugador/a menor, los adultos debemos fomentar el tiempo de calidad en familia, realizando actividades lúdicas conjuntas y alternando momentos del/la menor o adolescente en su dormitorio con momentos en zonas comunes. De igual modo, debemos estar atentos/as a la posible suplantación de identidad, tanto para el acceso a juego de azar como a videojuegos recomendados para mayores de edad, compras de complementos para videojuegos, etc.
- Mantener contacto e intercambiar dudas, experiencias, etc., con otro/a/s familiar/es de su asociación puede servir de ayuda. Del mismo modo, en caso de duda o sensación de pérdida de control de la situación a nivel familiar, pedir ayuda a través de su asociación o en su defecto, si en ella no le pueden atender, a **FEJAR en el 900 200 225 o en [terapiaonline@fejar.org](mailto:terapiaonline@fejar.org)**.

Podemos decir que en algunas de nuestras recomendaciones fuimos de las primeras entidades o especialistas en ofrecerlas, si bien luego fueron apareciendo recomendaciones similares a través de otras entidades.

## CONCLUSIONES

Uno de los principales cambios detectado por los y las profesionales en el ámbito de las adicciones, derivado de la situación provocada por la COVID-19 desde el pasado 14 de marzo, ha sido el aumento del uso de internet, las redes sociales y los videojuegos, así como el consumo de alcohol, tanto en hombres como en mujeres.

Los y Las Profesionales del Ámbito de las adicciones consideran que las restricciones, prohibiciones y el cierre de bares, locales de hostelería, terrazas, establecimientos de apuestas y juego presenciales, etc. confinamiento durante el pues es considerarse medidas positivas para el ámbito de las adicciones, en la medida en la que han ayudado al descenso del consumo social en espacios públicos. No obstante, no ha ocurrido lo mismo en el caso de los espacios privados. De hecho, algo más de la mitad de los y las profesionales declaran que han percibido un aumento en la venta de alcohol fuera de bares y establecimientos de hostelería; es decir, en tiendas de alimentación, supermercados y similares.

En relación a las pautas de consumo de la población, los y las profesionales de prevención y atención a las adicciones consideran que desde marzo ha aumentado el consumo o comportamiento adictivo solitario –y más peligroso– entre la población general, el consumo o comportamiento adictivo derivado del estrés, la angustia o la ansiedad provocada por la situación vivida a causa de la COVID-19, así como la permisividad respecto al consumo en el hogar.

Esta mayor permisividad en los hogares ha tenido un claro reflejo en la situación vivida por parte de la población menor de edad. En efecto, los y los profesionales participantes en el estudio declaran que, en base al trabajo realizado durante estos meses, han percibido un aumento de la exposición frente a las pantallas y la práctica de videojuegos entre la población menor de 18 años. Los y las profesionales están de acuerdo a la hora de afirmar que el cambio de horarios, la falta de socialización y el desajuste o la reducción de control de las rutinas durante el confinamiento podrían estar detrás del aumento de las horas frente a la televisión, los videojuegos o la navegación por internet. Igualmente, pone de manifiesto la contradicción que se ha producido en el ámbito del uso de las nuevas tecnologías. Si bien es cierto que a la gran mayoría de la población nos han facilitado el trabajo durante estos meses desde el hogar, al tiempo ha aumentado su uso o abuso por parte de la población y ha empeorado o agravado el caso de quienes ya tenían problemas con anterioridad en este ámbito. En este sentido, los y las profesionales se muestran preocupados por las consecuencias negativas –tanto a corto como a largo plazo– para los y los menores de edad del fomento y el uso prolongado del ordenador desde el ámbito educativo.

En relación al consumo –especialmente tabaco y cannabis– dentro del hogar por parte de adolescentes y jóvenes durante la fase de confinamiento, además del aumento notable de la exposición al humo en los hogares, los y las técnicas/as de prevención han detectado una bipolarización de la respuesta ofrecida por parte de las familias. Por un lado, estarían las familias en las que ha habido una mayor permisividad que habitualmente en relación al consumo dentro del hogar, principalmente con el objetivo de evitar conflictos o discusiones con los y las jóvenes durante el confinamiento. Por otro lado, estarían las familias que, antes del confinamiento no eran conocedoras del consumo o del grado tan elevado de consumo por parte de sus hijos/as y que directamente lo han prohibido o restringido.

La mayoría de los y las profesionales de atención subrayan la labor de apoyo, acompañamiento y la atención psicológica y emocional prestada a personas consumidoras a lo largo de estos meses. Durante el periodo de confinamiento destacan que les ha sorprendido que hubiera menos ingresos y brotes por consumo de los que esperaban, no porque el consumo hubiera descendido, sino porque el problema estaba invisibilizado o latente. Ha sido en la fase de desconfinamiento y, principalmente, en la fase actual de "nueva normalidad" cuando se han empezado a visibilizar el problema y sus consecuencias.

En cuanto al impacto que la situación provocada por la pandemia de la COVID-19 ha tenido en la labor de los y las profesionales de prevención y atención, muchas entidades locales (municipios, mancomunidades y cuadrillas) y entidades del Tercer Sector se han visto en la necesidad de cancelar, suspender o aplazar temporalmente algunos de sus programas, servicios, actuaciones o intervenciones en el ámbito de las adicciones –principalmente durante el confinamiento–. Algunos de estos programas o servicios han podido ser retomados en la fase de desconfinamiento. En otros casos, por el contrario, todavía no se han reanudado y existen dudas respecto a su futuro inmediato - principalmente en el caso de aquellos centrados en la prevención y, en especial, aquellos llevados a cabo en el ámbito educativo–. La gran mayoría de los y los profesionales han continuado realizando su trabajo de forma telemática, virtual o desde casa, lo que ha supuesto un aumento en las horas de trabajo. Asimismo, en muchos casos reconocieron haber tenido que modificar o adaptar los programas, intervenciones o servicios que habitualmente se realizan debido a la situación provocada por el COVID-19.

Uno de los principales aspectos positivos más valorados y reiteradamente mencionado en torno a la situación vivida durante los últimos meses es la actitud proactiva y la predisposición por parte de los y las profesionales, tanto del ámbito de la prevención como de la atención directa. En ambos casos subrayan que, pese a las dificultades y retos con los que se han encontrado durante estos meses –especialmente al comienzo de la pandemia–, han conseguido remontar y adaptarse a la nueva situación de forma inmediata, aunque no en las condiciones deseables, sino porque así lo requería la situación. Esta adaptación se ha producido tanto un nivel individual, como grupal, del equipo de trabajo, del entorno, medios, recursos, programas, servicios, intervenciones, etc. Lo que ha conllevado consecuencias, tanto laborales (programas y servicios suspendidos, cancelados, adaptados, carga de trabajo), como económicas (mayor inversión, falta de financiación) y personales (familiares, emocionales, psicológicos de los/las propios/as trabajadores/as).

## **Situación actual**

Las recomendaciones elaboradas y difundidas desde FEJAR al inicio del decreto del estado de alarma podemos considerar que resultaron útiles y efectivas para las personas jugadoras.

En la actualidad, justamente en los últimos días previos a la redacción de este apartado, finalizó el estado de alarma en España (9/05/2021). En este momento, podemos decir que el porcentaje de personas enfermas que han llegado a tratamiento en el total de las distintas asociaciones presenciales de FEJAR durante el periodo de crisis sanitaria se ha mantenido en términos generales aun a pesar de las graves dificultades por las que han atravesado algunas asociaciones debido a las limitaciones y cierres impuestos por la pandemia. De hecho, existe alguna asociación que no ha podido retomar sus terapias presenciales por sus dificultades para poderse adaptar a los requisitos de la situación sanitaria vigente.

Sin embargo, el servicio de Terapia Online, debido a su estructura, no sólo se ha mantenido, sino que durante el periodo que ha durado el estado de alarma (14/03/2020 a 9/05/2021), el número de personas que han iniciado tratamiento ha sido significativamente superior respecto a otros ejercicios anteriores.

Respecto a la situación con las personas enfermas, cabe decir que estamos en un momento que podríamos denominar de necesaria "alerta", ya que existe una percepción de nueva libertad en su sentido más amplio. Si bien es verdad que nos encontramos en una situación de progresivo regreso a la ansiada "normalidad" (a nivel social, académico, laboral, sanitario, lúdico, turístico... y, también, del juego de azar) no es así en el caso de las personas jugadoras, que no pueden volver a apostar. Sin embargo, estamos detectando confusión en este sentido, que ya ha llevado a una recaída en el proceso de tratamiento de un pequeño porcentaje de personas usuarias y tememos que pueda no ser un caso aislado sino más bien la nueva tendencia... por lo que a nivel asistencial nos enfrentamos a un reto complicado, pero de necesaria superación.

## Retos inmediatos y futuros

Como retos de futuro inmediato en la rehabilitación de nuestros y nuestras enfermos y enfermas de trastorno por juego, debemos contemplar los siguientes:

**- Control y gestión económica.** Tras una etapa de controles (anteriormente expuestos): ausencia de oferta de juego de apuestas, limitaciones en hostelería, confinamientos, etc., muchas personas en rehabilitación han conseguido mejorar su situación económica, disminuyendo o incluso liquidando sus créditos generados por el juego, y en la actualidad los principales esfuerzos en rehabilitación se orientan hacia la generación de herramientas que les permitan, en el futuro, desenvolverse adecuadamente en su día a día y desarrollando la capacidad de disponer dinero sin necesidad de apostar ni invertirlo en opciones que, en definitiva, por asociación cerebral estimular, van a acabar despertando las mismas distorsiones cognitivas que el juego de apuestas. Nos referimos al planteamiento generalizado de muchos/as jugadores/as de invertir su dinero (actual o cuando dispongan de él) en:

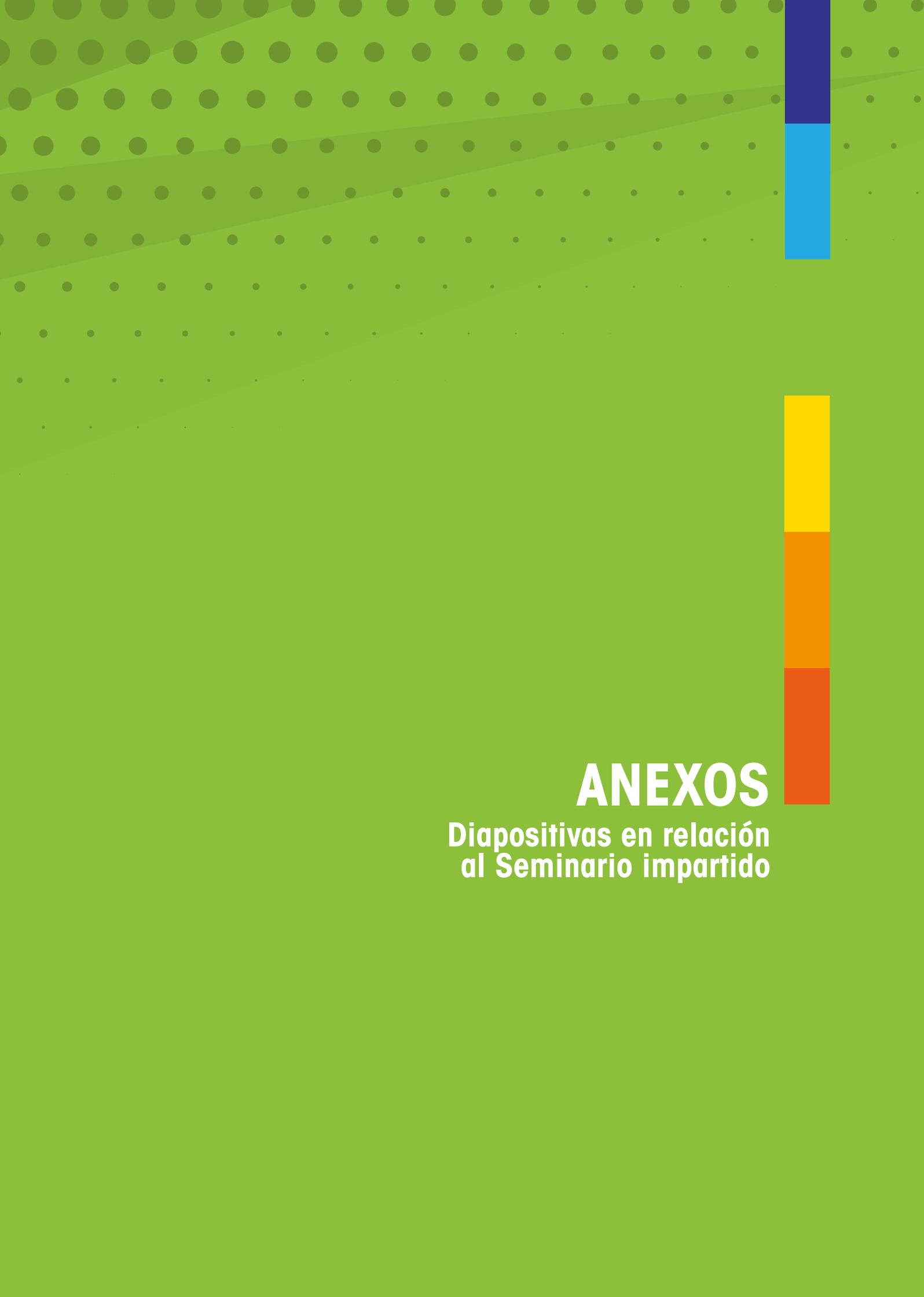
- Bolsa
- *Trading*
- Criptomonedas (incluso trabajar en creación y producción de criptomonedas)
- *Loot Boxes*
- Etc.

**- Videojuegos.** Tal y como ya previmos y advertimos en las recomendaciones al inicio de la pandemia, las restricciones en muchas de las actividades cotidianas de las personas jugadoras, junto a la situación de confinamiento domiciliario, podía favorecer la pérdida de control conductual con otras conductas, especialmente el uso de videojuegos. Efectivamente, hubo un incremento de deseo de uso de videojuegos entre las personas en rehabilitación, si bien se contuvo en muchos casos porque algunas asociaciones exigen, como una de sus pautas en el tratamiento, la abstinencia de uso de videojuegos.

En la actualidad FEJAR se encuentra también inmersa en un proceso de elaboración de un Manual de tratamiento en situaciones de comorbilidad de trastorno por juego y trastorno por videojuegos (juego por internet).

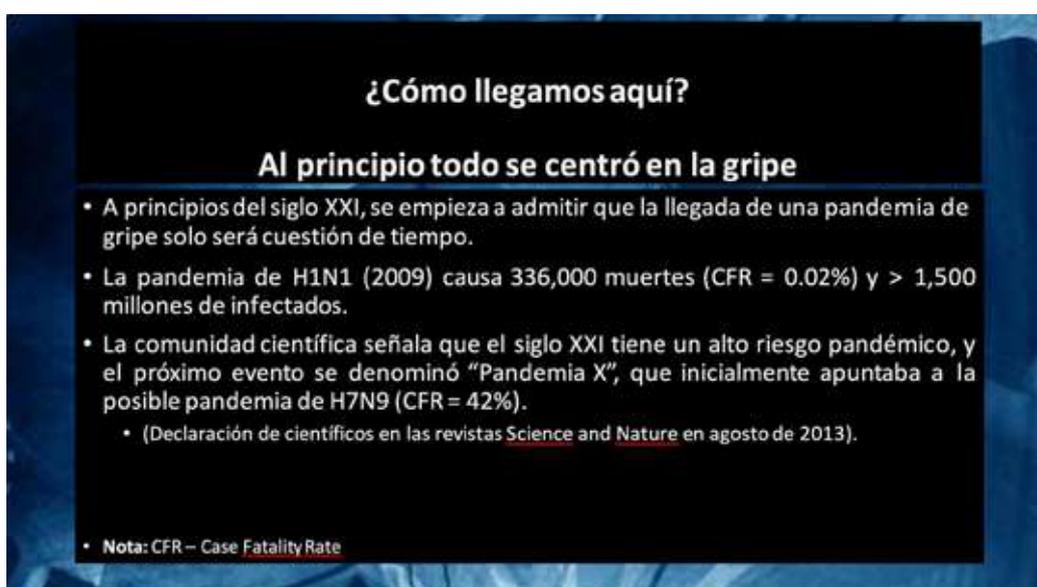
Por tanto, FEJAR está preparada para dar respuesta a este importante reto que se plantea entre sus usuarios/as, entendiendo que el mundo del videojuego "ha llegado para quedarse" y que es una industria en creciente y exponencial ascenso que resulta cada vez más atractiva a población más y menos joven, así como el público femenino resulta cada vez más atraído por esta industria. Por tanto, a mayor uso de videojuegos, más riesgo de comorbilidad entre ambos trastornos por dependencia, con la particularidad de que muchos videojuegos en la actualidad incluyen simulaciones de casinos o apuestas (ej: GTA), cajas sorpresa que requieren gasto para obtención de un "premio" en especie, y/o compras de complementos, etc que también están generando gasto compulsivo en una parte importante de la población gamer.

**- Adaptación tecnológica.** La COVID-19 ha puesto de manifiesto en todas las asociaciones integradas en FEJAR que deben actualizar sus herramientas de ayuda para estar preparadas en futuras posibles situaciones similares. En este sentido, FEJAR contribuyó en 2020 con todas las asociaciones aportando recursos tecnológicos, así como asesoramiento a las mismas.



# ANEXOS

Diapositivas en relación  
al Seminario impartido



## Comienzan a aparecer estudios sobre los efectos de una pandemia en la salud (1)

- Mckibbin et al. en 2006 modelan la estructura económica del impacto de una pandemia respiratoria y calculan el impacto en el PIB de diversas zonas del planeta.

Nota: En el COVID USA se hundió aún más, Europa en línea con las expectativas, Asia supo reaccionar mucho mejor de lo esperado (supo adaptarse).



LOWY INSTITUTE FOR ECONOMIC RESEARCH

GLOBAL MACROECONOMIC CONSEQUENCES OF PANDEMIC INFLUENZA

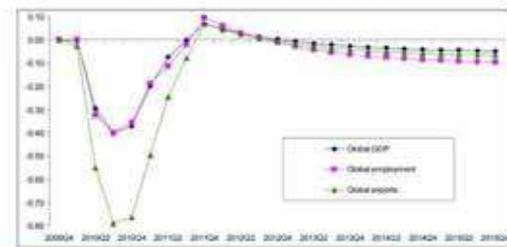
Table 8. GDP Contraction by Month for 100 Countries

Country	Year	Labour Force	Costs	Revenue	Net
Australia	-0.20	-0.12	-0.30	-0.20	0.11
Belgium	-15.77	-1.63	-12.36	-1.11	-16.24
Brazil	-11.14	-1.01	-8.30	-1.78	-10.96
Canada	-8.33	-1.00	-6.70	-0.28	-10.03
China	-0.68	-0.96	-4.30	-0.81	-6.04
France	-10.28	-1.08	-8.12	-0.78	-10.06
Germany	-17.88	-2.06	-14.70	-0.88	-16.14
India	-17.87	-2.80	-12.70	-1.21	-19.48
Indonesia	-18.35	-1.87	-15.48	-0.88	-19.44
Japan	-27.70	-3.94	-20.87	-2.91	-30.12
Malaysia	-21.83	-1.34	-18.48	-1.01	-23.26
Philippines	-16.21	-0.79	-14.76	-0.88	-18.23
South Korea	-10.40	-1.41	-8.74	-0.88	-13.11
Spain	-16.46	-1.27	-14.87	-0.73	-18.63
Taiwan	-11.70	-1.42	-11.01	-1.78	-15.23
Thailand	-16.00	-1.37	-14.78	-0.91	-18.24
United Kingdom	-10.51	-1.20	-8.43	-0.28	-11.42
USA	-12.88	-0.90	-11.95	-1.42	-15.24
EU27	-8.37	-0.88	-6.50	-0.24	-10.08
World	-11.88	-1.48	-10.40	-1.95	-15.73

## Comienzan a aparecer estudios sobre los efectos de una pandemia en la salud (2)

- Verikios et. Al. modelo en 2011, el impacto de una pandemia en el empleo, las exportaciones y el PIB a largo plazo.

Chart 3. Effects of Event 1 on global employment, GDP and exports (percentage deviation from baseline)



### The Global Economic Effects of Pandemic Influenza

George Verikios, Maura Sullivan, Paul Stojanovski, James Giesche and Gordon Woo

Paper prepared for the 14th Annual Conference on Global Economic Analysis, Venice, June 18-19, 2011.

## La combinación de riesgos sanitarios y económicos convierte a la pandemia X en una amenaza para la seguridad internacional

- Las agencias de seguridad nacional se dan cuenta de que una pandemia respiratoria será inevitable. Los Institutos Estratégicos comienzan a producir reflexión sobre el tema y a dejar alertas.
- En China, se lanza un programa para identificar coronavirus y sus orígenes en animales transmisores. Se identifican alrededor de 200 diferentes tipos de coronavirus.
- En los EE. UU. tras la iniciativa de Obama en 2014 con un programa de preparación para la pandemia X y otra de identificación científica de los coronavirus ya no ocurre nadie con Trump que destruye el comité de preparación para una pandemia en 2016.
- En Europa no ocurre nada!



DARPA promete, en junio de 2017, poder dar respuesta a cualquier pandemia, en un plazo de 60 días.

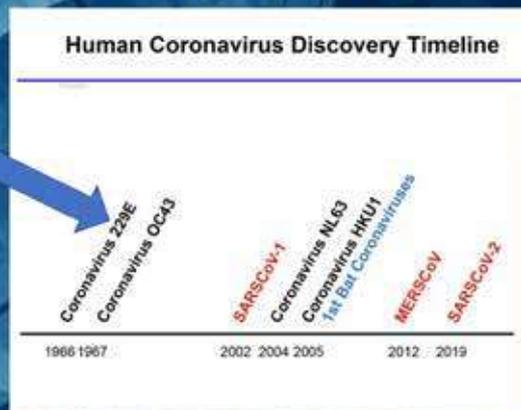
## Más riesgos de pandemia se suman a la amenaza internacional – La primera alerta para la COVID

- La alerta de una posible **pandemia de coronavirus** llega a finales de 2007, ya que la puerta ACE2 se había dejado abierta por el SARS-CoV-1 (2002-2004).
- CDC (EE.UU.) publica en 2013 el Informe sobre el riesgo de epidemias provocadas por accidentes en los laboratorios BSL2-BSL4 y estima el riesgo en 0,2% Laboratorio/año.



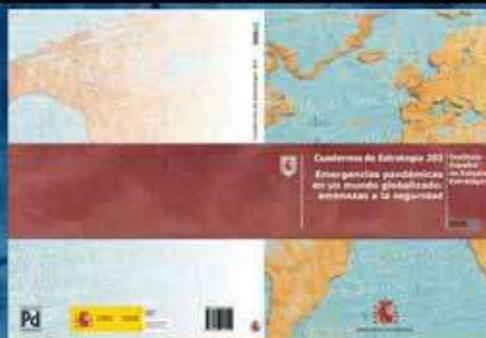
## Los coronavirus evolucionan al nivel de amenaza

Muy baja afectación de personas en infecciones. Por este motivo, nunca se han realizado estudios sobre los riesgos del coronavirus, aunque más del 90% de la población es seropositiva.



## España

En España, a través de su Instituto Español de Estudios Estratégicos, publicó su cuaderno 203 en el que decía: "Las enfermedades infecciosas: el gran desafío de seguridad en el siglo XXI" García & Martín-Moreno - Septiembre 2019. En él se alertó que las pandemias y epidemias serían una gran futura amenaza y por la cual se debería preparar el país.



## 2

# La reacción de frente a la pandemia

### Sin embargo, Europa no se ha preparado ante la (falsa) sensación de seguridad porque:

- Tiene los mejores sistemas de salud del mundo.
- La mayor concentración de recursos tecnológicos, sanitarios y humanos.
- Alfabetización en salud más alta del planeta.
- Es la zona más rica del planeta.
- Hay una historia de éxito en la lucha contra las epidemias.

#### Agravado por ese tiempo ...

- Crisis financieras (2001-2003; 2009-2015).
- Los presupuestos de salud se disminuyen en casi todos los países al mismo tiempo que que es

### Modelo europeo de ataque pandémico

- Coordinación de la acción sobre el terreno mediante estructuras de tipo weberiano, en su variante normativa.
- Cercas sanitarias lisas.
- Mapeo burocrático de cadenas de transmisión.
- Movilización de las estructuras sanitarias actuales, solo reforzadas.
- Intentar reforzar la educación en población, pero de forma suave.
- Uso de máscaras (con enorme resistencia al principio).
- Demasiada politización de las soluciones y, a veces, partidismo.

## ¿Cómo se reaccionó frente a la pandemia?

- En una fase inicial, hubo en Europa una gran capacidad para movilizar todo tipo de recursos y cierto éxito con la excepción de Bélgica y Holanda.
- Todo lo demás estaba en un nivel localizado (más de 50% de los casos) durante la primera ola pandémica: Italia (Bérgamo), Francia (Saboya y París), España (Madrid y Soria), etc.
- Los modelos utilizados para luchar contra la pandemia fueron “años 80-90”. No ha habido una evolución conceptual de modelos exitosos en el pasado.

## ¿Cómo reaccionó frente a la pandemia? (II)

- Demasiada arrogancia cultural que impidió aprender de lo que hicieron los asiáticos hace 10-15 años contra el SARS-CoV-1, los mexicanos contra la pandemia de gripe porcina (2009), los africanos contra el Ebola (2002- 2018).
- Estados Unidos con Trump fue un completo desastre en la lucha contra la pandemia, impidiendo su tradicional influencia histórica en estos procesos.
- Los países connotados con la derecha radical, por primera vez en la historia de la humanidad, transforman una pandemia en una lucha política, creando movimientos negacionistas, contrainformación (fake news) y en general obstaculizando la acción de las autoridades sanitarias. Ejemplo Brasil, Estados Unidos (era Trump), India, Hungría, etc.

## El resultado del modelo europeo (I)

- **Mucho tiempo de reacción** a los problemas, por la burocratización de los procesos y la ausencia de una estructura con vocación de acción táctica.
- La **falta de herramientas de crisis** adecuadas y de capacitación para los equipos, los obligó a desarrollar soluciones a medida que avanzaba la pandemia.
- **Desarticulación entre estructuras** preparadas para otro tipo de tareas.
- **Agotamiento del personal sanitario** y muchos casos de burnout.

## El resultado del modelo europeo (II)

- Pérdida progresiva de capacidad de respuesta (en particular en los máximos de olas).
- Información muchas veces contradictoria para la población, como consecuencia de la falta de planes previos de acción, comunicación, logística, etc., que restaron credibilidad a las estructuras de salud y de gobierno en un momento crítico.
- RESULTADO HASTA AHORA EN EUROPA : 46 millones de enfermos, 1,1 Millones de muertos (oficiales), probablemente 2 millones.

## Excepciones europeas a la alta incidencia de COVID (hasta ahora) I

- Aquellos con una fuerte conexión militar / de defensa con la salud pública como:
  - Finlandia: mantuvo almacenes secretos de equipos del EPI incluso después de la Guerra Fría (16.017 casos/166 muertos)/1.000.000hab.
  - Grecia: Salud Pública muy fuerte y escuchada en el país. (guerra técnica con Turquía y muchos problemas de salud pública en los últimos 100 años). (34.877/1.063) pero mucho bajo hasta la tercera ola (variante B.1.117) – solo 4.552/65).
- Nota: España – 76.275 / 1.685 en 10 de mayo.

## Excepciones europeas a la alta incidencia de COVID (hasta ahora) II

- Aquellos que mantuvieron estructuras de SP del modelo soviético (muy fuerte SP) pero también colapsaron cuando llegó la variante altamente agresiva B.1.117.
  - Estonia - (94.430/907 – hasta segunda ola 3.863 / 55)
  - Letonia - (66.531 / 1.184 - hasta segunda ola 3.427 / 42)
  - Lituania (SP en relativo desmoronamiento) - (96.153/ 1.505 - hasta segunda ola 6.443 / 65).

## Los peores en Europa

En 10 de mayo:

- Hungría - 82.203 / 2.977
- Republica Checa - 153.408 / 2.770
- Montenegro – 153.408 / 2.458

## Los números oficiales no son verdaderos ni en Europa ni en el resto del Mundo (I)

El informe de salud pública es reemplazado diariamente por un informe político que supuestamente evalúa el desempeño de los gobiernos. Ejemplos:

- **Republica Checa:** Solo hay muertes por COVID y pacientes con COVID en los primeros 20 días después del diagnóstico. Luego se enferman de neumonía viral atípica.
- **Reino Unido:** lo mismo en los primeros 28 días.
- **India:** En muchos Estados (los gobernados por el partido fundamentalista Indú) es clasificado a los casos de informes de COVID como una falta de patriotismo y peor aún informes de muertos por COVID.

## Los números oficiales no son ver ni en el resto del M

- **En la mayoría de los países del mundo:** Los casos de COVID solo se consideran cuando hay una prueba de PCR positiva.
- Particularmente en países pobres como India y casi todos los países africanos significa que la gente tendrá que pagar por esta prueba que les cuesta el equivalente a 1-4 meses de salario.
- En otras palabras, la notificación de casos de COVID a menudo se limita en esos países a la incidencia en las clases alta y media-alta.

País	Recovery/1000 (14 días)	Recovery/1000 (28 días)
Andorra	100.000	100.000
Austria	100.000	100.000
Bélgica	100.000	100.000
Dinamarca	100.000	100.000
Francia	100.000	100.000
Alemania	100.000	100.000
Italia	100.000	100.000
Japón	100.000	100.000
Países Bajos	100.000	100.000
Polonia	100.000	100.000
Portugal	100.000	100.000
Reino Unido	100.000	100.000
Estados Unidos	100.000	100.000
Corea del Sur	100.000	100.000
Suecia	100.000	100.000
Sueiza	100.000	100.000
Suiza	100.000	100.000
Taiwán	100.000	100.000
Tailandia	100.000	100.000
Corea del Norte	100.000	100.000
China	100.000	100.000
India	100.000	100.000
Brasil	100.000	100.000
Argentina	100.000	100.000
Chile	100.000	100.000
Colombia	100.000	100.000
Perú	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Guatemala	100.000	100.000
El Salvador	100.000	100.000
Honduras	100.000	100.000
Nicaragua	100.000	100.000
Panamá	100.000	100.000
Paraguay	100.000	100.000
Uruguay	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Brasil	100.000	100.000
Argentina	100.000	100.000
Chile	100.000	100.000
Colombia	100.000	100.000
Perú	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Guatemala	100.000	100.000
El Salvador	100.000	100.000
Honduras	100.000	100.000
Nicaragua	100.000	100.000
Panamá	100.000	100.000
Paraguay	100.000	100.000
Uruguay	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Brasil	100.000	100.000
Argentina	100.000	100.000
Chile	100.000	100.000
Colombia	100.000	100.000
Perú	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Guatemala	100.000	100.000
El Salvador	100.000	100.000
Honduras	100.000	100.000
Nicaragua	100.000	100.000
Panamá	100.000	100.000
Paraguay	100.000	100.000
Uruguay	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Brasil	100.000	100.000
Argentina	100.000	100.000
Chile	100.000	100.000
Colombia	100.000	100.000
Perú	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Guatemala	100.000	100.000
El Salvador	100.000	100.000
Honduras	100.000	100.000
Nicaragua	100.000	100.000
Panamá	100.000	100.000
Paraguay	100.000	100.000
Uruguay	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Brasil	100.000	100.000
Argentina	100.000	100.000
Chile	100.000	100.000
Colombia	100.000	100.000
Perú	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Guatemala	100.000	100.000
El Salvador	100.000	100.000
Honduras	100.000	100.000
Nicaragua	100.000	100.000
Panamá	100.000	100.000
Paraguay	100.000	100.000
Uruguay	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Brasil	100.000	100.000
Argentina	100.000	100.000
Chile	100.000	100.000
Colombia	100.000	100.000
Perú	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Guatemala	100.000	100.000
El Salvador	100.000	100.000
Honduras	100.000	100.000
Nicaragua	100.000	100.000
Panamá	100.000	100.000
Paraguay	100.000	100.000
Uruguay	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Brasil	100.000	100.000
Argentina	100.000	100.000
Chile	100.000	100.000
Colombia	100.000	100.000
Perú	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Guatemala	100.000	100.000
El Salvador	100.000	100.000
Honduras	100.000	100.000
Nicaragua	100.000	100.000
Panamá	100.000	100.000
Paraguay	100.000	100.000
Uruguay	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Brasil	100.000	100.000
Argentina	100.000	100.000
Chile	100.000	100.000
Colombia	100.000	100.000
Perú	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Guatemala	100.000	100.000
El Salvador	100.000	100.000
Honduras	100.000	100.000
Nicaragua	100.000	100.000
Panamá	100.000	100.000
Paraguay	100.000	100.000
Uruguay	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Brasil	100.000	100.000
Argentina	100.000	100.000
Chile	100.000	100.000
Colombia	100.000	100.000
Perú	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Guatemala	100.000	100.000
El Salvador	100.000	100.000
Honduras	100.000	100.000
Nicaragua	100.000	100.000
Panamá	100.000	100.000
Paraguay	100.000	100.000
Uruguay	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Brasil	100.000	100.000
Argentina	100.000	100.000
Chile	100.000	100.000
Colombia	100.000	100.000
Perú	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Guatemala	100.000	100.000
El Salvador	100.000	100.000
Honduras	100.000	100.000
Nicaragua	100.000	100.000
Panamá	100.000	100.000
Paraguay	100.000	100.000
Uruguay	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Brasil	100.000	100.000
Argentina	100.000	100.000
Chile	100.000	100.000
Colombia	100.000	100.000
Perú	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Guatemala	100.000	100.000
El Salvador	100.000	100.000
Honduras	100.000	100.000
Nicaragua	100.000	100.000
Panamá	100.000	100.000
Paraguay	100.000	100.000
Uruguay	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Brasil	100.000	100.000
Argentina	100.000	100.000
Chile	100.000	100.000
Colombia	100.000	100.000
Perú	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Guatemala	100.000	100.000
El Salvador	100.000	100.000
Honduras	100.000	100.000
Nicaragua	100.000	100.000
Panamá	100.000	100.000
Paraguay	100.000	100.000
Uruguay	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Brasil	100.000	100.000
Argentina	100.000	100.000
Chile	100.000	100.000
Colombia	100.000	100.000
Perú	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Guatemala	100.000	100.000
El Salvador	100.000	100.000
Honduras	100.000	100.000
Nicaragua	100.000	100.000
Panamá	100.000	100.000
Paraguay	100.000	100.000
Uruguay	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Brasil	100.000	100.000
Argentina	100.000	100.000
Chile	100.000	100.000
Colombia	100.000	100.000
Perú	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Guatemala	100.000	100.000
El Salvador	100.000	100.000
Honduras	100.000	100.000
Nicaragua	100.000	100.000
Panamá	100.000	100.000
Paraguay	100.000	100.000
Uruguay	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Brasil	100.000	100.000
Argentina	100.000	100.000
Chile	100.000	100.000
Colombia	100.000	100.000
Perú	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Guatemala	100.000	100.000
El Salvador	100.000	100.000
Honduras	100.000	100.000
Nicaragua	100.000	100.000
Panamá	100.000	100.000
Paraguay	100.000	100.000
Uruguay	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Brasil	100.000	100.000
Argentina	100.000	100.000
Chile	100.000	100.000
Colombia	100.000	100.000
Perú	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Guatemala	100.000	100.000
El Salvador	100.000	100.000
Honduras	100.000	100.000
Nicaragua	100.000	100.000
Panamá	100.000	100.000
Paraguay	100.000	100.000
Uruguay	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Brasil	100.000	100.000
Argentina	100.000	100.000
Chile	100.000	100.000
Colombia	100.000	100.000
Perú	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Guatemala	100.000	100.000
El Salvador	100.000	100.000
Honduras	100.000	100.000
Nicaragua	100.000	100.000
Panamá	100.000	100.000
Paraguay	100.000	100.000
Uruguay	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Brasil	100.000	100.000
Argentina	100.000	100.000
Chile	100.000	100.000
Colombia	100.000	100.000
Perú	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Guatemala	100.000	100.000
El Salvador	100.000	100.000
Honduras	100.000	100.000
Nicaragua	100.000	100.000
Panamá	100.000	100.000
Paraguay	100.000	100.000
Uruguay	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Brasil	100.000	100.000
Argentina	100.000	100.000
Chile	100.000	100.000
Colombia	100.000	100.000
Perú	100.000	100.000
Venezuela	100.000	100.000
Guatemala	100.000	100.000
El Salvador	100.000	100.000
Honduras	100.000	100

## ¿Cómo luchamos actualmente contra la pandemia? (I)

- La mayor arma en este momento en la lucha contra la pandemia es la vacunación, dado que aún no existe un medicamento específico para la enfermedad.
- En lugar de tener una sólida cooperación internacional que promueva que las vacunas deben llegar ante todo a quienes más las necesitan, los países ricos y los que tienen poder político se han equivocado complemente de nuevo.
  - Hay jóvenes de 20 años que están recibiendo vacunas, al mismo tiempo que los trabajadores de la salud en primera línea de lucha contra COVID en los países pobres siguen sin acceso.
  - Las vacunas no se concentran en áreas de brotes epidémicos importantes, sino donde se pueden pagar al mejor precio.

## ¿Cómo luchamos actualmente contra la pandemia? (II)

- Este enfoque economicista y ultraliberal se traduce en la aparición continua de nuevas variantes cada vez más agresivas como consecuencia de la adaptación del virus en ecosistemas también más exigentes.
- Las nuevas variantes aún no están poniendo definitivamente en riesgo el trabajo de vacunación, pero el virus se está moviendo rápidamente hacia la "Evasión Inmunitaria".
- Este hecho pondrá al menos en peligro el efecto de las vacunas ya administradas, siendo casi seguro que si ocurre la Evasión Inmunitaria se requerirá reiniciar todo el proceso con vacunas de segunda generación.

## Las vacunas

Comparação das principais vacinas da COVID-19: análise de benefício global, em subgrupos de risco e nas variantes mais importantes

Referência: COVID-19 vaccine comparison chart from The Medical Letter: [publicado a 4/5/2021] Disponível em: [https://www.medicalletter.org/downloads/1671a\\_table.pdf](https://www.medicalletter.org/downloads/1671a_table.pdf)

	Pfizer/BioNTech	Moderna	J&J (Janssen)	AstraZeneca	Novavax
Designação	BNT162b2	mRNA-1273	Ad26.COV2.S	ChAdOx1 nCoV-19	NVX-CoV2373
Tipo de vacina	mRNA	mRNA	Vector de adenovírus	Vector de adenovírus	Nanopartícula recombinante
Idade mínima de administração	≥16 anos	≥18 anos	≥18 anos	≥18 anos	≥18 anos
Dosagem	2 doses com 21 dias de intervalo	2 doses com 28 dias de intervalo	Dose única	2 doses, 4-12 semanas de intervalo	2 doses com 21 dias de intervalo
<b>EFICÁCIA</b>					
Global	95% (7 dias após a 2ª dose)	84.1% (14 dias após a 2ª dose)	66.1% (global) 72.0% (EUA)	66.7% (global, >14 dias após a 2ª dose) 82.4% (2ª dose 2-12 semanas após a 1ª dose) 54.9% (2ª dose, <6 semanas após a 1ª dose) 70% (EUA global, 15 dias após a 2ª dose)	89.7% (global, 7 dias após a 2ª dose)
Em idosos	94.7% (≥65 anos)	86.4% (≥65 anos)	66.2% (≥60 anos)	Dados insuficientes	27% dos doentes do ensaio clínico tinham >65 anos
Em adolescentes (12-15 anos)	100%	-	-	-	-
Na doença grave	90%	100%	Global: 85.4% EUA: 87.6%	100%	100%
Na doença mortal	100%	100%	100%	100%	100%
Na variante UK (B.1.1.7)	Atividade in vitro	Atividade in vitro	± 60-75%	74.6% e 70.4%	36.3%
Na variante sul-africana (B.1.351)	Atividade baixa in vitro	Atividade baixa in vitro	64.0%	10.4%	± 48.6%
Na variante brasileira (P.1)	Atividade in vitro	Atividade baixa in vitro	88.1%	Eficaz (dados preliminares)	-
<b>TEMPERATURA PARA TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO</b>					
	-60 a -80° C	-25 a -15° C	2-8° C	2-8° C	2-8° C

Ficha Técnica - Autor António Val Correia | Instituto de Saúde, Segurança e Qualidade | Comissão de Bio-Segurança

## ¿Qué variantes hay ahora?

Table 1. Variant lineage, designation and status as of 6 May 2021

Lineage	Designation	First detected in sequence from	Status
B.1.1.7	VOC-20DEC-01	UK	VOC
B.1.351	VOC-20DEC-02	South Africa	VOC
P.1	VOC-21JAN-02	Japan ex Brazil	VOC
B.1.1.7 with E484K	VOC-21FEB-02	UK	VOC
P.2	VUI-21JAN-01	Brazil	VUI
A.23.1 with E484K	VUI-21FEB-01	UK	VUI
B.1.629	VUI-21FEB-03	UK	VUI
B.1.1.318	VUI-21FEB-04	UK/England	VUI

Lineage	Designation	First detected in sequence from	Status
B.1.324.1 with E484K	VUI-21MAR-01	UK	VUI
P.3	VUI-21MAR-02	Philippines	VUI
B.1.617.1 with E484Q	VUI-21APR-01	India	VUI
B.1.617.2	VOC-21APR-02	India	VOC
B.1.617.3	VUI-21APR-03	India	VUI
B.1.429		California USA	Monitoring
B.1.1.7 with S494P		UK	Monitoring
A.27		France (Mayotte)	Monitoring
B.1.528		New York USA	Monitoring
B.1.1.7 with Q677H		UK	Monitoring
B.1.620		Imported cases to UK	Monitoring
B.1.214.2		Belgium	Monitoring
B.1.1.1 with L452Q and F490S		Imported cases to UK	Monitoring
R.1		Multiple locations	Monitoring
B.1.1.28 with N501Y and E484Q		Belo Horizonte (Brazil Lineage)	Monitoring
C.38		Multiple locations	Monitoring
B.1.621		International association	Monitoring
B.1 with 214nsDAS		International association	Monitoring

## La Salud mental y la pandemia: mirar el futuro

- La pandemia trajo consigo toda la **carga de ansiedad** que representa la posibilidad de enfermarse gravemente o incluso morir,
- La **crisis económica asociada** a la pandemia ha puesto en riesgo millones de puestos de trabajo y, por tanto, el riesgo de encontrarse en condiciones de vulnerabilidad,
- La **reducción de los contactos sociales** ha reducido la red social que normalmente equilibra a la mayoría de las personas,
- El **cierre de las escuelas** ha provocado un aumento sin precedentes de la ansiedad de los niños y los jóvenes,
- Todas las **condiciones de vulnerabilidad social** se vieron agravadas por la pandemia,
- La creación y difusión de **teorías de la conspiración intensifica los fenómenos de miedo, ansiedad y angustia** de las personas más frágiles (escolar o emocionalmente),
- El **confinamiento en el hogar** ha agravado en gran medida los niveles de violencia doméstica, delitos familiares y otras formas de perturbación familiar

3

Construyendo el futuro juntos

## El modelo para combatir epidemias ha evolucionado mucho en otros lugares con las experiencias del SARS-COV-1, MERS, Ébola, etc.

- Deben existir estructuras previas de actuación en la crisis sanitaria dotadas de personal, material y, sobre todo, planes de actuación y coordinación.
- Tener material preparado previamente y mucha preparación logística y de planificación:
  - ¿Qué material movilizar?
  - ¿Cómo rotar al personal para evitar el agotamiento?
  - ¿Qué espacios utilizar y tenerlos preparados?
- Planes de comunicación.
- Haga que toda acción esté subordinada al Principio de Iniciativa.

The image shows a collage of three articles from 'The BMJ Opinion' website. The top article is 'What should we ask of a new global treaty for pandemic preparedness?' by John A. Hens and others. The middle article is 'SARS-COV-2: SIR Model Limitations and Predictive Constraints' by Charles Barbé and others. The bottom article is 'Planning for a second wave pandemic of COVID-19 and planning for winter' by the Association of Schools of Public Health in the European Region.

## Sintéticamente lo que proponemos (I)

- Incrementar enormemente la cooperación internacional antes y durante las pandemias.
- Poner fin al nacionalismo sanitario como pasaba antes con la captura de materiales (mascarillas, ventiladores, medicinas, ...) y ahora con las vacunas.
- Darse cuenta de que las pandemias llegaron para quedarse y otras seguirán hasta finales de siglo.
- Apostar por una sólida preparación para futuras epidemias y pandemias: logística, recursos humanos, hospitalarios y otros recursos tecnológicos y gestión de la comunicación de crisis.

## Sintéticamente lo que proponemos (II)

- Fortalecer en gran medida las capacidades de organismos supranacionales como la OMS y el ECDC en términos de capacidad operativa, financiera y logística.

Específicamente para la pandemia del COVID:

- Crear un **programa para el "Long COVID"** muy ambicioso (los pacientes con secuelas de COVID puede ser de 15 a 19 veces el número de muertes) que apoyará en el futuro a todos aquellos pacientes que se sumarán a los pacientes crónicos existentes.
- Crear un **programa de salud mental** que revise todos los casos de pacientes en el sistema de salud y analice lo que se debe hacer para recuperar el nuevo daño y lo que queda por hacer en los protocolos interrumpidos.
- Prestar mucha atención a la **identificación y diagnóstico de nuevos casos** que pueden haber pasado de subclínicos a clínicos.

## » Aparición del COVID-19 en la población española



### Red de Atención a Conductas Adictivas de Extremadura, ante la COVID-19.

- Establecer las medidas urgentes de prevención, contención y coordinación necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, así como prevenir posibles rebrotes, en las distintas áreas de intervención de conductas adictivas incluidas en el Plan de Adicciones de Extremadura 2018-2023, en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Mantener en funcionamiento, con los mínimos riesgos de contagios de COVID-19, los recursos de prevención, tratamiento y reinserción sociolaboral de conductas adictivas pertenecientes a la Red de Atención de Conductas Adictivas de Extremadura.



### PLAN PARA LA TRANSICIÓN DE Centros y Recursos de la Red de Atención a Conductas Adictivas de Extremadura, ante el Coronavirus COVID-19. FASE III




### PLAN PARA LA TRANSICIÓN DE Centros y Recursos de la Red de Atención a Conductas Adictivas de Extremadura, ante el Coronavirus COVID-19. (11 de mayo de 2020)




### PLAN PARA LA NUEVA NORMALIDAD DE Centros y Recursos de la Red de Atención a Conductas Adictivas de Extremadura, ante el Coronavirus COVID-19. (25 de mayo de 2020)





**RECOMENDACIONES A PROFESIONALES para ayudar a gestionar sus emociones ante la Covid-19.**

(Marzo de 2020)






**COMUNICACIONES** para ayudar a gestionar la Covid-19, en la intervención en los recursos de la Red de Atención a Conductas Adictivas de Extremadura.




## Medidas por tipos de recursos o programas:

- Equipos de Conductas Adictivas (ECAs).
- Unidad de Alcoholismo Hospitalaria (UAH, Centro Sociosanitario de Plasencia).
- Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH, Hospital Perpetuo Socorro de Badajoz).
- Recursos Ambulatorios (Centros de Día de Reinserción Sociolaboral de personas con conductas adictivas, Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados y Alcohólicos Nominativos de Extremadura y la Red de Juego de Extremadura).
- Recursos Residenciales (Comunidades Terapéuticas y Centro de Tratamiento Breve).
- Servicios de Prevención Inducida (Programa Pandora, Zimka, Pamica, Centro Terapéutico de Menores Alaxal, Proyecto Joven).
- Servicios de Prevención Universal (Personal Técnico en prevención de conductas adictivas de Ayuntamientos, Mancomunidades y Fundaciones).
- Programa "Atención de Personas con Conductas Adictivas en los Centros Penitenciarios de Extremadura".





## NUEVOS RECURSOS O PROGRAMAS EN EXTREMADURA:

- **Recursos Ambulatorios:**
  - Centros de Día de Reinserción Sociolaboral de mujeres con problemas de conductas adictivas con/sin hijas/os.
  - Grupos de mujeres en Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados.
  
- **Recurso Residencial** para mujeres con problemas de conductas adictivas con/sin hijas/os.
  
- **Servicio de Prevención Indicada:**
  - Programa PAMICAF.
  
- **Recursos para personas sin hogar con problemas de adicciones.**



## NUEVOS RECURSOS O PROGRAMAS EN EXTREMADURA:

- **Servicios de Prevención Universal:**
  - Programa educativo preventivo (Ead - Dirección General de Inclusión e Innovación Educativa de la Consejería de Educación, Junta de Extremadura).
  - Programas de prevención de conductas adictivas en Ayuntamientos y Mancomunidades (FEMPEX).
  
- **Programa "Atención de Personas con Conductas Adictivas en los Centros Penitenciarios de Extremadura":**
  - Diseño de intervenciones por correspondencia, que se complementa con el establecimiento de videollamadas.

**LIMPIEZA  
EN  
Recursos Residenciales de la  
Red de Atención a Conductas  
Adictivas de Extremadura, ante  
la COVID-19.**  
(Febrero de 2021)



Cómo limpiar y desinfectar superficies para evitar la propagación del COVID-19

**Año 2021...**

Desde la Secretaría  
**Técnica de  
Drogodependencias**  
desarrollamos:

- ✓ Indicaciones y recomendaciones a Recursos ambulatorios de la Red de Atención a Conductas Adictivas de Extremadura, ante el COVID-19.
- ✓ Plan de Contingencias de Recursos Residenciales de la Red de Atención a Conductas Adictivas de Extremadura, ante la COVID-19.
- ✓ Limpieza en Recursos Residenciales de la Red de Atención a Conductas Adictivas de Extremadura.

Año 2021

**PLAN DE CONTINGENCIAS  
DE  
Recursos Residenciales de la  
Red de Atención a Conductas  
Adictivas de Extremadura, ante  
la COVID-19.**  
(Febrero de 2021)



## › Situación actual en asociaciones de FEJAR

### INDICADORES DE TRATAMIENTO ANTES Y DESPUÉS DEL CONFINAMIENTO EN ASEJER

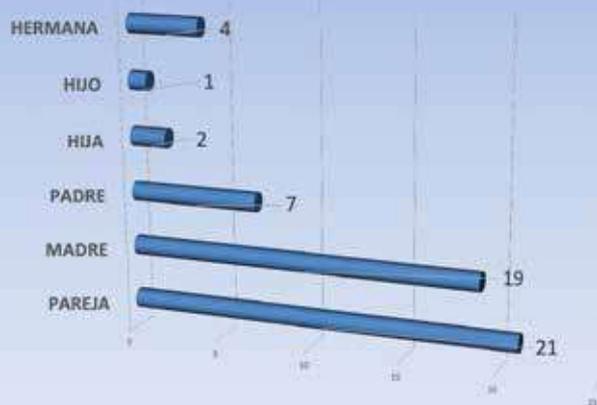
#### INDICADORES DE TRATAMIENTO ANTES Y DESPUÉS DEL CONFINAMIENTO

- ✓ NUMERO JUGADORAS/ES
- ✓ NUMERO DE FAMILIARES
- ✓ TIPO DE JUEGO
- ✓ ASPECTOS A TENER EN CUENTA

#### ANTES DEL CONFINAMIENTO



## FAMILIARES QUE ACOMPAÑAN AL TRATAMIENTO ANTES DEL CONFINAMIENTO



- ✓ De los familiares que acompañan al tratamiento, el 80% (45) son mujeres y el 20% (9) restante son hombres.
- ✓ Las parejas de la persona con problemas de juego (21) representan al 39% y las madres (19) representan al 35% de los jugadores en rehabilitación.
- ✓ Entre los dos grupos anteriores (parejas y madres) representan al 75% del total del grupo.
- ✓ Los padres del jugador/a (7) representan el 13%, seguido de las hermanas de los jugadores/as (4) con el 7,5% de las personas atendidas y por último las hijas (2) representando al 3,7 % e hijos (1) con el 1,8 %.

## ANTES DEL CONFINAMIENTO



- ✓ Por tipo de juego encontramos que las **máquinas tragaperras** es el juego que más aparece en esta serie analizada con un **44,29%** del total.
- ✓ Le siguen las **apuestas deportivas en diferido** con un **21,43%**, los **juegos de casino online** con un **11,43%** y la **ruleta presencial** con un **10%** de las personas en tratamiento.

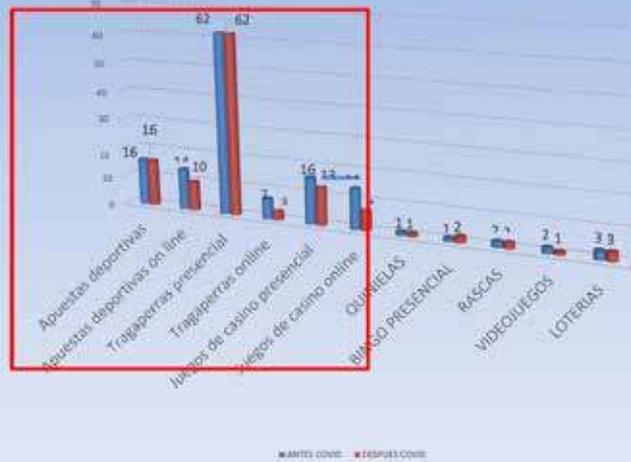
## DESPUÉS DEL CONFINAMIENTO



## FAMILIARES QUE ACOMPAÑAN AL TRATAMIENTO DESPUÉS DEL CONFINAMIENTO



## DESPÚES DEL CONFINAMIENTO



## DESPUES DEL CONFINAMIENTO



## DESPUÉS DEL CONFINAMIENTO

Cómo se puede observar en la gráfica las personas que estaban en tratamiento por **juego presencial** *siguen su proceso de rehabilitación* una vez que ha pasado la etapa de confinamiento. Sin embargo, no ha sucedido lo mismo en el **juego online** en todas sus modalidades (tragaperras, apuestas y juegos de casino) ya que casi **la mitad de las personas** que estaban en tratamiento **no se han incorporado** al mismo una vez ha pasado la fase de confinamiento y la posterior apertura de la asociación.

## TERAPIAS DE GRUPO y PSICOTERAPIA ONLINE

### ALGUNOS BENEFICIOS

✓ Sentimiento de protección ante las "críticas".

✓ Miedo al contagio.

✓ Evitar desplazamientos.

### ALGUNAS DIFICULTADES

✓ Se pierden elementos en la terapia como el lenguaje no verbal, posturas, gestos, énfasis, tono de voz...

✓ Resistencias de los profesionales.

✓ Resistencias de la asociación.

## ...ASPECTOS A TENER EN CUENTA...

Esta nueva modalidad (terapias de grupo y psicoterapia online) ha hecho que surjan algunos interrogantes a analizar tras esta pandemia.

¿Se podría incorporar el **tratamiento online** a las terapias de grupos de autoayuda y ayuda mutua?

Las demandas van cambiando y tendríamos los profesionales y asociaciones que "**salir**" de nuestros despachos e ir conociendo estas nuevas demandas en favor de la eficacia de nuestros tratamientos.

## SITUACIÓN VIVIDA DURANTE EL CONFINAMIENTO EN AJUPAREVA





## TERAPIAS INDIVIDUALES Y DE FAMILIA

- **COMUNICACIÓN FAMILIAR:** pautas concretas, videollamadas de familia, contacto telefónico frecuente.
- **EXPRESIÓN DE EMOCIONES:** identificación y expresión
- **ANSIEDAD ANTE LA SALIDA DEL CONFINAMIENTO DEPUÉS DE UN PERIODO DE TRANQUILIDAD POR PARTE DE LAS FAMILIAS**
- **MIEDO ANTE LA EXPOSICIÓN AL ESTÍMULO QUE PROVOCA ADICCIÓN:** prevención de recaídas, control de estímulos
- **EMOCIONES NEGATIVAS ANTE SITUACIONES DE DUELO, PROBLEMAS DE SALUD, PÉRDIDAS A NIVEL LABORAL**

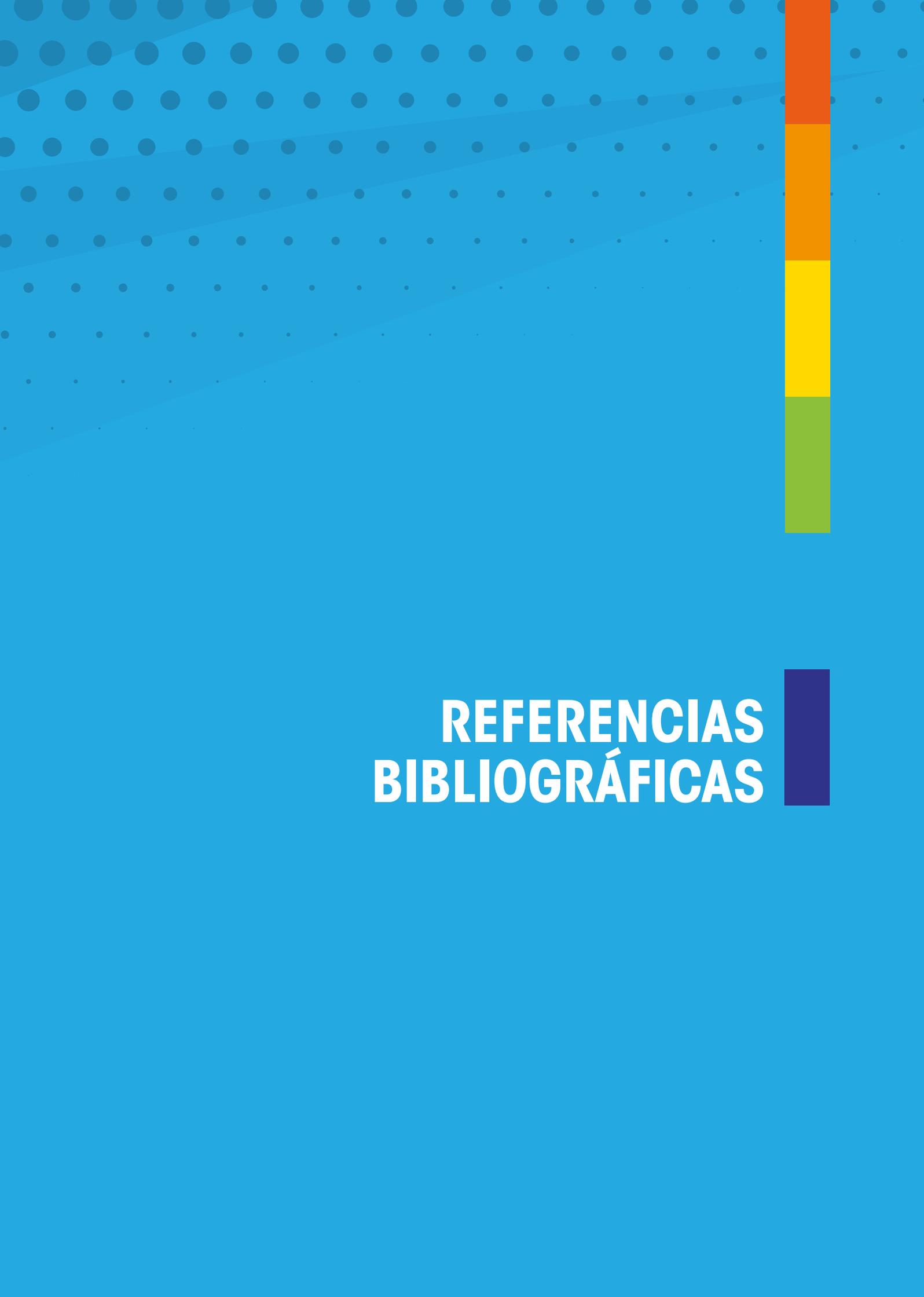
## RETOS

IMPARTIR Y RECIBIR FORMACIÓN ONLINE

HA VENIDO  
PARA  
QUEDARSE  
(Débora  
Blanca)

TERAPIA  
PRESENCIAL Y  
ONLINE,  
facilitando el  
acceso a todas  
las personas





# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, M., Romild, U., & Volberg, R. (2018). The prevalence, incidence, and gender and age-specific incidence of problem gambling: results of the Swedish longitudinal gambling study (Swelogs). *Addiction* (Abingdon, England), 113(4), 699-707. <https://10.1111/add.14083>.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, revised*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Ausín, B., González-Sanguino, C., Castellanos, M. Á., & Muñoz, M. (2021). Gender-related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of COVID-19 in Spain. *Journal of Gender Studies*, 30(1), 29-38.
- Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy*. Grove Press Inc.
- Berne, E. (1964). *Games people play: The psychology of human relationships*. Grove Press. Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello?: The psychology of human destiny*. Grove Press.
- Berne, E. (1977). *Transactional analysis: A new and effective method of group therapy*. In P. McCormick (Ed.), *Intuition and ego states* (pp. 145-158). TA Press. (Original work published in *The American Journal of Psychotherapy*, 12, 735-743, 1958).
- Calderón Calvo C., Ruiz-Narezo M., Iglesias-López N., y González de Audikana de la Hera M. (2019). Desigualdades de género en materia de drogas ¿cómo afecta realmente el alcoholismo a las mujeres? (Gender inequalities in matters of drug addiction: how does alcoholism really affect women?). Universidad de Deusto.
- Camino Acosta, S. A. (2021). Rol materno frente a la crisis sanitaria por covid-19. Universidad Técnica de Ambato: Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales.
- Chang, J., Agliata, J., y Guarinieri, M. (2020). COVID-19-Enacting a 'new normal' for people who use drugs. *International Journal of Drug Policy*, 83, 102832.
- Chevance, A., Gourion, D., Hoertel, N., Llorca, P. M., Thomas, P., Bocher, R., ... y Gaillard, R. (2020). Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review. *L'encephale*, 46(3), 193-201.
- Chiappini, S., Guirguis, A., John, A., Corkery, J. M., y Schifano, F. (2020).
- Colegio de Psicología de Bizkaia. (2020). Informe PSICOBIZI, Respuesta desde la Psicología a las Necesidades de la Ciudadanía ante la crisis de la COVID-19. Bizkaia. Recopilado en <http://www.cop.es/uploads/PDF/BIZKAIA-Informe-PSIKOBIZI.pdf>.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (2020, mayo). Encuesta sobre el impacto del Covid-19 en las pautas de consumo de drogas: los daños y los servicios de drogas [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/drog/encuesta\\_sobre\\_impacto\\_del\\_covid19.madrid\\_0.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/drog/encuesta_sobre_impacto_del_covid19.madrid_0.pdf)
- Corral, P. D., Echeburúa Odriozola, E., & Irureta, M. (2005). Perfil psicológico diferencial de las mujeres ludópatas: implicaciones para el tratamiento.
- COVID-19: New UNDP data dashboards reveal huge disparities among countries in ability to cope and recover. (2020, 29 abril). UNDP. [https://www.undp.org/content/undp/en/home/news-centre/news/2020/COVID19\\_UNDP\\_data\\_dashboards\\_reveal\\_disparities\\_among\\_countries\\_to\\_cope\\_and\\_recover](https://www.undp.org/content/undp/en/home/news-centre/news/2020/COVID19_UNDP_data_dashboards_reveal_disparities_among_countries_to_cope_and_recover), COVID-19: The hidden impact on mental health and drug addiction. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 4. doi:<http://dx.doi.org/10.3389/fpsyf.2020>.
- Cowan, K. (2020). Survey results: Understanding people's concerns about the mental health impacts of the COVID-19 pandemic. *Transforming mental health through research y The Academy of Mental Sciences*. <https://acmedsci.ac.uk/file-download/99436893>.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. Vintage.

- Damasio, A. (2010). *Y el cerebro creó al hombre*. Ediciones Destino.
- Degenhardt, L., Grebely, J., Stone, J., Hickman, M., Vickerman, P., Marshall, B. D., ... y Larney, S. (2019). Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action. *The Lancet*, 394(10208), 1560-1579.
- Delfabbro, P., Delfabbro, P., Thomas, A., Thomas, A., Armstrong, A., & Armstrong, A. (2018). Gender Differences in the Presentation of Observable Risk Indicators of Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 34(1), 119-132. <https://10.1007/s10899-017-9691-5>
- del Río Lozano, M., & García Calvente, M.M. (2020). Cuidados y abordaje de la pandemia de COVID-19 con enfoque de género. *Gaceta Sanitaria*, <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.006>.
- Dunlop, A., Lokuge, B., Masters, D., Sequeira, M., Saul, P., Dunlop, G., ... y Maher, L. (2020). Challenges in maintaining treatment services for people who use drugs during the COVID-19 pandemic. *Harm Reduction Journal*, 17, 1-7.
- Echeburúa, E. (2014). Adicción al juego en la mujer y comorbilidad. Implicaciones para el tratamiento. *Revista de Patología Dual*, 1(1):2.
- El coronavirus revela con crudeza las desigualdades y puede agravarlas. (2020, 30 marzo). Noticias ONU. <https://news.un.org/es/story/2020/03/1471982>.
- Elovainio, M., Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Josefsson, K., Jokela, M., ... & Kivimäki, M. (2017). Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: an analysis of data from the UK Biobank cohort study. *The Lancet Public Health*, 2(6), e260-e266.
- Elton-Marshall, T., Wijesingha, R., Sendzik, T., Mock, S. E., Maas, M. v. d., McCready, J., Mann, R. E., & Turner, N. E. (2018). Marital Status and Problem Gambling among Older Adults: An Examination of Social Context and Social Motivations. *Canadian Journal on Aging*, 37(3), 318-322.
- Erskine, R. G. (2011). Los desafíos del cambio y del crecimiento. Traducido por: Igor Fernández. 36º Congreso Mundial de Análisis Transaccional, Conferencia Inaugural.
- Erskine, R. G. (1980). Script cure: Behavioral, intrapsychic and physiological. *Transactional Analysis Journal*, 10(2), 102-106. <https://doi.org/10.1177%2F036215378001000205>.
- Erskine, R. G. (1998). Attunement and involvement: therapeutic responses to relational needs.
- Erskine, R. G. (2012). Más allá de la empatía. Una terapia de contacto-en-la-relación. Descléé de Brouwer.
- Erskine, R. G. (2016). Presencia Terapéutica y Patrones Relacionales: Conceptos y Práctica de la Psicoterapia Integrativa. Ediciones Karnac.
- Erskine, R. G. (2017). Análisis Transaccional de la Obsesión: Integrando diversos Conceptos y Métodos. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 231-258. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i107.178>.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2020). Información actualizada del EMCDDA sobre las implicaciones del COVID-19 para los consumidores de drogas y proveedores de servicios para drogodependientes. Recuperado el 23 de abril de 2021 de: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12879/EMCDDA%20Covid-19%20update\\_1\\_23032020\\_ES.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12879/EMCDDA%20Covid-19%20update_1_23032020_ES.pdf).
- FEJAR (Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados). (2014). Protocolo de acceso y tratamiento de adicción al juego.
- Flack, M., & Stevens, M. (2019). Gambling motivation: comparisons across gender and preferred activity. *International Gambling Studies*, 19(1), 69-84.
- Frisone, F., Alibrandi, A. y Settineri, S. (2020). Problem gambling during Covid-19. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 8(3).

- Fundación Egia-Careaga y Gobierno Vasco (2020). El impacto de la COVID-19 y sus consecuencias en el ámbito de las adicciones en Euskadi. Departamento de salud del Gobierno Vasco. [http://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/COVID\\_adicciones\\_euskadi.pdf](http://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/COVID_adicciones_euskadi.pdf).
- Gaviria, S. L., & Alarcón, R. D. (2010). Psicopatología y género: visión longitudinal e histórica a través del DSM. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 389-404.
- Giardina, A., Di Blasi, M., Schimmenti, A., King, D., L., Starcevic, V. y Billieux, J. (2021). Online Gaming and Prolonged Self-Isolation: Evidence from Italian Gamers During the COVID-19 Outbreak. *Clinical Neuropsychiatry*, 18(1), 65-74.
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., ... y Yip, P. S. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468-471.
- Håkansson, A. (2020). Changes in gambling behavior during the COVID-19 pandemic—a web survey study in Sweden. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4013.
- Hakansson, A., & Widinghoff, C. (2020). Gender Differences in Problem Gamblers in an Online Gambling Setting. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 681-691. <https://10.2147/PRBM.S248540>.
- Håkansson, A., Fernández-Aranda, F., Menchón, J. M., Potenza, M. N. y Jiménez-Murcia, S. (2020). Gambling during the COVID-19 crisis—a cause for concern. *Journal of addiction medicine*, 14(4), e10.
- Hing, N., Hing, N., Russell, A., Russell, A., Tolchard, B., Tolchard, B., Nower, L., & Nower, L. (2016). Risk Factors for Gambling Problems: An Analysis by Gender. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 511-534. <https://10.1007/s10899-015-9548-8>.
- Holdsworth, L., Nuske, E., & Breen, H. (2013). All mixed up together: Women's experiences of problem gambling, comorbidity and co-occurring complex needs. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(3), 315-328.
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ... y Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*.
- *International Journal of Psychotherapy*, 3, 235-244.
- John, A., Glendenning, A. C., Marchant, A., Montgomery, P., Stewart, A., Wood, S., ... y Hawton, K. (2018). Self-harm, suicidal behaviours, and cyberbullying in children and young people: Systematic review. *Journal of medical internet research*, 20(4), e129.
- Juodis, M., & Stewart, S. (2016). A method for classifying pathological gamblers according to "enhancement," "coping," and "low emotion regulation" subtypes. *Journal of Gambling Issues*, 34, 201-220. <https://10.4309/jgi.2016.34.11>.
- Lamas, J. L., Santolaria, R., Estévez, A., & Jáuregui, P. (2018). Guía clínica específica, "Mujer y juego". FEJAR: Subvencionado por la Delegación del Plan Nacional Sobre Drogas.
- Lister, J. J. y Nower, L. (2013). Gambling and older adults. *The Wiley-Blackwell Handbook of Disordered Gambling*, 347-360.
- Lopes, H. y McKay, V. (2020). Adult learning and education as a tool to contain pandemics: The COVID-19 experience. *International review of education*, 66(4), 575-602.
- López-González, H., Rius, A., & Soriano, I. (2019). Dificultades en el tratamiento del juego online: recomendaciones de profesionales y pacientes. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), Madrid.
- Matthews, T., Danese, A., Caspi, A., Fisher, H. L., Goldman-Mellor, S., Kopa, A., ... & Arseneault, L. (2019). Lonely young adults in modern Britain: findings from an epidemiological cohort study. *Psychological medicine*, 49(2), 268-277.
- McCarthy, S., Thomas, S. L., Bellringer, M. E., & Cassidy, R. (2019). Women and gambling-related harm: a narrative literature review and implications for research, policy, and practice. *Harm Reduction Journal*, 16(1), 18. <https://10.1186/s12954-019-0284-8>

- MEDIDAS PREVENTIVAS COVID-19. (2020). Presentación.
- Ministerio de Sanidad. (2020). COVID-19, consumo de sustancias psicoactivas y adicciones en España. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Recopilado en [https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020\\_Coronavirus/pdf/20200715\\_Informe\\_IMPACTO\\_COVID-19\\_OEDA\\_final.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/pdf/20200715_Informe_IMPACTO_COVID-19_OEDA_final.pdf).
- Mok, W. P. (1990). Age differences in gambling behavior.
- Nelson-Zlupko, L., Kauffman, E., & Dore, M. M. (1995). Gender differences in drug addiction and treatment: Implications for social work intervention with substance-abusing women. *Social work*, 40(1), 45-54.
- Nosal, P. y Lopez-Gonzalez, H. (2021). How did regular sports bettors behave during covid-19 lockdown? Evidence from Poland. *European Sport Management Quarterly*, 1-15.
- O'Connor, R. y Nock, M. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85.
- Ortega, I. G. (2010). Perfil psicopatológico diferencial de los hombres y mujeres ludópatas en tratamiento. Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea.
- OSASUN, S. (2020). El impacto de la COVID-19 y sus consecuencias en el ámbito de las adicciones en Euskadi (pp. 1-122).
- Pattinson, J. y Parke, A. (2017a). Gambling behaviour and motivation in British older adult populations: A grounded theoretical framework. *Journal of Gambling Issues*, 34.
- Pattinson, J. y Parke, A. (2017b). The experience of high-frequency gambling behavior of older adult females in the United Kingdom: an interpretative phenomenological analysis. *Journal of Women & Aging*, 29(3), 243-253.
- Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., Oertelt-Prigione, S., & van Gelder, N. (2020). Pandemics and violence against women and children. Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/publication/pandemics-and-violence-against-women-and-children>.
- Petterson, S., Westfall, J., y Miller, B. F. (2020). Projected deaths of despair during the coronavirus recession. Well Being Trust, 8, 2020.
- Picchio, C. A., Valencia, J., Doran, J., Swan, T., Pastor, M., Martró, E., ... y Lazarus, J. V. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on harm reduction services in Spain. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 1-11.
- SAMHSA. (2009). Results from the 2009 national survey on drug use and health: National findings. The Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/reports.htm>.
- Saricali, M., Satici, S. A., Satici, B., Gocet-Tekin, E. y Griffiths, M. D. (2020). Fear of COVID-19, mindfulness, humor, and hopelessness: a multiple mediation analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-14.
- Sarosi, P. (2020). Harm reduction responses to COVID-19 in Europe: Regularly updated info page. Recuperado el 23/04/2021 de: <https://drogriporter.hu/en/how-harm-reducers-cope-with-the-corona-pandemic-in-europe/>.
- Skinner, W. W., Littman-Sharp, N., Leslie, J., Ferentzy, P., Zaheer, S., Quosai, T. S., ... y McCready, J. (2018). Best practices for the treatment of older adult problem gamblers. *Journal of Gambling Issues*, 39.
- Smith, K., Ostinelli, E. y Cipriani, A. (2020). Covid-19 and mental health: a transformational opportunity to apply an evidence-based approach to clinical practice and research. *Evid Based Ment Health* (2020) 23(2):45-6. doi: 10.1136/ebmental-2020-300155.
- Steward, T., Mestre-Bach, G., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Perales, J. C., Navas, J. F., ... y Jiménez-Murcia, S. (2017). Delay discounting and impulsivity traits in young and older gambling disorder patients. *Addictive Behaviors*, 71, 96-103.

- Teng, Z., Pontes, H. M., Nie, Q., Griffiths, M. D. y Guo, C. (2021). Depression and anxiety symptoms associated with internet gaming disorder before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *Journal of Behavioral Addictions*.
- Thompson, K. M. y McNeilly, D. P. (2016). Populations at risk for a gambling disorder: Older adults. *Current Addiction Reports*, 3(3), 275-279.
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., y Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 1-22.
- UMIVALE (Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº15). (2021). Pautas y medidas preventivas ante la exposición al coronavirus SARS-COV-2 en el entorno laboral. SUMA intermutual.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2020). COVID-19 and the drug supply chain: From production and trafficking to use. <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/covid/Covid-19-and-drug-supply-chain-Mai2020.pdf>.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Urbán, R., Paksi, B., Miklósi, Á., Saunders, J. B. y Demetrovics, Z. (2021). Non-adherence to Preventive Behaviours During the COVID-19 Epidemic: Findings From a Community Study.
- Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., & Jackson, D. (2020). Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4), 549–552.
- Van der Vegt, I., & Kleinberg, B. (2020). Women worry about family, men about the economy: Gender differences in emotional responses to COVID-19. *International Conference on Social Informatics*, 1-15.
- Vázquez Fernández, M. J. (2012). Ludopatía y mujer: un análisis desde la perspectiva de género. In IV Congreso Universitario Nacional Investigación y Género (pp. 2097-2107). Unidad para la Igualdad, Universidad de Sevilla.
- Volkow, N. (2020). Collision of the COVID-19 and addiction epidemics. *Annals of internal medicine*, July 2020. <https://doi.org/10.7326/M20-1212>.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Tidwell, M. C. O. y Hoffman, J. H. (2011). Gambling and problem gambling across the lifespan. *Journal of Gambling Studies*, 27(1), 49-61.
- Yao, H., Chen, J.-H., y Xu, Y.-F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0).
- Zarragoitia, I. (2013). Las diferencias de sexo y género en la depresión: proclividad en la mujer. *Medwave*, 13.



**ENTIDADES  
INTEGRADAS en FEJAR**

### **ABAJ**

Asociación Burgalesa para la Rehabilitación del Juego Patológico  
c/ Cruz Roja Española, s/n / 09006 Burgos  
Tel. 627 409 707  
administrador@ludopatiaburgos.es



### **ACAJER**

Asociación Cacereña de Jugadores en Rehabilitación  
c/ Ávila, 2, 2º B / 10005 Cáceres  
Tel. 610 392 497  
nuevoacajer@gmail.com



### **ACOJER**

Asociación Cordobesa de Jugadores de Azar en Rehabilitación  
Avda. Agrupación Córdoba s/n. Pabellón de Antiguo Hospital Militar / 14007 Córdoba (Córdoba)  
Tel. 957 401 449  
acojer@andaluciajunta.es - [www.acojer.com](http://www.acojer.com)



### **AEXJER**

Asociación Extremeña de Jugadores de Azar en Rehabilitación  
c/ San Roque 3 / 06200 Almendralejo (Badajoz)  
Tel. 924 664 476 // 658 773 944  
aexjer@hotmail.com - [www.aexjer.es](http://www.aexjer.es)



### **AGAJA**

Asociación Gallega de Jugadores Anónimos  
c/ Travesía de Vigo, 172, 2º / 36206 Vigo (Pontevedra)  
Tel. 886 119 586 // 667 648 229  
agaja@mundo-r.com - [www.agaja.org](http://www.agaja.org)



### **AGALURE**

c/ Pasteur, 30 bajo / 15008 A Coruña (A Coruña)  
Tel. 981 289 340  
agalure@agalure.com - [www.agalure.com](http://www.agalure.com)



### **AJER**

Asociación de Jugadores en Rehabilitación "Virgen del Puerto"  
Ctra. Del Puerto s/n Paraje Valcorchero Pabellón 10 / 10600 Plasencia (Cáceres)  
Tel. 927 421 011  
ajer@ajerplasencia.org - [www.ajerplasencia.org](http://www.ajerplasencia.org)



### **AJUPAREVA**

Asociación de Jugadores Patológicos Rehabilitados de Valladolid  
Avda. del Valle de Esqueva, 8 / 47011 Valladolid (Valladolid)  
Tel. 98 331 03 17 // 635 957 473  
ajupareva@ajupareva.es - [www.ajupareva.es](http://www.ajupareva.es)



## ALEJER

Asociación Leganense de Jugadores de Azar en Rehabilitación  
c/ Mayorazgo, 25 Desp. 18 ( Hotel de Asociaciones) / 28915 Leganés (Madrid)  
Tel. 916 806 048  
alejer.leganes@gmail.com - [www.alejer.com](http://www.alejer.com)



## APAL

Asociación para la Prevención y Ayuda al Ludópata  
c/ Elfo, 14 Entlo. D / 28027 Madrid (Madrid)  
Tel. 914 076 899 // 658 699 543  
apalMadrid@hotmail.com - [www.apalMadrid.org](http://www.apalMadrid.org)



## APREJA

Asociación para la Prevención y Rehabilitación de Jugadores de Azar  
Centro de Tratamiento Ambulatorio exclusivo de Juego Patológico.  
c/ Antonio Machado, 2 A Local 2 / 21007 Huelva (Huelva)  
Tel. 959 230 966 // 627 76 40 40  
apreja@andaluciajunta.es



## APREXS

Asociación de Personas en Riesgo de Exclusión Social de Don Benito  
Paseo de Feval, s/n Módulo 1. Primera planta / 06400 Don Benito (Badajoz)  
Tel. 672 693 722  
aprexs@gmx.es



## ARALAR

Asociación Ludópatas de Navarra  
Casas de San Pedro 23 Bajo izda. / 31014 Pamplona.  
Tel. 848 41 48 49 // 665 802 545  
asociacionaralar@yahoo.es



## ASEJER

Asociación Sevillana de Jugadores de Azar en Rehabilitación  
c/ José Jesús García Díaz, 4 esc. 1 pl. 1 "Edificio Henares" / 41020 Sevilla (Sevilla)  
Tel. 954 908 300  
presidencia@asejer.es - [www.asejer.com](http://www.asejer.com)



## EKINTZA ALUVIZ

Asociación de Ayuda a Ludópatas de Vizcaya  
Sede Barakaldo:  
c/ San Juan, 26 Bajo / 48901 Barakaldo (Bizkaia)  
Tel. 944 388 665

Sede Bilbao:  
c/ Juan de Guisasaola, 7 / 48004 Bilbao)  
Tel. 944 388 665

ekintza.aluviz@telefonica.net - [www.ekintzaaluviz.com](http://www.ekintzaaluviz.com)



## LAR

Ludópatas Asociados Rehabilitados  
c/ Escritor Rafael Pavón, 3 / 14007 Córdoba (Córdoba)  
Tel. 957 257 005  
asoc.cordobesa.lar@gmail.com



## LARCAMA

Ludópatas Asociados en Rehabilitación de Castilla La Mancha. Fundación Fislem  
Avda. Purísima Concepción, 31 Bis / 45006 Toledo (Toledo)  
Tel. 655 347 692  
toledo@larcama.com - [www.larcama.com](http://www.larcama.com)



Avda Pio XII s/n ( Centro de Especialidades) / 13002 Ciudad Real (Ciudad Real)  
Tel. 633 443 483  
ciudadreal@larcama.com - [www.larcama.com](http://www.larcama.com)

## LARPA

Ludópatas Asociados en Rehabilitación del Principado de Asturias  
c/ Pérez de la Sala, 29, 1ª y 2ª / 33007 Oviedo ( Principado de Asturias)  
Tels. 984 181 183 / 667 796 862  
larpa@larpa.es - [www.larpa.es](http://www.larpa.es)



## NUEVA ESPERANZA

Asociación de Ayuda a Jugadores en Rehabilitación de la Región de Murcia  
c/ Miguel Hernández, 9, 3º escalera 5F / 30011 Murcia (Murcia)  
Tel. 647 858 761  
nuevasperanzamurcia@hotmail.com - [www.asocnuevaesperanza.com](http://www.asocnuevaesperanza.com)



## NUEVA VIDA

Asociación de Jugadores Rehabilitados Nueva Vida  
Avda. de la Constitución, 27 Entlo. A / 03400 Villena (Alicante)  
Tel. 965 806 208 / 618 646 338  
correo@asocnuevavida.org / info@nvconductasadictivas.org - [www.asocnuevavida.org](http://www.asocnuevavida.org)



## PATIM

Asociación para la Intervención e Integración en Adicciones y Otras Conductas  
Comunidad Terapéutica. Castellón: 629 427 797  
Sede Castellón:  
Plaza Tetuán, 9 / 12001 Castellón de la Plana ( Castellón)  
Centro de Día. Castellón: 964 342 431

Sede Valencia:  
c/Guillem Despuig, 9, bajo / 46018 Valencia  
Centro de Día. Valencia: 963 824 671  
patim@patim.org - [www.patim.org](http://www.patim.org)



## VIDA LIBRE

Asociación Alicantina de Afectados por la Ludopatía y Otras Adicciones  
Avenida Maisonnave, 33-39 Portal 4, 2ª / 03003 Alicante (Alicante)  
Tel. 966 377 779 // 644 845 992  
vidalibre.ludopatia@gmail.com - [www.vidalibre-alicante.org](http://www.vidalibre-alicante.org)



## FAJER

Federación Andaluza de Jugadores de azar Rehabilitados  
c/Manuel España Lobo, 5 / 29007 Málaga ( Málaga)  
Tel. 627 000 780  
info@fajer.es - [www.fajer.es](http://www.fajer.es)





Financiado por

