



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

**ADICCIONES SIN SUSTANCIAS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA AL
FENÓMENO Y SU TRATAMIENTO SOCIAL.**

Autor: Lorena Español Lucas
Tutor: Daniel Gil Martorell

Madrid, junio 2021

Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	4
1. Introducción	5
2. Planteamiento del Problema.....	6
3. Objetivos del Estudio	9
4. Hipótesis del Estudio.....	9
5. Marco Teórico	10
5.1 Adicciones: Bases Biológicas y Neurológicas	10
5.3 Sistemas involucrados en el proceso de adicción	13
5.3.1 Sistema de Recompensa	13
5.3.2 Sistema de Control Inhibitorio.....	15
5.3.3 Factores de Riesgo Desencadenantes de una Adicción.....	16
5.3.3.1 Factores Individuales:.....	17
5.3.3.2 Factores familiares:.....	19
5.3.3.3 Factores sociales:	21
5.3.3.4 Factores educativos	22
6. Adicciones Sin Sustancias.....	23
6.1 Juego Patológico y Juego por Apuesta	23
6.2 Adicción al Sexo.....	25
6.3 Adicción al Trabajo.....	26
6.4 Adicción a las Compras	28
7. Magnitud Epidemiológica De Las Adicciones Sin Sustancia O Comportamentales	29
7.1 Secuelas Psicológicas	31
7.2 Secuelas Sociales, Laborales y Familiares.....	32
8. Adaptación de Tratamiento de las Adicciones Comportamentales desde el Trabajo Social	33
9. Estrategias Gubernamentales Vigentes.....	38
10. Recursos De Adicciones Sin Sustancias En La Comunidad De Madrid	39
10.1 Públicos.	39
10.2 Privados.....	43
11. Conclusiones	45

Resumen

Nuestras sociedades se están viendo influidas, cada vez más, por el auge de un tipo de adicciones dentro de las cuales no hace falta que exista ningún tipo de sustancia que genere dependencia, estas son las adicciones comportamentales.

Si bien es cierto que la historia de las adicciones va unida junto a la del ser humano, es a partir del siglo XX cuando las adicciones cambiaron y ya no se caracterizaban por una dependencia a drogas o sustancias, sino a actividades y comportamientos cotidianos que pueden llegar a impedir llevar una vida satisfactoria.

Las adicciones comportamentales o adicciones sin sustancias afectan, según la Organización Mundial de la Salud, a una de cuatro personas. Dentro de estas conductas dependientes, las que afectan de manera principal son el juego patológico, el abuso de internet y las redes sociales, la adicción a las compras, la adicción al sexo o la adicción al trabajo.

El objetivo principal que persigue este trabajo es realizar una aproximación teórica, a partir de la revisión de la bibliografía existente, al fenómeno de las adicciones sin sustancias que facilite su comprensión de cara a la concienciación social y la prevención de este tipo de conductas adictivas. Para ello, se establecen en esta investigación una serie de preguntas e hipótesis encaminadas a la consecución de diferentes objetivos específicos y relacionadas ambas con las estrategias, tratamientos, recursos, necesidades y factores de riesgo de estos trastornos adictivos. Asimismo, también pretende conocerse cual es el papel que cumplen los/as trabajadores/as sociales en la intervención de aquellos casos de adicciones sin sustancias.

Palabras clave: adicción, dependencia, comportamientos, juego, internet, redes sociales, compras, sexo, trabajo.

Abstract

Our societies are being influenced, more and more, by the rise of a type of addiction within which there is no need for any type of substance that generates dependence, these are behavioral addictions.

Although it is true that the history of addictions goes hand in hand with that of the human being, it is from the 20th century when addictions changed and were no longer characterized by dependence on drugs or substances, but by activities and daily behaviors that can get to prevent a satisfactory life.

Behavioral addictions or addictions without substances affect, according to the World Health Organization, one in four people. Among these dependent behaviors, the ones that mainly affect are pathological gambling, abuse of the internet and social networks, shopping addiction, sex addiction or work addiction.

The main objective of this work is to carry out a theoretical approach to the phenomenon of addictions without substances that facilitates its understanding with a view to raising social awareness and preventing this type of addictive behavior. For this, a series of questions and hypotheses aimed at achieving different specific objectives and both related to strategies, treatments, resources, needs and risk factors for these addictive disorders are established in this research. Likewise, it also seeks to know what is the role of social workers in the intervention of those cases of addictions without substances.

Key words: addiction, dependence, behaviors, pathological gambling, internet, social networks, shopping, sex, work.

1. Introducción

Las adicciones son trastornos que se ven causados principalmente por la falta de control y la dependencia, entre muchos otros factores de los que se hablará más adelante en el presente trabajo. Es precisamente por esa variedad de factores el motivo por el que las adicciones no pueden limitarse únicamente a las conductas que sean generadas por sustancias químicas, sino que también existen hábitos de conducta que, aunque aparentemente puedan resultar inofensivos, pueden llegar a convertirse en adicciones e influir negativamente en la vida cotidiana de las personas que las sufren.

Cualquier conducta que pueda ser placentera para los sujetos es susceptible de convertirse en una conducta adictiva y generar que los individuos pierdan el control al desarrollar una actividad sin importar las consecuencias adversas que ésta traiga consigo. Aquellos sujetos que sufren una adicción sin sustancia no pueden dejar de repetir una conducta como puede ser: jugar, mirar las redes sociales, comprar, trabajar, etc., una y otra vez.

El problema que generan estas adicciones no son las actividades desarrolladas en sí mismas, sino la relación que el sujeto establezca con dicha actividad, de manera que lo que caracteriza ese trastorno es la pérdida de control de la persona sobre la actividad elegida y la continuación con ella sin importancia de las consecuencias adversas que llegue a producir.

El patrón de las adicciones comportamentales es el mismo que el de las adicciones con sustancias: la necesidad de repetir cada vez más frecuentemente un comportamiento que genera satisfacción, llegando a producir dependencia, síndrome de abstinencia y desarrollo de una tolerancia cada vez mayor. Esta dependencia puede ser clasificada y entendida como dependencia física o dependencia psicológica. Se entiende por dependencia física aquella situación en la que el sujeto mantiene el deseo de realizar una actividad a través de mecanismos metabólicos y la falta de esta actividad crea en el individuo un síndrome de abstinencia. Si por el contrario existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exige el desarrollo de esa conducta para producir placer o evitar malestar, se considera dependencia psicológica o psicosocial.

En el caso de las adicciones sin sustancias, se presentan determinados indicadores que indican la dependencia, física o psicológica, del individuo, como lo son, por ejemplo: la necesidad de realizar la conducta con una mayor frecuencia para conseguir el mismo efecto y el conjunto de manifestaciones psicológicas clínicamente significativas que se producen con la cesación de la conducta adictiva, como indicadores de dependencia

física, y el impulso hacia la realización de la conducta adictiva a pesar de sus consecuencias negativas y la priorización del desarrollo de la conducta adictiva frente a cualquier otra actividad como dependencia psicológica (Germán, 2010).

Este problema cada día es más evidente en nuestras sociedades y, por este motivo, se empieza a tomar conciencia sobre ello y a investigarlo de cara a su tratamiento y prevención. Gracias a estos estudios los investigadores y profesionales de la salud comienzan a conocer más en profundidad sus consecuencias.

Sin embargo, hoy en día no existe un tratamiento único, pues las adicciones son muy distintas entre sí y cada una requiere de un tratamiento concreto en función de sus características particulares. Lo que sí es común a todas las adicciones y que por lo tanto se tiene en cuenta en todo tipo de tratamiento, son sus síntomas: pérdida de control, relación de dependencia ya sea con la conducta o con la sustancia, tolerancia y ocultación o negación del problema.

El objetivo principal que se persigue en este tipo de intervenciones es el reaprendizaje de la conducta basado en el control. Normalmente estos tratamientos son abordados desde terapias cognitivas conductuales sin necesidad de uso de fármacos.

En relación con la intervención, es necesario tener en cuenta que este tipo de adicciones comportamentales van cambiando vertiginosamente con el paso del tiempo, dando lugar a nuevas conductas adictivas muy distintas a las conocidas en el pasado. Por todo ello, es necesario trabajar en la importancia de la investigación y la constante actualización en materia de adicciones sin sustancias, todo ello de cara al correcto tratamiento que a raíz de ellas pueda y deba darse.

2. Planteamiento del Problema

Durante las décadas de los años 70 y 80, tras las guerras mundiales que dieron lugar a la creación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el año 1948, las sociedades europeas comienzan a ofrecer un contexto adecuado para el correcto desarrollo de determinados síntomas relacionados con los impulsos. Es entonces cuando la situación general se ve transformada en un abandono general que desemboca en el incremento de los trastornos relacionados con los impulsos y el control (Perez del Río, 2011).

Históricamente, cuando se identificaban síntomas relacionados con una adicción, tales como la impulsividad, la dependencia o la falta de control, se tendía a pensar en una adicción a una sustancia y no a una conducta. Actualmente, ya es conocido que el patrón general que marca una adicción no es solo aplicable a las drogas, sino también a cualquier

tipo de conducta o comportamiento que en determinadas circunstancias llega a convertirse en adictivo e interfiere gravemente en la vida de las personas afectadas.

Al igual que ocurre en los casos de adicciones a una determinada sustancia, las personas que sufren una adicción comportamental se ven afectadas por el conocido *síndrome de abstinencia*, el cual genera en los sujetos un estado de profundo malestar cuando no pueden llevar a cabo esa conducta a la que son adictos. Si esa adicción avanza sin ningún tipo de intervención, los comportamientos del sujeto se automatizan activándose por las emociones y los impulsos, empobreciendo por lo tanto el control cognitivo y la capacidad de autocrítica del individuo (H. Cía, 2013).

El principal problema que tienen las adicciones no son los efectos que producen a corto plazo, sino los efectos que se producen a medio y largo plazo, dentro de los cuales pueden englobarse los problemas sociales que causan estos sujetos debido a su falta de autocontrol derivada de su adicción (robos, problemas legales, familiares, económicos etc.) (Becoña, 2002).

De modo que, se antoja imprescindible ahondar en la investigación de los problemas derivados o relacionados directamente con adicciones. Mediante el estudio de la situación actual se podrán lanzar distintas líneas de desarrollo que puedan paliar el elevado número de víctimas que sufren estas diversas adicciones, pero no podrá haber solución sin un conocimiento previo del problema del que derivan estos trastornos.

Pérez del Río (2011) arroja luz sobre la actualidad de las adicciones en España. Indica la prevalencia de las adicciones con las que la sociedad convive desde hace décadas. Son adicciones tan conocidas y a la vez desconocidas como la adicción a internet y las actividades que del mismo derivan, como la ludopatía en red, las adicciones a las compras, e incluso la adicción al sexo.

Se puede observar como internet es un medio tan beneficioso como peligroso dado que, como parece evidente, puede actuar como un gran potenciador de adicciones. Sin ir más lejos, con una tarjeta de crédito y pocos datos personales, hoy en día se puede adquirir prácticamente cualquier bien o servicio en la red. Este es un riesgo exponencial para cualquier persona que sufra de adicción a las compras, sobretudo en el ámbito de las compras compulsivas. La red se encuentra repleta de las conocidas “ofertas flash” y de “cookies” que rastrean las búsquedas de los usuarios y generan un algoritmo que favorece la aparición de elementos similares. Esto desencadena en un estímulo de compra muy agresivo que lleva a los compradores a no poder reprimirse y caer constantemente en lo que ya es una adicción para muchos.

La adicción al juego o al sexo siguen la misma senda. Las casas de apuestas proliferan en el ámbito físico y sobretodo se masifican en el ámbito online. Hoy en día con tan solo tener mayoría de edad y una tarjeta bancaria se puede jugar en línea sin límites, más allá del poder adquisitivo del jugador. La falta de límites para jugar, más allá de la responsabilidad del propio jugador supone un problema en forma de adicción que ha abocado a una pésima situación económica a las personas que desgraciadamente sufren este tipo de trastornos. Pero no todo termina con el plano económico, del mismo pueden derivar problemas mayores, como el sentimiento de culpabilidad del adicto si es que este tiene personas que dependen de él a su cargo. La inseguridad puede irrumpir en la vida de un ludópata en un lapso temporal mínimo, su falta de autocontrol puede llevarle a una precipitada solución que desencadene en una recaída aun mayor y así generar un bucle tan dañino para el afectado como para su entorno.

La adicción al sexo se mimetiza con la adicción al juego, con el sutil matiz de que no depende exclusivamente del aspecto económico, dado que existe una enorme red de contenido sexual gratis en internet. Este acceso en muchos casos no requiere siquiera de registro alguno, por lo que no existe ningún tipo ni de control, ni de restricción. Por tanto, para cualquier persona que sufra adicción al sexo, el acceso al contenido es extremadamente simple, por lo que su tratamiento se erige como una ardua tarea.

Con todos estos datos, surgen las preguntas de investigación, que serán las que guíen el presente estudio:

- ¿Existe la suficiente literatura al respecto de las adicciones sin sustancias como para poder desarrollar intervenciones psicosociales adecuadas?
- ¿Cuál es la legislación vigente en materia de adicciones comportamentales? ¿Se encuentra esta actualizada y adaptada al rápido desarrollo de este fenómeno?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo que facilitan que los sujetos se vuelvan adictos a un determinado comportamiento? ¿Es posible trabajarlos para favorecer la presencia de factores de protección en los individuos?
- ¿Cuáles son los recursos, a nivel autonómico, con los que se cuenta de cara a la intervención psicosocial de las adicciones sin sustancias?
- ¿Qué necesidades surgen en las intervenciones con sujetos y familias que sufren este tipo de adicciones?
- ¿Cuál es el papel que cumplen los/as trabajadores/as sociales en este tipo de intervenciones? ¿Se considera su papel fundamental?

3. Objetivos del Estudio

Objetivo general:

- Realizar una aproximación teórica al fenómeno de las adicciones sin sustancias que facilite su comprensión de cara a la concienciación social y la prevención.

Objetivos específicos:

- Examinar la literatura existente respecto a la conceptualización de las adicciones sin sustancia o comportamentales.
- Recoger las principales estrategias y programas legislativos existentes respecto a las adicciones sin sustancias, así como también en materia de publicidad.
- Comprender las causas y factores de riesgo que influyen en los casos de adicciones sin sustancias.
- Conocer los diferentes recursos y tratamientos disponibles para personas con dependencias o adicciones comportamentales.
- Detectar necesidades en las intervenciones o estrategias aplicables a las adicciones sin sustancias a fin de mejorar los tratamientos.
- Conocer el papel y la relevancia del Trabajo Social en los casos de adicciones comportamentales.

4. Hipótesis del Estudio

Partiendo de los objetivos planteados, se plantean las siguientes hipótesis del estudio:

- Existe poca información acerca de las adicciones sin sustancias, pues bien es un fenómeno que suele abordarse desde la experiencia de tratamientos de adicciones con sustancias.
- Las estrategias y programas aplicables a las adicciones sin sustancias tienen un bajo grado de efectividad en tratamiento.
- Existen diferentes factores de riesgo como pueden ser el desempleo, la depresión, la victimización en la infancia o las malas relaciones familiares, que afectan a que un sujeto tenga una mayor predisposición a sufrir una adicción comportamental.
- Los recursos existentes a los que pueden acudir las personas que sufren una adicción sin sustancia son ínfimos y, en su mayoría, de carácter privado, lo cual dificulta su acceso a los sujetos con esta patología.
- Existe una gran necesidad de investigación al respecto de las adicciones comportamentales que mejore las intervenciones sociales en estos casos,

especialmente de cara a la reintegración de los sujetos y a la sensibilización a nivel general.

- Los/as trabajadores/as sociales son profesionales que cumplen labores fundamentales de coordinación, gestión, acompañamiento, apoyo y seguimiento en los casos de adicciones comportamentales, por lo que su presencia se hace imprescindible en este tipo de intervenciones.

5. Marco Teórico

5.1 Adicciones: Bases Biológicas y Neurológicas

Las adicciones comportamentales, al igual que las adicciones con sustancias, presentan una serie de bases tanto de carácter biológico como neurológico que facilitan su comprensión y su tratamiento.

Cuando se hace referencia a las bases biológicas de las adicciones sin sustancias se habla generalmente de aquellas regiones cerebrales que se ven involucradas en el establecimiento y la consolidación de la conducta adictiva. (Matus, Calva, Flores, Leff, & Anton, 2012).

Dentro de la amplia investigación existente en base a las adicciones y a sus orígenes biológicos, se encuentra la teoría dopaminérgica, según la cual la vía dopaminérgica mesocorticolímbica tiene una gran relevancia en cuanto a los efectos reforzadores de una variedad de eventos como la alimentación o la conducta sexual, entre otros. Según esta teoría, las neuronas dopaminérgicas del grupo A10 situadas en el área tegmental ventral del cerebro medio, se proyectan hacia las regiones basales del cerebro anterior, como son el núcleo accumbens, los tubérculos olfatorios, la corteza prefrontal y cingular anterior, el hipocampo y la amígdala. (Nizama-Valladolid & Mendoza, C, 2001). Asimismo, se encuentran evidencias de que algunas sustancias como la dopamina la noradrenalina o la serotonina influyen en los procesos adictivos, actuando estas desde el sistema nervioso. Estas sustancias actúan produciendo al organismo humano placer a nivel basal. De esta manera, se considera que ante un estímulo positivo se segregan dichas sustancias en el área tegmental ventral, produciendo sensación de placer en los individuos (Elsevier, 2017).

Relacionando las investigaciones centradas en las adicciones con sustancias, su funcionamiento puede extrapolarse al de las adicciones comportamentales, de modo que la vía común de cualquier adicción consiste en que los comportamientos que generan un aumento, en este caso, un aumento natural de los niveles de dopamina por encima de los normales o estándares, derivan en un estímulo placentero para el sujeto que desarrolla la

conducta, denominándose esto refuerzo positivo o mecanismo de recompensa positiva (Elsevier, 2017). Este reforzamiento positivo o placer se encuentra en las vías dopaminérgicas llegando hasta los ganglios basales, los cuales se ven influenciados durante el consumo de determinadas sustancias, especialmente el alcohol y las benzodiazepinas (Nizama-Valladolid & Mendoza, C, 2001), si bien no se encuentran evidencias científicas que aseguren este funcionamiento neurológico en casos de no consumo de sustancias sino de repetición compulsiva de determinados comportamientos.

Asimismo, también se involucra en los procesos de adicciones el conocido dentro del mundo de la psicología como reforzamiento negativo, el cual se relaciona directamente con aquellos indicios relacionados con el aplacamiento de los síntomas de abstinencia. Siguiendo la base biológica y neurológica que explica el funcionamiento de las adicciones, es relevante destacar que son el sistema noradrenérgico y el sistema dopaminérgico los que se consideran especialmente importantes durante la abstinencia (Nizama-Valladolid & Mendoza, C, 2001).

Según J. Nestler, E. “las adicciones suponen una exposición repetida a una droga de abuso que inducen cambios en un cerebro vulnerable que impulsa la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas y la pérdida de control. Observando las similitudes de comportamiento y desarrollo de las adicciones a sustancias y las adicciones comportamentales”, dicha afirmación podría extrapolarse al abuso de determinados comportamientos que terminan por convertirse en adicciones. Esta exposición continuada a aquello ya sea una droga o un comportamiento, que genera la adicción, conlleva que los adictos puedan presentar un riesgo mayor de recaída sin importar el periodo de abstinencia que hayan superado, pues la adicción implica cambios en el cerebro inducidos por la droga o el comportamiento, que pueden llegar a ser muy estables (Nestler, dic. 2013).

5.2 Uso, Abuso y Adicción

Se considera necesario resaltar la idea de que no todo aquel que desarrolla con frecuencia un comportamiento se vuelve un adicto al mismo. Todos los sujetos nos encontramos expuestos a entornos estimulantes y gratificantes, pero esto no lleva de manera indiscutible a una adicción (De Sola, 2014), es aquí donde entran en juego los términos uso, abuso y adicción.

Por uso se entiende aquella conducta que no presenta ningún indicio adictivo por sí misma. En los casos de uso de un comportamiento, el sujeto lo desarrolla con el fin de

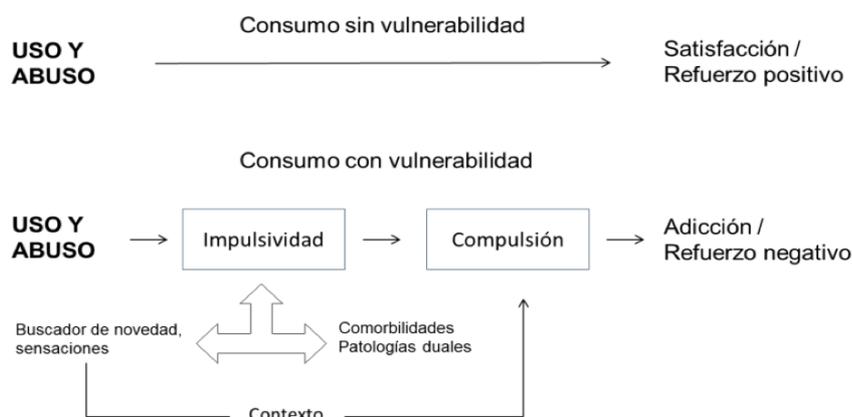
divertirse, disfruta con ello y eso no supone ninguna señal de alarma, pues la consecución de esa acción no interfiere en las obligaciones y actividades de tiempo libre del sujeto.

Por su parte, el abuso ya se definía en el DSM-IV como “un patrón desadaptativo de consumo manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias” (De Sola, 2014, pág. 22). Esto se puede extrapolar a la adicción comportamental en tanto que un sujeto puede abusar no de una sustancia sino de un comportamiento, desarrollando en sí mismo un patrón desadaptativo que le influye en el desarrollo de su vida, así como en su día a día.

Por último, la adicción se desarrolla cuando se genera una dependencia, física o psicológica, del sujeto hacia una sustancia o una conducta. Los términos dependencia y adicción suelen ser utilizados indistintamente para hablar del estado de craving o deseo patológico de un sujeto consumidor en relación con la sustancia o al comportamiento que configura su adicción (Rastrollo, 2019).

Imagen 2:

Uso, abuso y adicción



Nota: Adaptado de (Figura 4: Uso, abuso y Adicción), Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (2014) https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Adicciones_Evaluacion_e_intervencion_terapeutica.pdf

Tal y como puede observarse en la Imagen 2, el uso y el abuso pueden desembocar en una satisfacción para el individuo y un refuerzo positivo en casos en los que no exista una vulnerabilidad. Con esto pretende explicarse que no todo aquel que desarrolla un comportamiento gratificante llega a desarrollar un problema adictivo. Por su parte, en aquellos casos en los que se presenta alguna vulnerabilidad como la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, las patologías duales o la compulsión, puede llegar a desarrollarse una adicción.

5.3 Sistemas involucrados en el proceso de adicción

5.3.1 *Sistema de Recompensa*

Tal y como es afirmado en Triglia (2012), sistema de recompensa engloba al conjunto de funciones que lleva a cabo el encéfalo de un ser humano para que este pueda establecer una relación entre un estímulo y una respuesta. En este caso concreto, el estímulo será una determinada situación o sensación y la respuesta será asociar placer a dicha sensación o situación. Partiendo de esta explicación, se hace evidente el pensar en la tendencia reiterativa en la que incurre un ser humano ante una respuesta que le genera placer.

El sistema de recompensa es vital en el ser humano dado que hace posible mediante un acto prácticamente involuntario que cada individuo se sienta motivado a realizar determinadas acciones o involucrarse en situaciones que previamente han desencadenado el ya conocido sistema de recompensa.

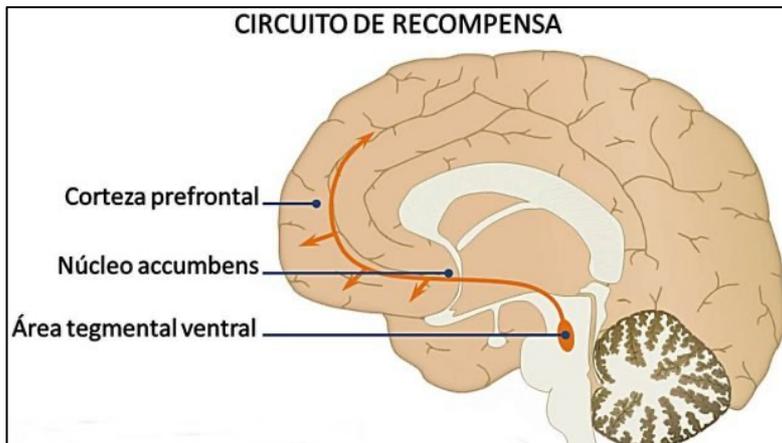
De igual manera, siguiendo a Triglia (2021), el propio sistema de recompensa generará un patrón en el individuo que generará una tendencia de actuación en la que en la mayoría de las ocasiones tiende a sus fuentes intrínsecas de motivación en lugar de dejarse llevar hacia nuevas experiencias desconocidas. Por tanto, el sistema de recompensa, de forma resumida, es un sistema encargado de hacer a cada individuo conocedor de qué es bueno para él y qué no en función de la respuesta que su encéfalo devuelve ante un estímulo determinado.

El sistema de recompensa está estrechamente ligado a las necesidades básicas del individuo haciendo que este experimente una sensación de bienestar cuando se da una situación que cubre una necesidad ya sea fisiológica o vital. En aras de una comprensión rápida del funcionamiento estructural del sistema de recompensa, es de vital importancia tener en cuenta que en él interviene la denominada vía mesolímbica la cual contiene dopamina.

Como se puede apreciar en la Imagen 1, todo radica en las tres áreas señaladas. Esta cadena, según Velarde (2014), comienza en el área tegmental ventral, esta zona contiene en gran medida mecanismos de supervivencia del individuo, canalizados en la parte inferior del encéfalo para dar paso al sistema límbico el cual como se indicaba previamente tiene la función de secreción de sustancias que desencadenan emociones en el individuo como la dopamina, que genera alegría y bienestar.

Imagen 1:

Circuito de recompensa:



Nota: Adaptado de Unidad de Ciencias Neurológicas, (septiembre,2014)

<https://publicacionesucn.blogspot.com/2014/09/sistema-de-recompensa-del-cerebro-y.html#.YJj5tS0lNQI>

Existe una parte dentro del cerebro del ser humano denominado núcleo accumbens. Este forma parte de la zona ventral del cuerpo estriado. El núcleo accumbens tiene una vital importancia en el desarrollo del sistema de respuesta dado que su principal función radica en la integración de las percepciones junto con las motivaciones del individuo, generando una reacción en el mismo. Dicho de otro modo, el núcleo accumbens es el encargado de materializar un pensamiento o una sensación una vez se percibe el estímulo, permitiendo la búsqueda de placer en el individuo mediante esta “reacción”.

Tras la intervención en el sistema de recompensa del núcleo accumbens, toda la información generada y la respuesta producida por el propio núcleo accumbens, se dirigen hacia el lóbulo frontal, es aquí donde el individuo trata de integrar el cúmulo de información previamente generado y a partir de ello, generar una voluntad (Velarde, 2014).

El lóbulo frontal es el encargado de diversas funciones dentro de la mente humana, entre ellas destacan, siguiendo a Velarde (2014), la ideación a largo plazo y la planificación, estos ámbitos cobran un papel esencial en el sistema de respuesta dado que permiten al individuo activar lo máximo posible su sistema de respuesta. En ambos casos el propio individuo trata de volver a experiencias pasadas que hayan sido positivas de formar repetitiva para volver a tener esa sensación de sosiego y felicidad mediante la generación de endorfinas. Por lo que el lóbulo frontal por así decirlo es el órgano ejecutor,

la última instancia del sistema de respuesta que canaliza esa información y genera un devenir en el futuro de cada individuo.

Tras esta explicación del funcionamiento del sistema de recompensa, se puede dilucidar su relación directa con cualquier tipo de adicción, ya sea con o sin sustancias. El principal motivo por el cual el sistema de recompensa deja la puerta abierta a la posibilidad de incurrir en una adicción, es el margen de maniobra que este permite al individuo, ya que, al probar distintos estímulos a lo largo de la vida, siempre puede haber alguno que libere grandes cantidades de sensaciones y emociones. Esto, por tanto, se traduce en un gran riesgo de generar una adicción a dicha sensación o respuesta del sistema nervioso del individuo que le haga dependiente de realizar dicha acción constantemente, cada vez con peores consecuencias.

De esta forma, una vez se genera la adicción, el individuo de alguna forma aparta el resto de los estímulos satisfactorios previamente conocidos para centrarse por completo en este nuevo estímulo sobre el que recae su adicción, y es que, a partir de su primer contacto con el nuevo y deseado estímulo, el resto dejan de tener interés alguno dada la intensidad de unos y otros. Dicho de otra forma, el sistema de recompensa de un adicto pasa a centrarse única y exclusivamente en conseguir aquella sustancia o situación que le lleva al estímulo deseado. Esto desbanca todas sus anteriores recompensas y quedan en el olvido para tener como único objetivo su adicción (Triglia, 2021).

5.3.2 Sistema de Control Inhibitorio

El sistema de control inhibitorio podría decirse que es la antítesis del sistema de recompensa, aunque funciona asociado con el mismo. Mediante este sistema, un individuo es capaz de premeditar las acciones que realiza, es decir, cuando el sistema de recompensa genera una motivación por realizar una actividad o generar una situación que resulte placentera para el individuo, el sistema de control inhibitorio se encarga de tomar el control del individuo y hacerle reflexionar sobre si es correcto o no lo que está pensando hacer en ese momento. Por tanto, podría decirse que el sistema de control inhibitorio es el freno ante el sistema de recompensas del individuo.

Se puede observar, por tanto, como ante una adicción, ambos sistemas entran en juego simultáneamente. En el caso del individuo adicto, su sistema de recompensa sobrepasa con creces al sistema inhibitorio, mientras que, en individuos sin adicciones aparentes, existe un equilibrio mediante el cual, su sistema inhibitorio regula cuándo han de obtener ese estímulo placentero y cuándo no en función a la moral y disciplina del individuo en cuestión (Ramos, y otros, 2016).

Se han desarrollado numerosos estudios neuropsicológicos con personas adictas que apuntan hacia alteraciones en el área del lóbulo frontal, afectando también a las funciones cognitivas asociadas, donde se encuentran también el control inhibitorio y la toma de decisiones (García, F. García, O. & Secades, R. 2011), como se citó en Yucel y Lubman (2007). Las líneas de desarrollo de dichos estudios coinciden en que las adicciones desencadenan cambios neuropsicológicos y neuroanatómicos que suponen una adaptación a nivel neuronal en las funciones cognitivas, motivacionales, conductuales y emocionales que afectan al día a día de los individuos, así como en su calidad de vida. Estas funciones, según García, F et. al., se relacionan con la “atención, concentración, integración, procesamiento de la información y ejecución de planes de acción”.

El sistema de control inhibitorio se ve disminuido en función de las administraciones, ya sea de sustancias o de comportamientos repetitivos, que actúan sobre la amígdala conectando con el núcleo accumbens, provocando esto a su vez una significativa disminución de la actuación del sistema de control inhibitorio, por lo que el individuo será más propenso a desarrollar repetitivamente esa conducta adictiva (Koob & Volkow, 2009).

Ambos sistemas, sistema de recompensa y sistema de control inhibitorio, se encuentran muy relacionados gracias a la conexión existente entre las redes neuronales que se ven involucradas en ellos. Tal y como lo explica Rastrollo, L (2019):

El sistema de recompensa actúa sobre el sistema límbico, estrechamente conectado con la corteza prefrontal (CPF), así pues, la activación dopaminérgica de esta zona de la corteza provoca que se generen neurotransmisores como el GABA (ácido gamma-aminobutírico) que, tras ser transportados al sistema límbico, inhiban la respuesta del sistema de recompensa [...] (Rastrollo, 2019).

Tras conocer ambos sistemas, se puede vislumbrar la delgada línea que existe entre la normalidad y la adicción. Es extremadamente sencillo en la sociedad de hoy incurrir en una adicción de cualquier índole teniendo en cuenta el nivel masivo de estímulos que se reflejan constantemente mediante todos los canales posibles.

5.3.3 Factores de Riesgo Desencadenantes de una Adicción

Tal y como es citado en los anteriores epígrafes, dos de los principales factores desencadenantes a la hora de que un individuo sufra una adicción son el sistema de recompensa y el sistema de control inhibitorio. Ambos trabajan de manera conjunta, y han de coexistir en un equilibrio para mantener una estabilidad en cuanto a la motivación y al control de impulsos. Una vez surge un desequilibrio entre ambos sistemas, suelen

darse los primeros indicios de adicción o incluso de recaída en personas cuya adicción había sido superada por un lapso temporal determinado.

Normalmente, el factor más determinante a la hora de producirse una adicción en un individuo es el desarrollo del sistema de recompensa en detrimento del desarrollo del sistema de control inhibitorio. Este hecho es el que empuja al individuo a buscar el tan deseado estímulo placentero en mucha mayor medida de la que es capaz de controlar en su conciencia. Cuando se llega a este descontrol o disparidad de sistemas, estamos ante un claro caso de adicción, ya sea a una sustancia, a la práctica de alguna actividad o al juego entre muchas otras posibles adicciones.

No obstante, ambos sistemas citados previamente son sólo una parte del entramado de entes que forman parte del proceso de adicción de un individuo, a continuación, se tratarán pormenorizadamente otros factores de riesgo. Podría establecerse una división por tipos, quedando configurada la división de la siguiente forma:

5.3.3.1 Factores Individuales:

Dentro de estos, podemos encontrar varias categorías o variables que pueden actuar como factores de riesgo o como factores de protección, dependiendo de como influyan en el comportamiento adictivo, es decir, si funcionan como un factor desencadenante o como un factor inhibitorio, estos son:

- La edad: según los hallazgos encontrados en múltiples investigaciones, los individuos que tienen una primera oportunidad de consumo entre los 13 y los 15 años tienen un riesgo mayor de terminar sufriendo un trastorno adictivo, pues bien en esas edades existe una alta vulnerabilidad a la iniciación y al desarrollo de dependencia, generalmente esto aplicado al consumo de sustancias, pero pudiéndose aplicar también a las adicciones comportamentales, especialmente a la adicción al juego, donde cada vez es más común ver menores de estas edades que dedican una gran parte de su tiempo en el juego y las nuevas tecnologías. Las adicciones y la gravedad que estas conllevan siguen una tendencia curvilínea, de manera que aumentan con la edad y alcanzan su punto máximo entre los 18 y los 24 años (Peñañiel, 2009).
- El sexo: recurrentemente en la literatura existente se muestra que la variable del sexo supone un factor de protección en el caso de las mujeres y un factor de riesgo en el caso de los hombres (Peñañiel, 2009), si bien es cierto que en los últimos años se está homogeneizando el patrón adictivo considerando que tanto las

- mujeres como los hombres tienen un determinado porcentaje de vulnerabilidad siempre y cuando esta variable vaya asociada a otros factores de riesgo.
- Creencias y valores: en esta variable se considera relevante cual es la percepción que los sujetos tengan acerca de las adicciones y sus consecuencias. Según se evidencia, las creencias positivas y enfocadas hacia las sustancias se correlaciona directamente con el consumo de estas, y, a su vez, el consumo se relaciona con la desvinculación de los valores y actitudes ligados a la socialización convencional (Laespada, Iraurgi, & Arostegui, 2004).
 - Autocontrol: con este término se hace referencia a la capacidad del ser humano para controlar sus acciones, así como también sus sentimientos. De esta forma, los individuos con un alto nivel de autocontrol serán capaces de inhibir o rechazar aquellos comportamientos que tengan una repercusión negativa en sus vidas, haciendo un balance entre los riesgos y beneficios de las conductas que desarrollan. Sin embargo, aquellos sujetos que presenten un bajo autocontrol tenderán a priorizar las consecuencias positivas e inmediatas de las acciones sin tener en cuenta sus riesgos y consecuencias. El autocontrol está ligado a la impulsividad, pues esta conlleva el desarrollo de conductas de manera espontánea y no planificada. Los sujetos impulsivos tienden a llevar a cabo conductas “sin pensar”, por lo que no valoran las consecuencias de sus conductas, no consideran alternativas y tienen una baja capacidad de resolución de problemas (Laespada, Iraurgi, & Arostegui, 2004).
 - Habilidades sociales: las capacidades de interacción social que presentan los individuos son determinantes en sus vidas a la hora de poder desarrollar un trastorno adictivo. Algunas investigaciones relacionan el déficit de recursos para establecer relaciones adecuadas con el consumo de alcohol mientras que otras relacionan directamente este déficit con el consumo de tabaco (Peñafiel, 2009). Puede entenderse que la falta de habilidades sociales genere en los individuos ciertos niveles de estrés, problemas de autoestima, depresión y ansiedad que, al no encontrar una solución, se intentan consolar con el consumo de sustancias o la consecución de actividades placenteras para los individuos que facilitan su consumo o desarrollo, generando dependencia y creando una adicción.
 - Autoestima y autoconcepto: directamente relacionado con lo anterior, la autoestima y el autoconocimiento afectan directamente en la concepción que los sujetos tienen sobre sí mismos, pudiendo generar en ellos problemas que tratan de

resolver sumergiéndose en una adicción. Autores como Kaplan, Simons y Conger (1988), señalan que la autoestima baja es la base de las conductas desviadas. Por el contrario, en personas que tienen un buen autoconcepto se identifican menos vulnerabilidad hacia los factores de riesgo. Asimismo, es necesario resaltar que la autoestima y el autoconcepto pueden relacionarse con áreas o sectores determinados de la vida de los individuos, por lo que aquello que supone un riesgo mayor en el desarrollo de una adicción es la baja autoestima en relación con la escuela, la familia o las habilidades sociales, pues estas se consideran también factores de riesgo de consumo de sustancias y de generación de dependencia y abuso (Laespada, Iraurgi, & Arostegui, 2004).

- Experimentación y búsqueda de sensaciones: la experiencia que los individuos posean dentro del campo del consumo o del abuso de un comportamiento determina que se creen una serie de expectativas y una práctica que determinará acciones futuras en función de lo que esa haya generado en el individuo, refiriéndonos a la dependencia (Laespada, Iraurgi, & Arostegui, 2004). Asimismo, búsqueda de sensaciones genera en los individuos la necesidad constante de experimentar nuevos estímulos y experiencias complejas y novedosas que desencadenan en la persecución repetitiva por obtener esas nuevas sensaciones (Peñañiel, 2009).

5.3.3.2 Factores familiares:

El factor familia juega un papel con un gran peso dentro del proceso de adicción del individuo. Simplemente, desde el plano visual – cognitivo, el hecho de ver a un familiar abusar del consumo de sustancias, del juego, de las compras ya sean online o presenciales o cualquier otro tipo de adicción, puede ser un factor que de algún modo genere una tendencia en los descendientes a generar adicciones también. No siempre tienen por qué ser las mismas que han sido observadas. Algunos de los factores de riesgo más significativos en el plano familiar son:

- La estructura familiar: la composición familiar determina la predisposición que puedan tener los sujetos hacia las conductas adictivas. Numerosos estudios señalan que la ausencia de alguno de los progenitores puede consolidarse como un factor de riesgo relevante a la hora de que los hijos desarrollen trastornos adictivos. Asimismo, esto ocurre también en casos en los que alguno de los padres encuentra una nueva pareja (Graña & Muñoz- Rivas, 2000).

- El estatus socioeconómico: tal y como se ha demostrado en diversos estudios, se indica una relación entre el estatus socioeconómico de los sujetos y el consumo de sustancias. La relación se basa en que el consumo de alcohol y marihuana está asociado a familias cuyo nivel socioeconómico es alto, generalmente familias cuyos padres tienen un nivel superior de estudios. Por su parte, el consumo de otras drogas se asocia a aquellas familias en las que el nivel socioeconómico es más bajo, especialmente en aquellas unidades familiares en las que algunos integrantes se encuentran en situación de desempleo. Esto puede ser explicado en el sentido de que la disponibilidad de recursos económicos facilita el acceso a sustancias, a su vez, la escasez de dichos recursos económicos incrementa el consumo como vía escapatoria de esos problemas (Peñañiel, 2009).
- La influencia de los familiares: el modelo de crianza ejercido por los padres según Bandura (1984), mantiene que la observación de los hijos hacia sus familiares desemboca en la imitación para la adquisición de ese comportamiento (Peñañiel, 2009). De esta forma, si un menor observa conductas adictivas en alguno de sus progenitores es muy probable que imite ese comportamiento.
- El patrón educativo familiar: tal y como se establece en el Plan Nacional sobre Drogas, el estilo educacional de cada familia puede llegar a determinar el comportamiento de sus miembros. Según este Plan, aquellas familias en las que existe un exceso de disciplina y aquellas en las que, por el contrario, se percibe un alto grado de permisividad, se relacionan con el uso indebido de drogas y sustancias (Ministerio del Interior, 1997). Por ello, es importante que a nivel sociofamiliar se trabaje en la comunicación, la interiorización de normas, los límites y su cumplimiento y las expectativas que se generen sobre un individuo, pues esto puede determinar el desarrollo de la personalidad de los individuos, ayudándoles a tener un mayor autocontrol.
- Las relaciones afectivas en la familia: Según se concluye en distintas investigaciones y estudios, aquellos jóvenes que presentan percepciones negativas acerca de las relaciones afectivas familiares, falta de vínculos familiares, negatividad o rechazo general hacia la familia, se relacionan con un amplio porcentaje de consumidores (Peñañiel, 2009). En este caso, al igual que se ha comentado en líneas anteriores, se llega a una adicción como causa de la búsqueda de evasión de los problemas familiares.

5.3.3.3 Factores sociales:

En cuanto a los factores sociales que pueden llegar a suponer un riesgo a la hora de desarrollar una adicción, según la Federación de Ayuda contra la Drogadicción (2021), se destacan los siguientes:

- Relación con iguales: en este sentido, se considera primordial contar con que, en aquellos casos en los que un sujeto presenta vulnerabilidades que pueden orientarse al consumo, estas debilidades se verán incrementadas en tanto que el grupo de iguales del individuo se relacione en ambientes de consumo y otras adicciones comportamentales. Especialmente en la adolescencia, los sujetos tratan de encontrar una identidad que, generalmente, se encuentra en el grupo de pares, pues este proporciona sentimiento de pertenencia, comprensión y reconocimiento entre otros, constituyéndose por tanto como un amplio foco de influencias (Laespada, Iraurgi, & Arostegui, 2004).
- Percepción del consumo como alternativa al ocio: directamente relacionado con lo anterior, si un sujeto limita su ocio al consumo ya sea de manera individual o junto a su grupo de iguales, se configura un riesgo aún mayor de desencadenar en una adicción. Especialmente las noches de los fines de semana las drogas como el alcohol o el tabaco se configuran como preferentes por parte de los jóvenes, quienes buscan en la noche un espacio distinto. Este espacio lo encuentran gracias al alcohol, viéndolo como una ayuda a la formación de espacios diferenciados de otros colectivos como los adultos (Laespada, Iraurgi, & Arostegui, 2004).
- Disponibilidad y fácil acceso a sustancias: según López, y Rodríguez-Arias (2010), en la comunidad la disponibilidad de drogas se configura como un potente factor de riesgo en todos los consumos salvo el del tabaco. De esta manera, a mayor disponibilidad y accesibilidad, mayor consumo. Lo mismo ocurre en casos de adicciones comportamentales, a mayores oportunidades de acción, mayor desarrollo de las conductas: por ejemplo, a mayor número de casas de apuestas, mayores probabilidades de sujetos ludópatas.
- Publicidad de drogas legales: según un estudio realizado con jóvenes universitarios por López, García y Gázquez (2013), la opinión de los jóvenes en relación con campañas publicitarias de promoción de drogas legales, estos creen que en general estas campañas ejercen una gran influencia sobre los demás, aunque en menor medida sobre ellos mismos. Este mismo estudio configura el perfil de un joven universitario de entre dieciocho y veinticinco años que

habitualmente bebe durante los fines de semana, que ha visionado anuncios publicitarios relacionados con el consumo de alcohol al menos 10 veces y que bebe fundamentalmente para divertirse.

- Planificación urbanística: el hacinamiento en zonas muy pobladas, la acumulación de viviendas destinados a clases sociales bajas, el chabolismo, el aprovechamiento total del suelo y el espacio, etc. pueden generar un clima hostil que dificulta la convivencia y aumenta la propagación de conductas desviadas o desadaptadas, desde los comportamientos violentos hasta el consumo de drogas (Instituto de Adicciones., 2019).

5.3.3.4 Factores educativos

La escuela se configura como uno de los factores más importantes dentro del control informal de los sujetos, pues bien es un importante agente socialización que actúa desde edades muy tempranas, ayudando a la configuración de personalidad de los individuos. En este sentido, los factores de riesgo dentro del ámbito de la escuela son:

- Experiencias escolares negativas: las malas experiencias escolares como pueden ser la baja implicación, el absentismo, la satisfacción personal o las actitudes negativas hacia los docentes, son generalmente relacionadas con el consumo de drogas, así como con conductas desviadas delictuales (Peñafiel, 2009).
- Fracaso escolar: algunos autores han relacionado los bajos niveles de rendimiento académico en la enseñanza primaria con actitudes o conductas desadaptadas en edades más avanzadas (De la Peña, 2010). Unido a esto se encuentra el autoconcepto que los alumnos tengan sobre sí mismos en términos escolares, de manera que se ha demostrado en diversos estudios que el buen autoconcepto escolar se consolida como un factor de protección en el consumo de sustancias (Carrasco, Barriga, & Leon, 2004).
- Características de la escuela: el tipo y tamaño de la escuela se considera relevante en el estudio del riesgo que esta genera en ámbitos de consumo y adicciones. Algunos autores como Recio et. al (1992), encontraron evidencias de que existe una mayor probabilidad de consumo por parte de los alumnos de centros escolares más grandes, especialmente en centros privados de carácter laico, sin embargo, en centros más pequeños ya sean públicos o privados de orientación religiosa apenas se encontraba relación de los alumnos con conductas adictivas (Alfonso, 2008).
- Clima escolar: Las condiciones que se generan dentro del centro escolar se determinan por las características del centro, sus valores educativos y el estilo

relacional entre los profesores y el alumnado. Se considera que, cuando el clima del centro es positivo, existiendo buenas relaciones y valores saludables en la escuela, existe un menor riesgo de desarrollo de conductas adictivas, y, a su vez, en aquellos centros en los que el clima sea negativo, será más probable que los jóvenes se inicien en el consumo u otras actividades adictivas. (Martínez & Robles, 2001).

- Coordinación de la escuela con las familias: autores como Peñafiel (2009) evidencian que se considera un factor de riesgo el que los padres no mantengan ningún contacto con los docentes de sus hijos. Asimismo, se considera primordial como factor de protección el hecho de que los jóvenes mantengan una correcta relación con sus profesores.
- Sensibilización escolar hacia el no consumo: la sensibilización debería basarse en un modelo de competencia orientado hacia la adolescencia, de manera que los jóvenes aprendan a tomar decisiones positivas en relación con el no consumo de sustancias (Melero, 1998).

6. Adicciones Sin Sustancias

Según el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (RAE) (2021), una adicción es la “dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico”. En el presente documento se tratará exclusivamente la adicción sin sustancias, es decir, el estudio se centrará en la segunda tipología descrita por la RAE, dónde no se incluyen las adicciones en las que se involucran sustancias tóxicas.

Algunos ejemplos de adicciones sin sustancia son: juego patológico, adicción a nuevas tecnologías, hipersexualidad, comida descontrolada, dependencia de las compras o ejercicio físico irracional, entre otras.

6.1 Juego Patológico y Juego por Apuesta

El juego patológico es, según Clark, J (2010), citado en Verdura et. al (2011)” una actividad en la que se realiza una apuesta, generalmente una pequeña suma de dinero, con el objetivo de obtener una mayor recompensa, habitualmente también en forma de dinero”.

Por su parte, la adicción a las nuevas tecnologías se presenta como un “consumo abusivo de las nuevas tecnologías, ordenador, internet, móvil, videojuegos y redes sociales”. (Arias et. al. 2012). Este tipo de adicción es característico en jóvenes y adolescentes, debido a que proporciona atajos a la hora de poder interactuar con otras personas de cualquier parte del mundo. Un 21% de estudiantes de entre 14 y 18 años

realizan un uso compulsivo de internet, el porcentaje de personas que realizan un uso abusivo de las redes ha incrementado un 4'6% en los últimos seis años según datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España en su Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020.

Desde un tiempo a esta parte se ha empezado a considerar la ludopatía como una adicción o enfermedad. Antaño se asociaba como una mera conducta irresponsable por parte de individuos con una baja responsabilidad y autoestima. Es en torno a la década de los 70 cuando este grave trastorno pasa a considerarse como una enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta define al juego patológico como: “trastorno consistente en la presencia de frecuentes y reiterados episodios de juegos de apuestas los cuales dominan la vida del enfermo en perjuicio de los valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares de este” (OMS, 1992, p. 350).

Por otro lado, desde el DSM5 (2013), se considera a la adicción al juego como un trastorno ubicado en los desordenes relacionados con sustancias. Esta consideración se debe al sistema de recompensa que se activa en el cerebro ante el estímulo que produce el hecho de jugar en el individuo. Al ser activado el sistema de recompensa, la dimensión de la ludopatía pasa a ser comparable a la de las adicciones relacionadas con el uso de sustancias.

En vista de la información destacada previamente, no es descabellado denominar al juego patológico como un factor de riesgo social aplicable a todos los rangos de edad, aunque podemos observar su especial aparición en los jóvenes. Siguiendo a Castaño Pérez et. al (2016), el juego patológico, como enfermedad ya afecta a un rango de personas de entre el 1% y el 3% de la población mundial, siendo su repercusión mayor en hombres que en mujeres.

Estos mismos autores, sostienen que la adicción al juego patológico no es desencadenada por una relación causa – efecto, si no que más bien adopta una relación multidireccional. Algunos de estos factores desencadenantes de la adicción al juego son la incipiente llegada de casas de apuestas a todos los núcleos de población. Se habla de casas de apuestas como un local donde se ofrecen una generalidad de juegos, desde apuestas deportivas, hasta juegos de casino, pasando por máquinas “tragamonedas”. Son otros factores desencadenantes de la ludopatía la poca presencia de centros deportivos o culturales para ciudadanos en detrimento de centros de juego, y el escaso marco legal con respecto a la legislación de los juegos de azar.

Asimismo, existen factores de ámbito familiar que propician la aparición de la ludopatía. El factor de mayor peso reside en la herencia, es decir, si existen antecesores en la familia que hayan padecido de ludopatía, los descendientes tendrán una mayor tendencia a padecerla que otros individuos sin antecedentes en su familia. Son también problemas relacionados con la ludopatía los relacionados con la forma en la que se ejerce la autoridad en la educación familiar y lo que ello puede degenerar en el individuo (inseguridades, inestabilidad emocional, falta de autoestima...) (Castaño Perez, y otros, 2016)

Poniendo el foco del trabajo social en común con la problemática de las adicciones, en este caso ludopatía, se puede observar la evolución del trabajo social, el cual ha pasado de visibilizar los problemas y tratar de solucionarlos con escasos recursos a contar con planes de prevención, de trabajo con adictos o ludópatas y finalmente con un proceso de reinserción gradual. Del mismo modo, se enfoca el trabajo de diferentes formas en función de la casuística personal del ludópata a tratar. Pudiendo enfocar el trabajo con jóvenes, personas en riesgo de exclusión social, personas privadas de libertad, e incluso con familias (Sixto-Costoya, 2018).

Finalmente, se puede observar como el trabajo social trasciende sobre el resto de las materias en lo que al tratamiento de la ludopatía se refiere y va más allá poniendo de manifiesto las caras de la adicción desde el punto de vista personal del adicto, desde el punto de vista familiar como los allegados del ludópata y finalmente encuadrando la adicción desde el enfoque social, mostrando lo fácil que es hoy en día ser víctima de una adicción como el juego (Sánchez-Ramoz & Valdez-Montero, 2019).

6.2 Adicción al Sexo

La adicción al sexo, también conocida académicamente como trastorno hipersexual se caracteriza por el incremento de la frecuencia y la intensidad de aquellas fantasías relacionadas con el sexo, excitación frecuente, impulsos y actividad sexual no parafilica, acompañada de un componente de impulsividad que genera en el individuo un malestar o un deterioro social u ocupacional que se mantiene en el tiempo (Chiclana et. al 2015 como se citó en Kafka, 2010). Esta adicción es más característica en varones que en mujeres, y afecta en torno al 5 y el 6% de la población general. Las formas más frecuentes en las que se presenta este problema son: promiscuidad, masturbación, dependencia de la pornografía, sexo telefónico y uso de internet para propósitos sexuales (Sánchez, 2018 como se citó en Allen y Holander, 2010).

La adicción al sexo es el desencadenante de los trastornos o también denominados factores que sufre el individuo. Estos están reconocidos en el DSM-5, siendo los siguientes: depresión, ansiedad, agresividad, fobia social, déficit de atención, hiperactividad, compulsividad, obsesión, impulsividad. Como bien se señalaba previamente, estos factores son los que empujan al individuo a encontrar en el sexo, ya sea mediante su visualización o práctica, el medio para paliar los efectos negativos que padece.

De un tiempo a esta parte, a raíz del nacimiento y popularización del uso público de internet, los casos de adicción al sexo aumentan exponencialmente si se tiene en cuenta la facilidad que otorga el medio digital a la obtención de contenido sexual o explícito. Es por esto, que nace una nueva vertiente que canaliza y expande la adicción relacionando la aparición de los trastornos anteriormente citados a la unión de las nuevas tecnologías. Según un estudio de la “Revista de Comunicación y salud” (2017), se proponen una serie de puntos que componen el modelo de principales actores desencadenantes de la adicción al sexo (Serrano Villalobos & Cuesta Díaz, 2017).

De acuerdo con estas mismas autoras, es importante conocer pormenorizadamente los factores que intervienen en la adicción al sexo. Estos son los Trastornos reconocidos en el DSM-5, factores como el origen causal del trastorno y la compulsividad del individuo que sufre el trastorno, intervienen también en el proceso de adicción elementos como la interiorización y exteriorización, así como el torrente de emociones que experimenta el adicto, empezando por sus pensamientos, sentimientos, creencias, comportamientos y a partir de los mismos, las acciones que decide tomar.

Existe por tanto una retroalimentación multidireccional, esto es, la combinación de la retroalimentación que recibe el adicto de su cognición y estímulos. Y, por otro lado, la retroalimentación que recibe del ámbito tecnológico, ya que todo contenido digital está diseñado de tal forma que potencialmente pueda generar adicción. Estos estímulos “digitales” ya sean en forma de notificaciones, pop-ups, recordatorios o banners, confluyen con los estímulos psicológicos del adicto, por lo que se puede ver como confluyen dos adicciones interrelacionadas sin ser del mismo tipo (Serrano Villalobos & Cuesta Díaz, 2017).

6.3 Adicción al Trabajo

La adicción al trabajo es otra rama de esta gran tipología de adicciones. Esta se encuentra caracterizada por “una implicación progresiva, excesiva y desadaptativa a la actividad laboral, con una pérdida de control respecto a los límites del trabajo y una

interferencia negativa en la vida cotidiana” (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1998 citado en Fernández-Montalvo y López, 2010).

Existe un término anglosajón relacionado con la adicción al trabajo denominado “*workaholism*”, se trata de la fusión de dos términos en lengua inglesa. Estos términos son trabajo y alcoholismo. La simbiosis de estas palabras establece la relación existente entre la adicción al trabajo y el alcoholismo. Por tanto, se establece una necesidad irrefrenable por parte del adicto de rendir y trabajar de forma constante. Esto afecta en todos los aspectos de su vida, desde sus relaciones sociales, como su salud y bienestar personal (Aguilera-Luque, 2017).

Siguiendo a este autor, las características por tanto del *workaholism* son:

- La incesante necesidad de trabajar del individuo. Esta necesidad en la mayoría de las ocasiones obedece a motivos internos de la persona y no factores externos. Con motivos internos se hace alusión a presión ejercida por parte del individuo sobre si mismo.
- El individuo tiene concebido el trabajo como la piedra angular de su pensamiento. Incluso cuando no trabaja piensa en el trabajo.
- El adicto al trabajo trabaja las horas que considera necesarias para satisfacer su auto exigencia en materia laboral. No tiene en cuenta en ningún momento sus necesidades restantes, tan solo quiere satisfacer la sensación de productividad y cumplir con sus expectativas laborales.

Por tanto, según las características de las personas que sufren adicción al trabajo, puede observarse su perfil laboral. Son personas que trabajan una cantidad de horas muy superior a la que les corresponderían, y no solo trabajan de más en volumen de horas, sino que también lo hacen con una intensidad extremadamente elevada. Por tanto, estos factores hacen que no exista una conciliación de su vida personal y laboral y, por tanto, se generen desequilibrios emocionales en el adicto.

Se antoja imprescindible para terminar de comprender este tipo de adicción el ser capaz de discernir entre la adicción al trabajo y el resto de las adicciones que se presentan en sociedad. Existe un efecto especialmente negativo que rodea a la adicción al trabajo, este no es otro que la adicción al trabajo no es comprendida por muchas personas dado que le asocian una connotación positiva. La palabra adicción normalmente lleva consigo una connotación negativa en la mayoría de los casos, pero la concepción con el trabajo no parece ser así dado que parte de la sociedad concibe a los adictos al trabajo como personas extremadamente eficientes y perfeccionistas. Nada más lejos de la realidad,

probablemente los adictos al trabajo sean personas con una menor capacidad de productividad dado el desgaste psíquico que su adicción les hace padecer. Por mucho esfuerzo que pongan en sus áreas de trabajo, el exceso de presión y su auto exigencia llegarán a mermar sus capacidades y a hacerles completamente improductivos.

Por tanto, es muy importante desde el enfoque del trabajador social el hecho de establecer o dejar esa constancia de la gran negatividad que genera la adicción al trabajo igual que el resto de las adicciones.

Otro factor que diferencia a la adicción al trabajo de otras adicciones es que prácticamente no interviene el sistema de recompensa. Podría decirse que la persona adicta al trabajo es una persona que vive una insatisfacción constante, dado que haga lo que haga, nunca será suficiente. Por tanto, no se obtiene ese estímulo de recompensa como ocurre con las adicciones con sustancias, por ejemplo. Se podría decir que en la adicción al trabajo no existe la satisfacción, no existe el placer y, por tanto, como tal, no llega a existir nunca un momento de desconexión, de descanso u alivio (Aguilera-Luque, 2017).

6.4 Adicción a las Compras

La adicción a las compras es un tipo de adicción que existe desde hace varias décadas pero que se ha ido intensificando y haciendo mayor con el paso del tiempo y la aparición de las nuevas tecnologías.

La facilidad que ofrece el modelo de compra online en la actualidad ha generado un gran aumento del número de personas que sufren adicciones de esta índole y es que, hoy en día, la única distancia entre una persona con adicción a las compras y un artículo que desee es un clic. Mediante una tarjeta bancaria y disposición de un ordenador con internet o un teléfono móvil es factible comprar prácticamente cualquier artículo que se desee. El único límite es el dinero de la persona (Díez, Valdeperez, Aragay, & Soms, 2016). Por tanto, podría decirse que en la actualidad la adicción a las compras deriva de la adicción a internet.

Profundizando en el ámbito de la adicción a las compras, se atisba un término que es la compra compulsiva. Es en este punto donde se genera la adicción a las compras. Cuando la persona no tiene autocontrol alguno y compra sin medida. Algunos de los desencadenantes de adicciones de este tipo pueden ser la insatisfacción personal o la preocupación.

La media de personas que padecen este trastorno, según Díez et al (2016), se ubica entre los 18 y los 30 años, es decir, desde que se cumple la mayoría de edad y durante toda la juventud. Es lógico pensar que ocurra en esta franja de edad dado que es cuando

se obtienen réditos por trabajar y se tiene total independencia de decisiones por norma general.

Con respecto al nivel de epidemiología que alcanza la adicción a las compras, se puede observar que afecta a un espectro de población de entre el 1% y el 11,3% de la población mundial. Los países que se encuentran a la cabeza son España, Alemania y EE. UU. respectivamente, destacando la mayor frecuencia de adicción en las mujeres que en los hombres en este ámbito. En cuanto a las causas que generan el trastorno de compra compulsiva o la adicción a las compras destacan, según Díez et al. (2016):

- Factores psicológicos: como se citaba anteriormente suele aflorar este tipo de trastorno ante preocupaciones o insatisfacciones de las personas adictas. Se busca una clara mejoría de estado de ánimo mediante la compra compulsiva, aunque lo único que se consigue es un efecto rebote.
- Factores biológicos: a nivel biológico destaca un marcado déficit de sistemas neurotransmisores. Es decir, personas que tienen algún tipo de déficit dentro de su sistema cognitivo el cual no les genera sensación de placer o satisfacción en situaciones comunes y buscan dicha satisfacción en las compras.
- Factores sociales: dentro de los factores sociales cabe destacar el entorno en el que se desarrolla y convive el individuo. Si en su entorno existen casos previos de adicción a las compras, las posibilidades de desarrollar dicha adicción crecen. También se puede dar ante una educación poco eficaz o disfuncional, cuando la autoridad de los tutores es demasiado estricta o invasiva, puede aparecer este tipo de adicción.

Asimismo, como se citaba previamente, es interesante destacar como la adicción a las compras se da en países desarrollados y altamente consumistas, por lo que la sociedad en la que se desarrolla y crecen los individuos de países similares influye en gran medida en el desarrollo del trastorno de la compra compulsiva (Díez, Valdeperez, Aragay, & Soms, 2016).

7. Magnitud Epidemiológica De Las Adicciones Sin Sustancia O Comportamentales

Las adicciones comportamentales, como se ha venido comentando a lo largo del presente estudio, están ganando un protagonismo cada vez mayor en nuestras sociedades, de forma que puede considerarse que su magnitud epidemiológica avanza a pasos vertiginosos.

En el caso de la adicción al juego y el abuso de las nuevas tecnología e internet, se estima una representación de entre dos y cuatro veces más frecuente en jóvenes que en adultos, concretamente sujetos de entre 12 y 17 años que tienen aproximadamente un 14% de probabilidades de desarrollar adicción al juego durante su vida adulta (Ferre, Sevilla, & Basurte, 2016). El porcentaje de población de entre 15 y 64 años que afirma haber jugado dinero online a lo largo del año 2017 es del 3'5%, con una mayor representación del género masculino (5'8%) que del femenino (1'2%). Las cifras de dinero que se suelen jugar en un solo día entre la mayoría de la población se encuentran entre los seis y los treinta euros diarios, siendo este dinero gastado generalmente en apuestas deportivas entre los hombres (75'1%) y apuestas de loterías como la bonoloto, la quiniela o la primitiva en mujeres (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, SF).

Por su parte, la prevalencia del abuso o uso problemático de internet en adolescentes presenta una mayor dificultad de determinación debido a la falta de existencia de criterios formales y a la ausencia de instrumentos de evaluación eficaces y con una alta fiabilidad. En un estudio realizado por Durkee, Kaess, Carli et. al (2012), se investigó el uso patológico de internet en una muestra de 11.356 adolescentes de diferentes países europeos. Los resultados evidenciaron una incidencia del 4'4% que fue mayor entre los sujetos varones. En dicho estudio, el uso patológico de internet se asoció a sujetos procedentes de familias disfuncionales, poco acogedoras y en las que al menos un progenitor se encontraba en situación de desempleo. Según Ferre, Sevilla y Basurte (2016) “mientras que muchos estudios hablan de una media de uso patológico de internet en torno al 3'5%, el uso mal adaptativo que se asocia a consecuencias menos lesivas alcanza tasas del 13'5%”. En el año 2017 en España el 84'6% de la población de entre 16 y 74 años utilizó internet en un periodo recogido de tres meses, una puntuación significativamente mayor a la del año anterior (Molina, 2018), esta tendencia tal y como puede observarse en los informes anuales publicados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, aumenta a medida que los años van pasando, constituyéndose por tanto como un problema de gravedad cada vez mayor.

En relación con la adicción al sexo y a la pornografía, se calcula que en la población general existe entre un 4 y un 6% de sujetos con adicción al sexo (Farré & Mallorqui, 2016). Otros autores apuntan hacia una prevalencia de entre un 9-12% de afectación en los hombres y un 1-6% en las mujeres (Oliveros, 2020). Por lo general, la vida de un adicto al sexo cambia por completo debido a este problema: el 17% de los sujetos con

adicción al sexo pierde su trabajo, el 28% contrae enfermedades sexuales, el 39% termina su relación sentimental con su pareja (Blanco, 2016).

La adicción al trabajo sitúa, según la Organización Internacional del Trabajo a un 8% de la población activa española en jornadas laborales que superan las 12 horas diarias a fin de escapar de sus problemas personales, lo cual conlleva que muchos de estos sujetos sufran enfermedades cardiovasculares (Carbonell, 2011).

Por último, en relación con la adicción a las compras, se estima que entre un 1 y un 6% de la población española sufre este problema, observándose una mayor prevalencia en mujeres de entre treinta y cincuenta años y situándose la edad media de inicio del trastorno entre los 18 y los 30 años. Al hablar de compras online, la incidencia aumenta hasta un 16% (Fenoy, 2021) pues como ya se ha comentado anteriormente el acceso a internet y las nuevas tecnologías suponen otra adicción que, en conjunto con otras como la adicción a las compras, puede suponer un peligro mayor.

7.1 Secuelas Psicológicas

Al sufrir una adicción se producen cambios neurológicos en los sujetos que modifican su estado, tanto físico como mental, llegando a producir en ellos graves secuelas de índole sanitario, psicológico e incluso psiquiátrico.

Las características a nivel psicológico que caracterizan la aparición de una adicción comportamental se centran en el desarrollo de patrones desadaptativos, conductas compulsivas, pérdida de control sobre sí mismo y sobre la actividad, falta de autocontrol, pensamientos irracionales o generación de síndrome de abstinencia, entre otros. (Gabinet Psicològic Mataró, 2021). Otros autores destacan secuelas distintas como pueden ser la falta de habilidades de afrontamiento, confusión entre el mundo real y el imaginario, infantilismo social, inestabilidad emocional, fantasía extrema, inmadurez o empobrecimiento afectivo (González, 2018).

Los trastornos mentales que más se asocian en casos de adicciones, ya sean duales o singulares, son el trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, trastorno paranoide, trastorno esquizoide, conducta antisocial, agorafobia, fobia social, psicosis, bulimia y trastorno de personalidad límite. Asimismo, existe en los pacientes tratados por adicciones una importancia probabilidad de tendencias y comportamientos suicidas (Arias, y otros, 2013).

Las adicciones también afectan a la psicología de los sujetos en referencia a su autoestima y sentimiento de autoeficacia. Las personas adictas generalmente suelen

percibirse a sí mismos como no merecedoras de cosas buenas, se ven como perdedores y sienten que ya no tienen dignidad, que no son nadie (Gancedo, SF).

A nivel emocional, se han podido observar en sujetos con adicción al trabajo las siguientes consecuencias: hostilidad, agotamiento emocional, dificultad para expresar y controlar emociones, impaciencia, ansiedad y depresión (González, 2018).

Por su parte, Edwin (2014) resalta alteraciones de tipo personal entre las que se encuentran alteraciones cognitivas relacionadas principalmente con pensamientos distorsionados, obsesivos y mágicos que nublan la correcta percepción del problema por parte del sujeto, afectando esto a sus creencias de auto capacidad de solución, así como a la necesidad de ayuda externa.

La variedad de investigaciones es muy amplia por lo que permite conocer un muy diverso catálogo de afectaciones psicológicas que traen consigo las adicciones. A nivel general, es posible concluir que los problemas adictivos traen consigo efectos y secuelas que influyen de manera negativa sobre la persona.

7.2 Secuelas Sociales, Laborales y Familiares

En relación con la afectación del entorno social y familiar de los sujetos con adicciones comportamentales, se ha constatado en numerosos estudios que el hecho de sufrir una adicción determina y cambia por completo las vidas de los individuos.

En casos de adicción al juego se ha observado la consecuencia de la perturbación de relaciones sociales y familiares. Generalmente, se ha observado que las personas adictas tienden a involucrar a su familia y entorno en su problema, produciéndose, por tanto, alteraciones en el seno familiar, conflictos, falta de comunicación en la familia, problemas conyugales o de pareja, alteraciones de la sexualidad, etc. (Salas, 2014). En este sentido, se observa que el mayor impacto recae sobre la familia más directa al sujeto adicto: pareja e hijos, pudiendo llegar a darse el caso de que la familia tenga un mayor daño psicológico que el propio adicto (Fernández-Montalvo & Castillo, 2004). En algunos casos, las parejas de los sujetos adictos han aumentado su consumo de alcohol y tabaco, así como también se han incrementado los trastornos de conducta alimentaria durante los periodos de adicción de sus parejas. También se ha detectado un importante número de divorcios y separaciones entre parejas en las que uno de los miembros sufría algún tipo de adicción (Rastrollo, 2019).

Por otro lado, se identifican otras secuelas que afectan a la vida de los sujetos adictos, como lo son: el descenso del capital económico del sujeto, sumado a las numerosas deudas a las que tiene que hacer frente; la exclusión social derivada de su adicción y los

problemas legales que pueden llegar a ascender hasta encarcelamientos debidos a los desfalcos o robos que se hayan producido como consecuencia de la adicción (Gaudia, 1987).

En casos de adicciones a las nuevas tecnologías, algunos autores refieren una completa despersonalización de los sujetos que les lleva a alejarse de su entorno, incurriendo ellos mismos en situaciones de exclusión social. Por ejemplo, Echeburúa y Corral (2010) se refieren a las redes sociales diciendo que “pueden atrapar en algunos casos a un adolescente porque el mundo virtual contribuye a crear en él una falsa identidad [...] o a distorsionar el mundo real” (Salas, 2014).

En el ámbito laboral también se reportan secuelas derivadas de procesos de adicción. Concretamente, los trabajadores que tienen problemas de adicción presentan un absentismo laboral de entre 2 y 3 veces mayor que el resto de los trabajadores de una misma empresa. Asimismo, las bajas por enfermedad de estos trabajadores suponen un coste tres veces mayor a las del resto de los empleados. Entre un 20 y un 25% de los accidentes producidos en el ámbito laboral involucran a trabajadores que se encuentran en situaciones de adicción, causando lesiones no solo a sí mismos sino a otros compañeros. El estado cognitivo en el que entra un sujeto cuando se encuentra sumergido en un problema de adicción, supone que baje su productividad, afectando así a la empresa en su conjunto: absentismo, incapacidades laborales, rotación del personal o mala calidad del trabajo entre otros (Ochoa & Madoz, A, 2008).

Con todo lo anterior, se evidencia que las adicciones conllevan una gran cantidad de consecuencias negativas, no solo para el sujeto, sino para su entorno familiar, social y laboral, por ello, es necesario que los tratamientos se adecúen a todas las necesidades del entorno, tratando todas las dimensiones que se vean afectadas para garantizar una adecuada reinserción social.

8. Adaptación de Tratamiento de las Adicciones Comportamentales desde el Trabajo Social

Las investigaciones y propuestas realizadas acerca de las adicciones se centran, principalmente, en el modelo biopsicosocial. Para entender las transformaciones que sufre este modelo es necesario conocer el concepto de salud que definió la Organización Mundial de la Salud en el año 1946, según el cual la salud es “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo de la ausencia de enfermedad o dolencia”, pero, con anterioridad, se había definido la salud había definido como “la ausencia de enfermedad”, aunque esta definición un fue formalizada por la OMS. La transformación

del concepto de salud obligó a establecer un modelo de análisis, actuación e investigación que fuese acorde con la nueva definición. Asimismo, también se desarrolló en concepto de salud social, que, según la Organización Mundial de la Salud es: “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinante por la interacción entre las características personales- individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales” (Bañón, y otros, 2018, pág. 146).

Este concepto de salud social supone un mayor reconocimiento de la labor del Trabajo Social en el ámbito de la salud, y más concretamente, en el área de las adicciones.

Según Kumpfer, Trunell y Whiteside (1990), los principios del enfoque biopsicosocial aplicados a las adicciones son: 1) la causación multidireccional, multicausal, probabilística y sensible a la dependencia inicial; 2) los cambios en un aspecto del sistema pueden repercutir en la persona y su entorno; 3) la persona se ve influenciada por eventos futuros y puede ser autodestructiva; 4) la persona ha de ser estudiada pragmáticamente en la relación con su entorno para ser entendida; 5) se deberían entender los significados de cada evento para la persona; 6) los intentos de estudiar el sistema formado por la persona y su entorno cambian el propio sistema, por lo que no existe observación independiente; 7) los métodos de investigación longitudinales, etnometodológicos y antropológicos son necesarios para estudiar sistemas tan orgánicos y transaccionales; y 8) incluso cuando se pueda generar una síntesis de teorías generales, es probable que existan muchas excepciones derivadas de la complejidad del sistema (Bañón, y otros, 2018). Pero, si actualmente se realiza un análisis literario de las investigaciones de adicciones realizadas en España, se evidencia que la mayoría de los estudios no cumplen con los anteriores principios e ignoran la redefinición del concepto de salud planteado por la OMS, refiriéndose constantemente al término de enfermedad.

El Trabajo Social cuenta con una experiencia de más de medio siglo dentro del ámbito de las adicciones a nivel internacional. En el nivel nacional, el Trabajo Social con adicciones se presenta desde los inicios de la profesión en España. Gutiérrez (2017) define el Trabajo Social con Adicciones como:

Forma especializada de Trabajo Social que, mediante un proceso de acompañamiento social tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores sociales que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono; reduciendo los factores de riesgo del contexto social e

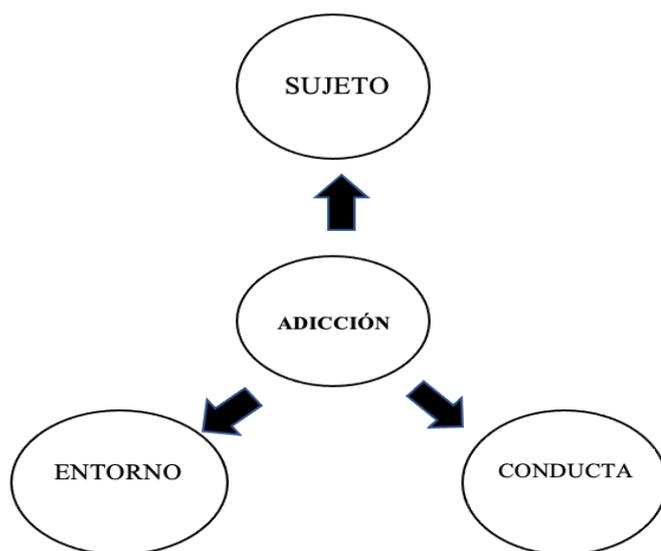
incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial (Gutiérrez, 2007, pág. 184).

La intervención en adicciones desde el Trabajo Social suele abordarse desde los Servicios Sociales especializados, los cuales son, en su mayoría, los siguientes: centros ambulatorios, centros de día, pisos tutelados, unidades de desintoxicación hospitalaria, centros de dispensación de agonistas, unidades móviles, comunidades terapéuticas y talleres ocupacionales. A pesar de esto, la actuación más directa se da desde los Servicios Sociales Generales, los cuales son la puerta de entrada y el primer contacto del usuario con el Trabajo Social, además de ser el enlace entre el sujeto y los servicios especializados (Bañón, y otros, 2018).

La actuación del Trabajo Social ha de ir enfocada hacia la intervención coordinada entre la persona, el ambiente y la sustancia o comportamiento que genera la adicción.

Imagen 3:

Ámbitos de actuación del Trabajo Social con Adicciones



Nota: Elaboración propia a partir de Bañón et. al (2018).

El entorno es un factor determinante en toda intervención social con adicciones, pues es uno de los factores que influyen en el fenómeno, junto al sujeto adicto y al comportamiento o conducta que determina la adicción. Siguiendo a Gutiérrez (2007), el Trabajo Social en casos de adicciones pone su énfasis en tres diferentes dimensiones: el microsistema, haciendo referencia a la familia, la escuela y el grupo de pares, el macrosistema, refiriéndose a los valores, el sistema social, las políticas educativas,

dimensión transcultural y medios de comunicación, y el mesosistema, que hace referencia a los roles, el trabajo, el ocio o el estatus.

Por tanto, las funciones que ha de desempeñar el trabajador social se dan dentro de las complejas relaciones existentes entre las personas y sus ambientes. En este sentido, pueden distinguirse tres funciones del Trabajo Social en su intervención con adicciones (Barreto-Pico, 2017) :

- Función preventiva: desde esta función se actúa sobre las causas inmediatas de la adicción, evitando la aparición de esos factores desencadenantes del trastorno adictivo.
- Función asistencial: centrada en la satisfacción de las necesidades detectadas y la resolución de problemas de personas en situación de dificultad y/o exclusión social.
- Función rehabilitadora: pone su énfasis en la reinserción social de las personas afectadas por una adicción una vez que el problema se encuentre resuelto, siempre trabajando desde la importancia de la no reincidencia.

En el año 2012, el Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid elabora un protocolo de intervención en los centros de atención a las drogodependencias. A pesar de que este protocolo se enfoca hacia los casos de adicciones a drogas, la ausencia de guías de actuación ante situaciones comportamentales exige la adaptación del mismo. De este modo, el trabajador social ha de atender la demanda inicial mediante la recepción y la acogida. La recepción es el primer contacto que se tiene con el sujeto adicto, en la cual se han de tomar los datos del paciente y se le ha de asignar una cita con un técnico. Esa primera cita es la que se conoce como acogida, mediante la cual pretenden cumplirse los siguientes objetivos: escucha de la demanda, recogida de información, comprobación de motivos prioritarios de atención, información y orientación sobre las distintas posibilidades de tratamiento, establecimiento de un vínculo terapéutico que favorezca la continuación del sujeto en el proceso y asignación de citas con los profesionales asignados.

Una vez cumplimentada esta primera etapa, comienza la valoración interdisciplinar. Todo paciente ha de ser valorado por el departamento sanitario, psicológico social y ocupacional de manera que exista una coordinación multidisciplinar que atienda a las siete dimensiones que se detallan en el modelo de atención integral: salud y autocuidados, psicopatología, consumo, familiar, socio-relacional, formativo-laboral y ocio. Dentro de esta etapa se incluyen el estudio y el diagnóstico social, los cuales han de incluir

información referente al comportamiento/s que genera adicción en el sujeto, la frecuencia con la que el paciente desarrolla esa acción (juego, sexo/masturbación, compras, trabajo), la forma en la que el paciente y su familia perciben la situación y cómo la afrontan, la forma en la que la demanda del usuario es planteada, conocimiento de previos intentos de solución de la adicción, motivación del sujeto y la forma de acceso al recurso asistencial. Todos estos datos deberán recogerse en la Historia Social del paciente que permita mantener actualizada la información del sujeto a lo largo de su proceso de tratamiento.

Seguidamente se encuentra la fase de evaluación multidimensional y diseño del Programa Personalizado de Intervención (PPI). La evaluación multidimensional estará configurada por las diferentes perspectivas profesionales que se obtengan previamente sobre el paciente. La evaluación se desarrollará en función a las siete dimensiones comentadas en líneas anteriores y, a partir de los resultados de esta, se elaborará un PPI adecuando a la situación particular del paciente. En este sentido, será el trabajador social el profesional encargado del asesoramiento al equipo acerca de la situación del paciente, las necesidades detectadas y los recursos de apoyo adecuados a su casuística. El PPI deberá ser siempre consensuado con el sujeto y será fundamental realizar una devolución de los resultados de la valoración multidimensional al paciente y su familia.

Una vez diseñado el PPI, se desarrollará el mismo y se iniciará la puesta en práctica de la metodología, las estrategias y las actuaciones específicas determinadas para el caso. El trabajador social ha de intervenir en la consecución de todos los objetivos fijados con el paciente, así como también se orientará en intervenciones individuales, grupales y familiares. Todo ello enriquecerá y complementará la intervención.

Por último, se considera fundamental la coordinación, de los diferentes profesionales y recursos involucrados en cada caso particular. Las coordinaciones serán internas cuando se establezcan reuniones con el equipo interdisciplinar de valoración y seguimiento de los pacientes. Por su parte, serán coordinaciones externas aquellas que se mantengan con técnicos de otros recursos que resulten necesarios en el proceso de atención de los sujetos. Asimismo, el trabajador social deberá coordinarse con aquellos servicios no pertenecientes a la red específica de adicciones a los que son derivados los pacientes adictos, como son: los Servicios Sociales, recursos específicos de la red de personas sin hogar, mujer, menores, jóvenes, etc., centros de Atención Primaria de Salud, Centros de Inserción Social, Centros Penitenciarios, Hospitales y Organizaciones sociales (Instituto de Adicciones, 2012).

9. Estrategias Gubernamentales Vigentes

En vista de la proliferación que existe de las adicciones en el ámbito social, los entes que conforman el gobierno han de promover una serie de líneas estratégicas para tratar de, en primer lugar, reducir el número de adicciones que puedan sufrir los individuos que componen la sociedad y, en segundo lugar, reconducir a las personas que ya presentan algún tipo de adicción mediante un proceso de rehabilitación y reinserción gradual social.

Entre las principales estrategias destacan:

- Estrategia Nacional sobre Adicciones.

La Estrategia Nacional sobre Adicciones está prevista para el lapso temporal entre 2017 y 2024. Esta estrategia está impulsada por entes como Administraciones Públicas, organizaciones no gubernamentales, sociedades científicas, centros de investigación e instancias públicas y privadas las cuales son un activo esencial del Plan Nacional sobre Drogas. Estas estrategias son el elemento conductor de todos los planes de acción, estrategias y acciones que se desean implantar a nivel local, regional y/o nacional. Se puede considerar por tanto que la Estrategia Nacional sobre Adicciones es el medio que concatena todas las acciones que se toman en el país, a cualquier nivel que estas decidan implantarse.

Es una tendencia en Europa el incluir las consideradas drogas legales como el tabaco y el alcohol o el consumo de fármacos dentro de las Estrategias sobre Adicciones.

Los objetivos de la Estrategia Nacional sobre Adicciones son claros y concisos. Pueden dividirse en tres puntos:

- Minimizar al máximo posible los daños causados por el consumo de sustancias y también los causados por adicciones que afectan a la conducta.
- Tratar de reducir el espectro de personas que sufren adicciones, ya impliquen o no el uso de sustancias.
- En caso de no ser posible la disipación de las adicciones, tratar de dilatar al máximo la edad en la que la media de la sociedad las contrae.

Estos objetivos se formulan en vista al año 2024. Mediante los mismos se espera cumplir los objetivos previamente citados a través de la aplicación de políticas sobre drogas y adicciones sin sustancias.

- Estrategia de la unión europea en materia de lucha contra la droga (2021-2025).

Su principal cometido es el establecimiento de las líneas principales de actuación a nivel europeo de la lucha contra la droga.

El objetivo principal no es otro que la protección de la sociedad. Se trabaja para lograr un nivel de bienestar óptimo protegiendo la salud del colectivo social. Mediante la concienciación de los efectos de las drogas, se persiguen líneas secundarias de desarrollo como son la educación igualitaria en lo que al sexo respecta y una correcta higiene sanitaria de los países acogidos a esta estrategia, entre otros.

Esta estrategia o plan de actuación se rige por los principios fundamentales del Derecho de la Unión Europea, respetando con máxima prioridad la dignidad humana, los derechos humanos, democracia, solidaridad e igualdad entre muchos otros valores englobados bajo la bandera de la Unión Europea.

Finalmente, cabe destacar que el objetivo de este plan espera alcanzarse en el año 2025, es la visión del proyecto. Se espera que mediante la aplicación correcta de la estrategia se consiga llevar la seguridad de la salud humana a un nivel nunca antes alcanzado. Este hecho se prevé que generará, como parece trivial, un gran aumento del bienestar social, un alto nivel de estabilidad en sociedad y sobre todo seguridad ciudadana.

10. Recursos De Adicciones Sin Sustancias En La Comunidad De Madrid

A continuación, pretende elaborarse un catálogo de recursos a los que pueden recurrir los sujetos con problemas de adicciones comportamentales dentro de la Comunidad de Madrid. Con esto, se pretende recoger todos los recursos disponibles en cuanto a las distintas opciones a las que se puede tener acceso de cara a la proporción de un mayor grado de comprensibilidad por parte de los sujetos, sus familias y entornos más cercanos.

10.1 Públicos.

En relación con los recursos públicos existentes para casos de adicciones comportamentales dentro de la Comunidad de Madrid, se encuentran:

- Programa de Intervención en Drogodependencias con Población Inmigrante ISTMO:

Este programa pretende facilitar a la población migrante con problemas adictivos, el acceso a los programas y servicios ofertados desde la Red Municipal de Atención a las Adicciones. Entre los servicios ofrecidos en ISTMO se encuentran: información y orientación sobre recursos existentes, asesoramiento y motivación para iniciar tratamientos o contactar con los servicios sociosanitarios de reducción del daño, acompañamiento social de apoyo en los procesos asociados y mediación sociolingüística en todas las fases del tratamiento.

- Centros de Atención a las adicciones (CAD, CCAD y CAID).

Con las siglas CAD se hace referencia a los Centros de Atención a las Adicciones y con CCAD se refieren los Centros Concertados de Atención a las Adicciones. Todos ellos forman parte del Instituto de Adicciones de Madrid Salud. En ellos, se presta una atención individualizada, en régimen ambulatorio, dirigido a aquellas personas que presentan problemas de adicción. Los CCAD disponibles en la Comunidad de Madrid son: Casa de Campo, Centro y Santa Hortensa.

Por su parte los CAD existentes son: Latina, Villaverde, Vallecas, San Blas, Tetuán, Arganzuela y Hortaleza.

Por otro lado, en la Comunidad de Madrid se cuenta con los conocidos Centros de Atención Integral a Drogodependientes (CAID), que, aunque se centran en adicciones con sustancias, se considera de especial interés nombrarlos en el presente estudio. Los CAID disponibles son: CAID Este, CAID Móstoles, CAID Alcalá de Henares, CAID Alcobendas, CAID Alcorcón, CAID Aranjuez, CAID Arganda del Rey, CAID Collado Villalba, CAID Colmenar Viejo, CAID Coslada, CAID Fuenlabrada, CAID Getafe, CAID Leganés, CAID Majadahonda, CASI Mancomunidad de los Pinares, CAID Mejorada del Campo – Velilla de San Antonio, CAID Parla, CAID San Fernando de Henares, CAID San Sebastián de los Reyes, CAID Torrejón de Ardoz, CAID Vallecas, CAID Sur-Usera.

- Pisos de Apoyo al Tratamiento.

Los PAT son recursos convivenciales de carácter temporal que se encuentran a disposición de las personas que estén en tratamiento en los CAD o CCAD. Su finalidad principal es brindar una adecuada intervención a aquellos pacientes que requieren una separación temporal de su entorno familiar y/o social. El Instituto de Adicciones cuenta con varias plazas distribuidas en cuatro pisos diferentes y específicos que se ajustan al perfil concreto de cada paciente: personas sin hogar, adolescentes y jóvenes menores de 25 años, sujetos con deterioro psicosocial y/o patología dual y personas en tratamiento cuyos perfiles no se ajusten a las poblaciones anteriores. El acceso a este servicio depende de la derivación desde los CAD, CCAD y CAID.

- Pisos de Apoyo a la reinserción:

Los pisos de apoyo a la reinserción proporcionan un espacio convivencial y socioeducativo que favorece el logro de una vida independiente, autónoma y socialmente normalizada. Dentro de este recurso, existen tres tipos de pisos de reinserción:

- Nivel básico para sujetos que se encuentran en etapas avanzadas de tratamiento y cuyo entorno social/familiar no es adecuado.
- De patología dual: para sujetos que presenten una patología mental asociada que se encuentren en etapas avanzadas de tratamiento y cuyo entorno social/familiar no es adecuado.
- De autogestión: para sujetos que han superado los nueve meses de estancia en los pisos anteriormente comentados y que cuenten con recursos económicos propios.

El acceso a este servicio depende de la derivación desde los CAD y CCAD.

- Comunidades Terapéuticas:

Las CT son recursos asistenciales residenciales y especializados en el que las personas adictas son atendidas durante las 24 horas del día, durante un tiempo máximo de seis meses. Existen, dentro de la Red de Recursos de la Comunidad de Madrid, dos tipologías de CT:

- Comunidad terapéutica para pacientes crónicos o con deterioro cognitivo: generalmente se indican en casos de drogadicciones, si bien es cierto que desde ellas se atienden a sujetos que carecen de un soporte familiar y/o social adecuado a las necesidades de su tratamiento. Estos sujetos a menudo presentan largas y continuadas historias de adicciones que terminan generándoles graves problemas de deterioro cognitivo.
- Comunidad terapéutica para pacientes con Patología Dual: en estas CT se atiende a personas que, a raíz de su adicción, han desarrollado un trastorno mental concomitante.

El acceso a este servicio depende de la derivación desde los CAD y CCAD.

- Unidad de Patología Dual.

La Unidad de Patología Dual es una Unidad Hospitalaria de apoyo a la evaluación diagnóstica y al tratamiento de pacientes que sufren cualquier adicción asociada a algún trastorno mental. Desde esta, se ofrece un tratamiento integral, con atención psicológica y psiquiátrica individual, psicoterapia grupal, psicoeducación en adicciones y trastornos mentales, habilidades sociales, afrontamiento y gestión y resolución de problemas. El acceso a este servicio depende de la derivación desde los CAD y CCAD.

- Centros de Día.

Este recurso, a su vez, se desglosa en dos CD que ofrecen servicios a personas con trastornos adictivos:

- Centro de día Casa de Campo: este recurso ofrece asistencia a personas con adicciones que se encuentran en situación de calle, centros de acogida u otras situaciones de carácter inestable que precisan de un espacio alternativo a la calle. Desde este servicio, se ofrece la cobertura de las necesidades básicas y ocupacionales de los individuos.
- Centro de Día Cáritas: este servicio se orienta hacia la estabilización en el tratamiento para personas adictas que, debido a sus carencias, precisan un mayor apoyo en su proceso de tratamiento. Al igual que en el recurso anterior, el CD Cáritas ofrece la cobertura de las necesidades básicas y ocupacionales de los sujetos.

El acceso a este servicio depende de la derivación desde los CAD y CCAD.

- Servicio de Orientación Laboral.

El Servicio Integral de Orientación Formativo-Laboral (SOL) se destina a aquellos sujetos adictos que tienen una adherencia al tratamiento y una evolución que permiten abordar objetivos relacionados con su formación y empleo. A este servicio se accede a través de los CAD y CCAD. Los servicios que presta son: información, orientación, derivación a recursos formativos, de capacitación profesional y empleo, intermediación y asesoramiento, apoyo, promoción de iniciativas dirigidas a población joven y mujeres, seguimiento individualizado de cada caso, promoción del autoempleo, colaboración y sensibilización del mundo empresarial.

- Talleres de Capacitación Laboral.

Estos talleres pretenden facilitar e incrementar la integración social y la empleabilidad de sujetos con algún tipo de trastorno adictivo. Los programas pertenecen al Instituto de Adicciones, el cual cuenta con los siguientes talleres: arteterapia, carpintería y restauración. Arreglos, adaptaciones y confección de artículos textiles, electricidad, mecánica de motos y peluquería.

Dichos talleres se destinan a pacientes que se encuentren en fase de reinserción, así como a jóvenes y adolescentes con conductas adictivas. A estos talleres se accede a través de la derivación de los CAD y CCAD al Servicio de Orientación Laboral (SOL).

- Servicio de atención en adicciones tecnológicas

Este es un servicio pionero de la Comunidad de Madrid que trata de dar respuesta a las necesidades de asesoramiento, prevención e intervención frente al uso inadecuado de las nuevas tecnologías por los adolescentes. Este servicio se dirige a adolescentes con conductas de uso inadecuado, abuso o dependencia de las nuevas tecnologías, así como a

sus familias y a profesionales que trabajan con niños, niñas y adolescentes en toda la extensión de la Comunidad de Madrid.

- Los Mesejo: Prevención y atención de las adicciones en adolescentes y jóvenes:

Desde este servicio se ofrece información, orientación, valoración, diagnóstico, plan de actuación, seguimiento, control terapéutico y servicio de atención familiar. Este programa interviene sobre adolescentes y jóvenes, familiares, profesores, profesionales, organizaciones, asociaciones y ciudadanos en general, configurándose como un servicio de prevención que interviene antes de que se produzca el daño que pretende ser evitado.

10.2 Privados

En relación con los recursos privados a los que pueden tener acceso los sujetos con algún tipo de adicción de carácter comportamental dentro de la Comunidad de Madrid, se encuentran, entre otros, los siguientes:

- Proyecto Hombre:

El Proyecto Hombre es un recurso público que ofrece sus servicios a nivel nacional, ubicando diferentes centros en todas las ubicaciones del territorio nacional. Cuenta con diversos centros en la Comunidad de Madrid desde el año 1982. Se trata de un centro el cual aúna sus esfuerzos en la rehabilitación de personas drogodependientes principalmente. También abarcan en gran medida problemas relacionados con el juego patológico y la ludopatía.

Este recurso es una sociedad no gubernamental. Entre sus múltiples acciones se encuentra también medidas terapéuticas y educativas para personas en situaciones de desventaja social.

El proyecto cuenta con una visión ambiciosa de búsqueda de soluciones eficaces a colectivos que se encuentren en situaciones difíciles o que presenten desventajas e incluso necesidad. Centran el foco en personas con problemas de adicciones con y sin sustancias, en menores que presenten dificultades de cualquier índole o conflictos sociales y otros sectores de la población con necesidad como inmigrantes o reclusos entre otros.

Esta visión y estos objetivos son posibles gracias a un equipo concienciado y comprometido con valores como la solidaridad, el servicio personal, una gran vocación de servicio, honradez, justicia y cantidades ingentes de compromiso social.

- Clínica de tratamiento de adicciones Fundación Recal

La clínica Fundación Recal es un recurso de rehabilitación para personas que padecen adicciones. Se encuadra en el ámbito privado de la salud y es una sociedad sin ánimo de lucro. Su creación data de 2001 y su razón social no es otra que ayudar a personas que

sufren de trastornos de conducta en forma de diferentes adicciones. La forma de ayudar se basa en un método progresivo de reinserción para adictos y tratamiento para las familias afectadas.

- Fundación FAER.

La Fundación FAER es un centro de desintoxicación. Enfocado en su totalidad en el tratamiento de todo tipo de adicciones. Su principal cometido es ayudar a personas que sufran cualquier tipo de adicción ya incumba el uso de sustancias o no, a retomar el control de sus impulsos. El tratamiento se enfoca desde el plano psico-social principalmente tratando de incidir en la vertiente cognitiva del individuo. Se presta un tipo de atención individualizada, tratando de brindar el servicio de forma totalmente personalizada, otorgando al individuo las mejores herramientas y técnicas que mejor se adapten al tipo de adicción que padece.

- Uniadic.

Uniadic es el acrónimo que recibe la Unidad de Intervención en Adicciones. Es un recurso ubicado en el ámbito privado de la Comunidad de Madrid. Entre sus funciones principales se encuentran el tratamiento de la adicción para su posterior rehabilitación y proceso efectivo de reinserción. El centro abarca todo tipo de adicciones ya sean con o sin sustancias. Para ello, cuentan con un equipo de sanitarios profesionales y cualificados, los cuales se disgregan entre los distintos tipos de adicciones. Gracias a esta división que realizan, se aseguran de aportar todo su conocimiento en casos concretos, asegurando un alto porcentaje de satisfacción en el paciente.

- Neurosalus.

Neurosalus es un centro que cuenta a efectos de recurso privado de la Comunidad de Madrid. Su praxis es multidisciplinar, tratando todo tipo de adicciones. Se trata de un centro de desintoxicación que cuenta con un prestigioso historial. No en vano, recibió el reconocimiento como uno de los mejores centros de rehabilitación de España de manos de Carmen Montón, ministra de sanidad, consumo y bienestar social del Gobierno de España. Cabe destacar que la fundación del centro fue llevada a cabo por doctores psiquiatras, por lo que el tratamiento se enfoca de una manera psico-emocional y cognitiva prácticamente en su totalidad. El centro cuenta con alojamiento 24h y tiene comodidades para los residentes como menús especiales o gimnasio. Asimismo, existen centros de día, terapia a domicilio, unidades de seguimiento y unidades de I+D entre otros recursos adicionales.

- Centro Árbor.

Centro Árbor se trata de un nuevo recurso privado perteneciente a la Comunidad de Madrid. En este caso, es un centro que ofrece el servicio de ingreso residencial. Mediante este ingreso, el adicto recibe un tratamiento adaptado a su situación impartido por un equipo multidisciplinar que satisface todas sus necesidades. Su implicación como centro se basa en todo tipo de adicciones, incluyendo adicciones altamente novedosas, como las relativas a las redes sociales o móviles.

Este centro se erige como uno de los principales en cuanto a desintoxicación en la Comunidad de Madrid, dada su alta tasa de éxito en lo que a la rehabilitación de pacientes respecta. Su tratamiento gira en torno a la comprensión de la situación del paciente, respeto máximo hacia el mismo y un trato especialmente afectivo mediante el cual se ganan la confianza del paciente haciendo de la terapia un proceso más acogedor para el adicto.

- CTRVT.

Por último, el CTRVT conocido como Centro de Tratamiento Valle del Tiétar, es un centro de desintoxicación situado en la sierra oeste de la Comunidad de Madrid. La rehabilitación en este centro se hace mediante ingreso del paciente. Cuenta con profesionales en el cargo de psiquiatras, educadores e incluso monitores de actividad física y tiempo libre. Su tratamiento es totalmente personalizado, atendiendo a las necesidades más urgentes del paciente. Asimismo, cuenta con diferentes tipos de terapias y ocupaciones. Se trazan rutinas para paliar los efectos de la abstinencia entre otras medidas conductuales. Se trata nuevamente de un centro privado en estrecha colaboración con la Comunidad de Madrid.

11. Conclusiones

Tomando en consideración toda la información obtenida en el desarrollo del presente estudio, proceden a desarrollarse las principales conclusiones que ponen fin a este trabajo.

En primer lugar, haciendo referencia al objetivo general planteado en las primeras páginas del documento, se considera que la síntesis de la información detallada en cada uno de los apartados desarrollados favorece a la comprensión de la problemática de las adicciones, ahondando en todos sus componentes y factores implicados, por lo que se estima que el presente estudio favorece la concienciación social y la prevención de los trastornos adictivos comportamentales.

A lo largo del desarrollo del estudio se han recogido las principales estrategias legislativas existentes y vigentes en la actualidad referentes al fenómeno de las adicciones

conductuales. En relación con la hipótesis planteada acerca de la eficacia de las estrategias y programas aplicables en tratamientos de adicciones cabe decir que las estrategias no han sido evaluadas, además de que, al hablar de estrategias legislativas es complejo hablar de eficacia.

Asimismo, se considera de especial interés destacar que tan solo se encuentran vigentes dos estrategias gubernamentales en materia de adicciones a nivel nacional en España y ninguna de ellas se centra especialmente en las adicciones comportamentales, sino que ambas ponen su énfasis en las drogodependencias. En consecuencia, la gran mayoría de los programas de tratamiento de adicciones tienden a enfocarse hacia las adicciones a sustancias, dejando las adicciones a conductas en un plano secundario del que apenas se encuentra información para desarrollar programas de tratamiento específicos, individualizados y efectivos en materia de trastornos comportamentales. Se conforma por tanto como una prioridad la necesidad de una mayor investigación al respecto de las adicciones comportamentales que mejore las intervenciones sociales, especialmente de cara a la reintegración de los sujetos y a la sensibilización a nivel de la sociedad general.

En relación con los factores de riesgo que causan las adicciones comportamentales, se considera que estos comparten muchos rasgos con los factores desencadenantes de adicciones con sustancias. En general, aquellos factores, ya sean individuales, sociales, familiares o educativos, que sitúan al sujeto en una posición de vulnerabilidad tienden a suponer un alto riesgo para el desarrollo de conductas adictivas. Algunos de estos factores de vulnerabilidad son, tal y como se preveía en las hipótesis de estudio, el desempleo, la depresión o las malas relaciones familiares, entre otros. Es primordial trabajar en el fortalecimiento y el empoderamiento de las personas trabajando en sus propias vulnerabilidades de cara a la prevención de los problemas de adicciones, así como también es de especial relevancia el trabajo constante en aquellos factores familiares y sociales que puedan prever la aparición de algún trastorno adictivo.

Haciendo referencia al objetivo de estudio de conocer los distintos recursos y tratamientos existentes para hacer frente a las adicciones comportamentales dentro del territorio de la Comunidad de Madrid, se pone en cuestión la hipótesis planteada que mantenía la falta de recursos. Tras realizar un exhaustivo estudio de todos los recursos que se encuentran a disposición de los sujetos con problemas de adicciones comportamentales, se evidencia la gran variedad de programas, tratamientos, recursos y servicios a los que estos pueden tener acceso. Si que es cierto que, a nivel público, la gran

mayoría de los recursos se enfocan hacia el tratamiento de las drogodependencias, obviando por tanto las adicciones sin sustancias, pero se considera que estos recursos también pueden adaptarse al tratamiento de estas nuevas adicciones. En cuanto a los recursos existentes de carácter privado, se evidencia una gran variedad de asociaciones y fundaciones que ofrecen diferentes servicios a disposición de los usuarios a fin de paliar los efectos y consecuencias de sus adicciones, así como distintos tratamientos psicosociales enfocados hacia su reinserción social.

Por último, se ha demostrado la labor fundamental que cumple el Trabajo Social como disciplina dentro del ámbito de las adicciones. El fenómeno de las adicciones es un problema que requiere de intervenciones multidisciplinares en las que pueda contarse con psicólogos, médicos, terapeutas y trabajadores sociales, entre otros. Como bien se ha indicado en el apartado de tratamiento del estudio, los/as profesionales del Trabajo Social son la puerta de acceso y el primer contacto que se establece con los pacientes, de ellos/as depende la recogida de datos, la coordinación, el desarrollo del Plan Personalizado de Intervención, la derivación a los distintos recursos y el seguimiento. Si alguna de esas fases no se desarrollase sería muy complejo garantizar una correcta intervención con los usuarios. De esta forma, se confirma la hipótesis propuesta en la que se defiende que los/as trabajadores/as sociales son profesionales que cumplen labores imprescindibles de coordinación, gestión, apoyo y seguimiento en casos de adicciones comportamentales, haciéndose por tanto fundamental su presencia en este tipo de intervenciones.

12. Bibliografía

- Aguilar Bustos, O. E. (2012). Algunos factores relacionados con las adicciones. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas.*, 17(2), 69-70.
- Aguilera-Luque, A. (2017). *Workaholism: La adicción al trabajo*. Obtenido de ResearchGate: https://www.researchgate.net/profile/Ana-Maria-Aguilera-Luque/publication/313193014_workaholism_la_adiccion_al_trabajo/links/58921d6daca272f9a5584b11/workaholism-la-adiccion-al-trabajo.pdf
- Alfonso, J. (2008). *Análisis de los factores psicosociales y familiares relacionados con el consumo de drogas de iniciación en adolescentes* [Tesis Doctoral, Universidad Miguel Hernández] <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/1517/19/TESIS%20Alfonso%20Pérez%20C%20José%20Pedro.pdf>
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Babin, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Revista Adicciones*, 25(2), 118-127.
- Bañón, R., Fernandez, M., Planes, M., Riveiro, S., Sanchez-Valverde, C., & Trujillo, J. (2018). Educación Social y Trabajo Social, un encuentro necesario. *Revista de Educación Social*, 26, 141-159.
- Barreto-Pico, M. (2017). Papel del trabajador social en las adicciones. *Dominio de las Ciencias*, 3(4), 310-326.
- Blanco, C. (10 de Noviembre de 2016). Hipersexuales: cantidad, no calidad. *El País*. https://elpais.com/elpais/2016/11/07/mordiscos_y_tacones/1478534830_470924.html
- Carbonell, S. (04 de Septiembre de 2011). La adicción al trabajo, una forma de huir de los problemas personales y familiares. *Última Hora*. <https://www.ultimahora.es/noticias/local/2011/09/04/49941/la-adiccion-al-trabajo-una-forma-de-huir-de-los-problemas-personales-y-familiares.html>

- Carrasco, A., Barriga, S., & Leon, J. (Julio-Diciembre 2004). Consumo de alcohol y factores relacionados con el contexto escolar en adolescentes. *Enseñanza e investigación en psicología*, 9(2), 205-226.
- Castaño Perez, Guillermo Alonso, Calderon Vallejo, Gustavo Adolfo, Restrepo Escobar, & Sandra Milena. (2016). *Factores de riesgo para ludopatía en un grupo de jugadores de medellin, colombia*. Recuperado el 8 de Junio de 2021, de Salud y drogas: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83946520007.pdf>
- Centro Arbor. (SF). *Bienvenido a Centro Árbor*. Obtenido de Centro Árbor: <https://centroarbor.es>
- Centro de Tratamiento Valle del Tiétar. (2019). *Tratamientos de adicciones y tratamientos psicológicos*. Obtenido de CTRV. Centro de Tratamiento Valle del Tiétar: <https://www.ctvtietar.com>
- Comunidad de Madrid. (SF). *Prevención de Adicciones*. Obtenido de Comunidad de Madrid. Prevención de adicciones. : <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/adicciones>
- De la Peña, E. (2010). Conducta antisocial en adolescentes: factores de riesgo y protección. . [Memoria para optar al grado de Doctor. Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/12024/1/T28264.pdf>
- De Sola, J. (2014). ¿Qué es una adicción? Desde las adicciones con sustancias a las adicciones comportamentales. Evaluación e intervención terapéutica. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4(2), 1-28.
- Díez, D., Valdeperez, A., Aragay, N., & Soms, M. (2016). El trastorno de la Compra Compulsiva. *Revista iberoamericana de psicología*(117), 11-16
- Elsevier, C. (2017). Neurociencia de la adicción: dependencia, procesos y correlaciones neuro-fisiológicas. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/neurociencia-de-la-adiccion-dependencia,-procesos-y-correlaciones-neuro-fisiologicas>
- Farré, J., & Mallorqui, N. (2016). *¿Está aumentando el número de personas adictas al sexo?* <https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/es/unidades.cfm/ID/1065/ESP/-esta-aumentando-numero-personas-adictas-sexo-.htm>
- Fenoy, R. (2021). *Aesthesis Terapia Psicológica*. Obtenido de Adicción a las compras, una problemática real :

<https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/adiccion-compras-problematica-real/>

- Fernández-Montalvo, J., & Castillo, A. (2004). Repercusiones familiares del juego patológico: una revisión crítica. *Salud y drogas*, 4(2).
- Ferre, F., Sevilla, J., & Basurte, I. (2016). *Protocolos de intervención*. Patología Dual. [Archivo PDF] <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/8-pdual-adicciones.pdf>
- Fundación FAER. (SF). *Fundación FAER podemos ayudarte*. Obtenido de CTMadrid. FAER - Fundación Adictos En Recuperación: <https://www.ctmadrid-adicciones.com>
- Fundación Recal. (2019). *Sobre Nosotros. Fundación Recal*. Obtenido de Clínica de Tratamiento de Adicciones. Fundación Recal.: <https://www.fundacionrecal.org/fundacion/>
- Gabinet Psicològic Mataró. (2021). *Adicciones comportamentales o socioadicciones*. Obtenido de Gabinet Psicològic Mataró: <https://gabinetpsicologicmataro.com/psicologia-de-adultos/adicciones-comportamentales/>
- Gancedo, M. (SF). *Las 5 consecuencias (psicológicas y relacionales) de una adicción*. . Obtenido de Psicología y Mente: <https://psicologiaymente.com/drogas/consecuencias-adiccion>
- Gaudia, R. (1987). Effects of compulsive gambling on the family. *Social Work*, 254-258.
- Germán, I. (2010). La relevancia criminológica de las adicciones sin sustancia a determinadas conductas y de su tratamiento. *International e-journal of criminal Sciences*. 3(4),1-23.
- González, C. (2018). Adicciones conductuales. *NPunto*, I(9).
- Graña, J., & Muñoz- Rivas, M. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología conductual*, 8(2), 249-269.
- Gutiérrez, A. (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Ediciones Acdadémicas.
- Instituto de Adicciones. (2012). Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias. Madrid. [Archivo PDF]

<https://pnsd.sanidad.gob.es/ca/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervSocial.pdf>

- Instituto de Adicciones. (2019). *Guía para Familias*. Madrid. [Archivo PDF]
<https://www.madridsalud.es/serviciopad/wp-content/uploads/2019/10/factoresRiesgo.pdf>
- J. Nestler, E. (2013). Bases celulares de la memoria para la adicción. *Diálogos Clin Neurosci.*, 4, 431-443.
- Koob, G., & Volkow, N. (2009). Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35, 217-238.
- Laespada, T., Iraurgi, I., & Arostegui, E. (Julio de 2004). *Factores de riesgo y de protección hacia el consumo de drogas: Hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. [Universidad de Deusto]
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20CAPV.pdf>
- López, S., & Rodríguez-Arias, L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.
- López-Sánchez, C., García del Castillo, J., & Gazquez Pertusa, M. (2013). Influencia de la comunicación publicitaria en el consumo de alcohol. *Historia y Comunicación Social*, 18(Esp. Octubre), 639-655.
- Martínez, J., & Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*, 13(2), 222-228.
- Matus, M., Calva, J., Flores, A., Leff, P., & Anton, B. (2012). Las adicciones, hallazgos gemónicos. *Salud Mental*, 35(2).
- Melero, J. (1998). Acercamiento comunitario a la prevención del abuso de drogas. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*. 1, 71-90
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (SF). Informe sobre adicciones comportamentales. juego y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y adicciones en España edades y estudios. [Archivo PDF]
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2020_Informe_adicciones_comportamentales.pdf
- Ministerio del Interior. (1997). Prevención de las Drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Plan Nacional sobre Drogas. [Archivo PDF]
<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/preven.pdf>

- Molina, C. (2018). Adicciones conductuales ("sin sustancia") "en" el trabajo y "al" trabajo: magnitud del problema social y políticas de gestión preventiva en la empresa. [Archivo PDF]
https://www.ugt.es/sites/default/files/estudio_adicciones_conductuales.pdf
- Neurosalus. (SF). *Últimas Noticias*. Obtenido de Neurosalus. Centro de Tratamiento: <https://neurosalus.com>
- Nizama-Valladolid, M., & Mendoza, C. (Enero-Febrero de 2001). Bases biológicas de las adicciones. *Diagnóstico*, 40(1).
- Ochoa, E., & Madoz, A. (2008). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(213).
- Oliveros, D. (2020). *Adicción al sexo*. Obtenido de Grupo Doctor Oliveros: <https://www.grupodoctoroliveros.com/adiccion-al-sexo/>
- Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Plus*(32), 147- 173.
- Perez del Río, F. (2011). Las adicciones sin sustancia en estos últimos 40 años. *Norte de Salud Mental*, 47-56.
- Proyecto Hombre. (SF). *Proyecto Hombre. Servicios*. Obtenido de Proyecto Hombre Madrid. Centro Español de Solidaridad.: <https://www.proyctohombremadrid.org/wordpress/servicios/>
- Ramos, C. A., Albarracín Becerra, E., Argüello Arias, A., Chávez Flor, M., Falconí Recalde, A., Jurado Vera, M., & Vélez Viteri, E. (2016). Relación entre el control inhibitorio y el consumo de alcohol de estudiantes universitarios. *Revista científica y tecnológica UPSE.*, III(2), 91 - 99.
- Rastrollo, L. (2019). Adicciones con y sin sustancia: diferencias neurológicas. [Trabajo de Fin de Grado. Universidad Pontificia de Comillas]
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/31796/TFG-RastrolloSasalLaura.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sánchez-Ramoz, R., & Valdez-Montero, C. (Septiembre de 2019). La problemática social del juego patológico: un nuevo campo de exploración para el Trabajo Social. *Margen*(94).
- Salas, E. (2014). Adicciones psicológicas y los nuevos problemas de salud.[Archivo PDF]
http://www.revistacultura.com.pe/revistas/RCU_28_1_adicciones-psicologicas-y-los-nuevos-problemas-de-salud.pdf

- Serrano Villalobos, O., & Cuesta Díaz, V. (2017). Tecno-adicción al sexo en la población juvenil: propuesta del diseño de una escala de detección temprana. *Revista de Comunicación y Salud*, 7, 119-149.
- Sixto-Costoya, A. (2018). Educación Social y Trabajo Social en Adicciones: recuperar el territorio colaborando. *Revista de Educación Social*, 03(26).
- Souied, A. (2021). *Tratamiento de las adicciones comportamentales*. Obtenido de Rehably. Encuentra tu salida: <https://www.rehably.es/adicciones/adicciones-comportamentales/tratamiento-adicciones-comportamentales>
- Triglia, A. (2021). Sistema de recompensa del cerebro: ¿qué es y cómo funciona? *Psicología y mente*. Obtenido de <https://psicologiaymente.com/neurociencias/sistema-recompensa-cerebro>
- Uniadic. (2018). *Centro Multidisciplinar Especializado en Desintoxicación, Tratamiento y Rehabilitación de Adicciones de forma Ambulatoria y Residencial*. Obtenido de Uniadic. Unidad de Intervención en Adicciones: <https://uniadic.com>