

ÍNDICE.

I JUSTIFICACIÓN.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1	Carta del presidente	3
1.2	Junta Rectora	4
1.3	Equipo técnico de AONUJER	5
1.4	Grupo de monitores/as y voluntarios de AONUJER	6
1.4.a	Monitores de adictos/as de AONUJER.	6
1.4.b	Monitores/as de familiares de AONUJER	7

2. FUNDAMENTACIÓN.

2.1	Cambios en la conceptualización de adicción	8
2.2	Diferencias entre el juego y el juego patológico	10
2.3	Tipos de juego	11
2.4	Factores que influyen en el desarrollo de una conducta adictiva	11
2.5	Proceso de adquisición del juego patológico	12
2.6	Tipos de adicciones sin sustancias	14
2.7	Personalidad del/a jugadora/a	15
2.8	Tipos de jugadores/as	15
2.9	Epidemiología del trastorno	17
2.10	La ludopatía como conducta adictiva	20
2.11	La ludopatía como enfermedad psicosocial	23
2.12	Las adicciones sin sustancias en las mujeres	24
2.13	Datos de la Dirección General de Ordenación del Juego 2011	26
2.14	Política y legislación	31

3. AONUJER.

3.1	Origen de AONUJER	34
3.2	Organigrama de AONUJER	36
3.3	Equipo Técnico necesario en la asociación	37
3.4	Asesoramiento legal en AONUJER	38
3.5	Vida asociativa en AONUJER	39
3.6	Penas judiciales y AONUJER	40
3.7	29 de Octubre, Día sin Juego de azar	42

II MEMORIA 2012

4. ANÁLISIS AÑO 2012

4.1	Intervención psicosocial	46
4.2	Informe del Equipo Técnico	51
4.3	Actividades realizadas en AONUJER en el año 2012	63
4.4	Balance de situación	68
4.5	Cuenta de pérdidas y ganancias	69

5. MEDIOS Y RECURSOS AÑO 2012

5.1	Inmuebles e Instalaciones	70
5.2	Muebles y Materiales	70
5.3	Económicos y Financieros	71
5.4	Humanos y Técnicos	72

III PLAN DE ACCIÓN 2013

6. OBJETIVOS AÑO 2013

6.1	Generales	74
6.2	Específicos	74

7. CALENDARIO AÑO 2013

7.1	Cronograma de Actividades y Reuniones	75
-----	---------------------------------------	----

8. ACCIONES AÑO 2013

8.1	Gestión y Organización Interna	76
8.2	Formación e Información	77
8.3	Resumen Proyecto Terapéutico para el año 2013	78

9. PRESUPUESTO ECONÓMICO AÑO 2013

9.1	Previsión de Ingresos	80
9.2	Previsión de Gastos	80

10. OTROS DATOS DE INTERÉS

10.1	XXII Congreso de FAJER	81
10.2	FAJER y sus asociaciones	83
10.3	Galería fotográfica	84

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. CARTA DEL PRESIDENTE.



Queridos socios/as:

Un año más, comenzamos la lucha sin descanso en pro de las personas que padecen alguna de las adicciones que venimos combatiendo a lo largo de estos XXII años desde la creación en Huelva de la Asociación Onubense de Jugadores de Azar en Rehabilitación (AONUJER), integrada en FAJER (Federación Andaluza de Jugadores de Azar Rehabilitados), desde el mes de Agosto de 1991 y de la cual, hoy en día, soy el secretario.

He dedicado parte de mi vida en cuerpo y alma a esta asociación para que siguiera adelante, a pesar de todas las trabas que hemos tenido en este recorrido (1991-2013).

Cuando entré por primera vez en ASEJER (Asociación Sevillana de Jugadores de Azar en Rehabilitación), pidiendo ayuda comprobé cómo personas a las que no conocía de nada y a las cuales veía por primera vez en mi vida me escuchaban, me brindaban su apoyo y su ayuda y me animaban a que, si ellos habían salido, yo podía salir; sin decirme ni tan siquiera tienes que hacer esto y lo otro, simplemente me contaban como lo hacían ellos. Todo lo hacían a cambio de nada, no me pidieron nada a cambio.

Hoy después de llevar más de 22 años sin jugar me pregunto: ¿Qué hubiera sido de mi familia y de mí si no os hubiera conocido? Y la respuesta es sin duda, que en el mejor de los casos hubiera muerto, pero en el peor estaría tirado por algún rincón de alguna parte del mundo.

AONUJER es para mí el eje de todos los movimientos de mi vida y si no fuera porque estoy tan comprometido y le estoy tan agradecido, ya habría abandonado.

Por ello es por lo que quisiera que los que estáis en la primera etapa de vuestra rehabilitación penséis que el que más da, es el que más recibe y que nadie es imprescindible, todos somos necesarios.

Desde aquí quiero felicitar a todos aquellos que me han ayudado en esta andadura y sobre todo a mi familia, que sin ellos, no hubiera sido posible.

También quiero tener un momento de recuerdo para aquellos que fallecieron estando en esta Asociación durante estas dos décadas.

Quiero felicitar a mi Junta Rectora, Monitores y Técnicos, que sin ellos nada sería posible; y por supuesto a todos los/as socios/as de AONUJER.

Para no cansaros más quisiera finalizar diciendo que hay una gran diferencia entre pertenecer a una asociación y ser asociación.

Muchas felicidades y adelante: Jorge Barroso Barrera.

1.2. JUNTA RECTORA.

- D. Jorge Barroso Barrera: Presidente de AONUJER.



- Fundó AONUJER el 01/06/1991, perteneciendo a ella en sus inicios como usuario.
- Actualmente también posee el cargo de coordinador de monitores/as y es monitor de los grupos de autoayuda y ayuda mutua.

- D. Ramón González Rivera: Vicepresidente de AONUJER.



- Entró en AONUJER el día 14/03/1994.
- Es el portavoz de la Junta Rectora.
- Actualmente es monitor de los grupos de autoayuda y ayuda mutua.

- D. Lorenzo García González: Secretario de AONUJER.



- Entró en AONUJER el día 20/06/2002.
- Actualmente es monitor de los grupos de autoayuda y ayuda mutua.

- D. José Ramón Quilón Jaramillo: Tesorero de AONUJER.



- Entró en AONUJER el día 06/02/1997.
- Es el director del Centro de Tratamiento Ambulatorio.
- Actualmente es un monitor de los grupos de autoayuda y ayuda mutua.

- D. Justo Martínez Gómez: Vocal de AONUJER.



- Entró en AONUJER el día 30/07/2001.
- Tiene el cargo de reposición y apoyo en la asociación.
- Actualmente es monitor de los grupos de autoayuda y ayuda mutua.

- D. Antonio Del Pino Évora: Vocal de AONUJER.



- Entró en AONUJER el día 16/07/2007.
- Es el encargado de coordinar los eventos.
- Actualmente es monitor de los grupos de autoayuda.

1.3. EQUIPO TÉCNICO DE AONUJER.

D^a Dolores Gómez Noguerras, PSICÓLOGA.



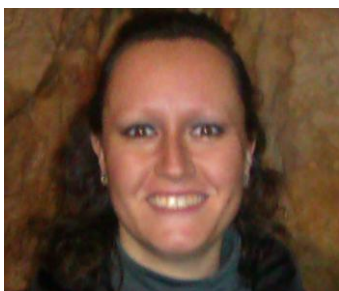
- Licenciada en la Facultad de Psicología de Sevilla.
- Máster en tratamiento cognitivo-conductual a través de la UNED.
- Directora de psicodrama.
- Trabajando en el área de drogodependencias y adicciones desde 2002.

D^a Cinta del Rocío García Martín, PSICÓLOGA.



- Licenciada en la Universidad de Psicología de Huelva.
- Itinerario cursado en Psicología clínica y de la salud.
- Trabajando en el área de drogodependencias y adicciones desde 2012.

D^a Noemí Agudo Quesada, TRABAJADORA SOCIAL.



- Máster en Intervención Psicosocial.
- Investigación realizada: Apoyo psicosocial a afectados y familiares de atentados terroristas.
- Trabajando en el área de drogodependencias y adicciones desde 2001.

D^a María Rangel Morón, ABOGADA.



- Licenciada en la Facultad de Derecho de Huelva.
- Experta en nóminas y seguros sociales.
- Experta en la nueva ley de contratación.
- Experta en la ley de protección de datos.
- Trabajando en el área de drogodependencias y adicciones desde 2009.

1.4. **GRUPO DE MONITORES Y MONITORAS.**

a. Monitores de adictos/as de AONUJER.



Jorge Barroso Barrera



Ramón González
Rivera



Lorenzo García
González



José Ramón Quilón
Jaramillo



Justo Martínez Gómez



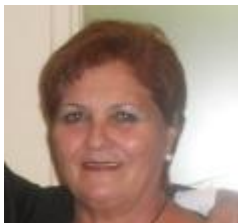
Antonio del Pino
Évora



Antonio Luís Delgado
Toscano

Las personas anteriormente citadas son los monitores de autoayuda y ayuda mutua, junto a estas personas contamos con voluntarios/as que realizan las funciones de co-monitores en el desarrollo de los grupos de autoayuda y ayuda mutua, los cuales acompañan a los monitores en el proceso de rehabilitación de las personas afectadas por las adicciones sin sustancias

b. Monitores/as de familiares de AONUJER.



Luisa Quero
Bejarano



Pilar Sánchez González



Francisco Tebar
Calleja



Manoli Nogales Cid



María Caballero
Garrido



Rocío Castilla
Salvador

Las personas anteriormente citadas son los/as monitores/as de autoayuda y ayuda mutua, junto a estas personas contamos con voluntarios/as que realizan las funciones de co-monitores en el desarrollo de los grupos de autoayuda y ayuda mutua, los cuales acompañan a los monitores en el proceso de rehabilitación de las personas afectadas por las adicciones sin sustancias

2. FUNDAMENTACIÓN

2.1. CAMBIOS EN LA CONCEPTUALIZACIÓN DE ADICCIÓN.

Una nueva clase de adicción y adictos/as surgió a finales del siglo pasado con una característica muy especial, su dependencia no es a drogas sintéticas (alcohol, tabaco o a otras sustancias) sino a actividades y comportamientos cotidianos que convierten en verdaderas adicciones que les impiden llevar una vida normal, tranquila, variada y satisfactoria.

La adicción (en términos médicos) es la dependencia psicofisiológica habitual a una sustancia o práctica, que escapa del control de la voluntad.

Y si bien entre las sustancias consideradas peligrosas por su capacidad adictiva están el alcohol, la cocaína, las drogas sintéticas, el tabaco y otras adicciones como el juego, las nuevas tecnologías, las relaciones sexuales, el trabajo excesivo, el fanatismo religioso, las compras compulsivas, el coleccionismo, el ejercicio físico y la comida son algunas de las actividades o conductas adictivas que están poniendo en riesgo la salud integral de la persona que la padece y de los que los rodean.

Las drogas que alteran el humor y las sensaciones actúan en el cerebro y pueden causar dependencia psicológica y/o física y esto es difícil de superar, porque es el deseo de recurrir a una droga por placer, para reducir la tensión nerviosa o para evitar un malestar.

Los efectos, manifestaciones y conductas generadas por los/as consumidores/as de drogas, influyen negativamente en su trabajo, sus estudios y sus relaciones amistosas y familiares y el obtener la droga se convierte en el motivo principal de su existencia, sin importar el medio o forma para lograrlo.

La dependencia física no siempre va acompañada de la psicológica. El organismo se adapta a drogas que causan dependencia física cuando se emplean de modo constante y que llevan a la tolerancia, que es la necesidad de aumentar, de modo progresivo, la dosis de una sustancia para reproducir el efecto alcanzado con dosis menores y al síndrome de abstinencia cuando se deja de consumirlas o cuando sus efectos son bloqueados por un antagonista o sustancia que impide que la droga tenga el mismo efecto. Una persona con síndrome de abstinencia se siente enferma y tiene dolores de cabeza, diarrea o temblores.

La abstinencia no controlada y en grados extremos de adicción, puede llevar incluso a la muerte.

Sin embargo, con las nuevas adicciones (las adicciones sin sustancias), los adictos no consumen drogas y no es la actividad misma la que genera la dependencia, sino la relación que cada persona establece con ella.

Una diferencia fundamental entre adicción psicológica y una adicción química es que la primera no acarrea las consecuencias físicas de la segunda. Pero aun así, según el tipo de adicción, puede llegar a generar problemas físicos y mentales muy graves.

Los factores que influyen en que las máquinas tragaperras sea el tipo de juego más problemático son:

- La facilidad para el acceso, dado a que en casi todos los bares las podemos encontrar.
- El bajo coste de una apuesta, debido a que con 20 céntimos ya se puede iniciar el juego.
- El reforzamiento inmediato, porque los premios se reciben en el mismo momento.

Ante esta situación las alternativas que encuentra el/la jugador/a patológico/a van desde el encarcelamiento o el suicidio hasta el deseo de escapar de la situación y pedir ayuda.

Las conductas de la persona jugadora consideradas en las tres dimensiones básicas serían las siguientes:

- *Conducta motora*: La principal es que a mayor tiempo de exposición al juego mayor apuesta, aun no pudiendo arriesgar mayor cantidad de dinero. En concreto en las máquinas tragaperras, se introducen varias monedas simultáneas en una misma apuesta, golpes fuertes y/o secos a los botones, manipulación de las monedas e inversión de las monedas de la bandeja.

- *Conducta cognitiva*: éstas fundamentalmente son distorsiones cognitivas a cerca del azar, la mayoría de las estrategias en relación al juego de la persona jugadora son incorrectas, ya que no hacen referencia a probabilidades objetivas sino a intentos infructuosos de influir en los resultados.

- *Conducta fisiológica*: la respuesta fisiológica más estudiada ha sido el aumento de la tasa cardíaca aunque esta no existen diferencias significativas entre la persona jugadora patológica y la ocasional.

El juego es un problema muy serio, genera mucho sufrimiento y del que resulta muy difícil de controlar, requiriendo ayuda externa, ya que por sí solos/as no es posible salir.

El juego afecta seriamente a todas las relaciones que el/la jugador/a tiene establecida con su ambiente, con lo que le rodea: afecta al trabajo, a los amigos, a los parientes, a la familia más cercana y al/la propio/a jugador/a. Genera importantes problemas en todos los ámbitos de la vida de la jugadora y las relaciones se ven seriamente deterioradas.

Pero no tiene por qué acompañarnos toda nuestra vida. Se puede dejar de jugar y de tener ganas de jugar, de depender de él/ella.

Según la Organización Mundial de la Salud en 2010, una de cada cuatro personas sufre trastornos de la conducta relacionados con las adicciones sin sustancia. Lo que suele comenzar como una conducta ocasional aumenta de frecuencia hasta convertirse en patológica. Psiquiatras y médicos de atención primaria confirman el incremento de casos en sus consultas, por ello la formación de todos los profesionales que trabajan en el ámbito de lo social es clave para el diagnóstico y tratamiento.

2.2. DIFERENCIAS ENTRE JUEGO Y JUEGO PATOLÓGICO.

Cuando hablamos de “juego” tenemos que especificar a qué nos referimos, dado que el término “jugar” presenta hasta 19 acepciones en el Diccionario de la Real Academia Española (RAE).

Por un lado encontramos que jugar es “hacer algo con alegría y con el solo fin de entretenerse o divertirse” tomando parte en uno de los juegos sometidos a reglas, medie o no en él interés.

Por otro lado, según la cuarta acepción jugar es “tomar parte en uno de los juegos sometidos a reglas, no para divertirse, sino por vicio o con el solo fin de ganar dinero”.

Las primeras acepciones poco tienen que ver con el juego patológico y aunque la cuarta se aproxima, es demasiado excluyente. Cuando hacemos referencia al juego que puede producir ludopatía, entendemos como *aquella actividad recreativa, al menos en los comienzos, en la que se realizan apuestas e influye de alguna manera el azar*. Aquí se incluyen todos los juegos de azar y apuestas: máquinas recreativas grupo B (máquinas tragaperras), tipo A (las que están en salas especiales), bingos, casinos, todas las apuestas que incluye la ONLAE (Organización Nacional de Loterías y Apuestas del Estado), los cupones, los juegos de apuestas no regulados o ilegales (cartas, dominó, peleas de gallos, etc.), y más recientemente, y no por ello menos importante para un futuro próximo, las apuestas por internet.

La definición más utilizada sobre el juego patológico, en la actualidad es la que lo sintetiza como una pérdida de control de los impulsos sobre los propios deseos de la persona y por la existencia de una dependencia emocional respecto al juego. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) en su cuarta edición podemos encontrar la siguiente definición: “*Un comportamiento de juego desadaptado, persistente y recurrente que altera la vida familiar, personal o profesional*”, la Organización Mundial de la Salud (OMS) por su parte lo perfila más definiéndolo como “*Un trastorno consistente en la presencia de frecuentes y reiterados episodios de juegos de apuestas, los cuales dominan la vida del/a enfermo/a en perjuicio de los valores y obligaciones laborales, materiales y familiares del mismo*”.

2.3. TIPOS DE JUEGOS.

Irurita (1994) establece dos clasificaciones de los juego de azar:

1. Juego Pasivo y Juego Activo.

- El *juego pasivo* es el tipo de juego que solo depende de la suerte para acceder al premio, ejemplos de este tipo serian las loterías, cupón de la ONCE, bingo y máquinas tragaperras, el caso del bingo y de las tragaderas es bastante particular porque siendo totalmente pasivos debido a la cantidad de cogniciones y supersticiones que los rodean son altamente adictivos.

- El *juego activo* es aquel que requiere unos conocimientos, habilidades o pericia, ya sea real o imaginaria por parte de quienes apuestan. También se recogen aquí los juegos que favorecen la creencia de poseer un sistema, o de que se piense entre los/as apostadores, de hacerse con el premio, lo que hace que se les exija mas y su implicación es mayor, de ahí su poder adictivo. Son de este tipo las cartas, los dados y dominó con apuesta, carreras de caballos, quinielas, bonoloto, juegos de casino, apuestas deportivas, etc.

2. Juego Discontinuo y Continuo.

- En el *juego discontinuo* la apuesta, el juego y el resultado están esparcidas en el tiempo durante horas o días.

- En el *juego continuo* su cercanía es continua, lo que conlleva una mayor pérdida de control, son de este tipo las maquinas tragaperras y la mayoría de juegos de casino.

2.4. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE UNA CONDUCTA ADICTIVA.

Es evidente que la mayoría de las personas que se sienten atraídas de una forma más o menos importante por un objeto o una conducta no van a desarrollar una adicción. Para la mayoría de las personas es posible poner freno a una conducta que empieza a ganar terreno en su vida, colisionando con otros intereses importantes para ella.

Es el caso, por ejemplo, del estudiante que, tras darse cuenta de que algunos juegos en los que participa (a través de internet, videoconsola, etc.), le están robando un tiempo de estudio que le es necesario para obtener buenos resultados académicos, renuncia a estas actividades, prohibiéndose a sí mismo utilizarlos o bien limitando su uso a los fines de semana o a los períodos vacacionales.

En otros casos, este freno a la conducta de riesgo se pone en una etapa más avanzada, jugando en ello un papel importante los fracasos y los problemas que van surgiendo o las claras advertencias que se producen desde el exterior.

El riesgo de caer o no en una conducta adictiva o la capacidad para hacer frente con éxito a la misma en las etapas iniciales va a depender de muchos factores y es un tema que precisa ser objeto de estudio ya que las posibles conductas adictivas son amplias y complejas, por lo que no resulta fácil determinar los factores de riesgo o de protección que pueden influir en las mismas. La complejidad del fenómeno adictivo requiere de una visión amplia del mismo, desde una perspectiva interdisciplinaria. La biología, la medicina y las ciencias humanas y sociales deben hacer una aproximación a la comprensión de este fenómeno desde el respeto a su complejidad, ya que sólo de esta forma se podrán hacer aportaciones que resulten útiles, no solo para su comprensión sino también para la búsqueda de soluciones.

En el ámbito de las adicciones es necesario tener en cuenta la influencia de diferentes tipos de variables, que tienen que ver con el propio individuo, con el medio social y relacional en el que se desarrolla la adicción y con la capacidad adictiva de la sustancia, de la conducta o del objeto en cuestión. Puesto que las socioadicciones hacen referencia a una amplia gama de conductas, no es posible generalizar para todas ellas unas mismas causas o factores de riesgo. Por otra parte la vulnerabilidad individual, por ejemplo, va a ser diferente para cada una de ellas. Algunos autores, tomando en consideración el conjunto de las adicciones, hablan de la existencia de una “personalidad adictiva”, como factor de riesgo común; sin embargo no está clara la existencia de la misma y, en el caso de que se acepte, habría que determinar si precede a la adicción o es consecuencia de la misma. Ahora bien, lo que sí parece demostrado es que, cuando concurren circunstancias o factores de riesgo importantes en los diferentes niveles de acción, se incrementaría la probabilidad de desarrollar una adicción. No es, por lo tanto, una cuestión de causa-efecto, sino una cuestión de mayor o menor probabilidad de desarrollar un problema en función de una multiplicidad de variables.

2.5. EL PROCESO DE ADQUISICIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO

Describiremos el proceso de adquisición del juego siguiendo como ejemplo el inicio en las máquinas “tragaperras”, por ser el más habitual en nuestro entorno y por ser semejante al comienzo en otros juegos.

La persona que comienza a jugar a juegos de azar y apuestas lo hace en algunos casos por aproximación casual. Por una pequeña cantidad de dinero puede probar “suerte”. Otras personas se iniciarán invitadas por amigos o conocidos para participar conjuntamente en el juego, como una actividad social. Como tal actividad social será realizada por la mayoría de los jugadores. Aquí exponemos el recorrido de aquellos que terminarán con una dependencia del juego adaptando las fases de Custer (1987):

1. Se destacan las ganancias que produce el juego. No es casualidad que a un grupo importante de jugadores/as patológicos/as, en sus primeras aproximaciones al juego les tocarán premios. Esto, unido a la baja cantidad económica de las apuestas, crea una expectativa de ganancia importante. Las pérdidas son casi insignificantes y los premios suponen un reforzador potente, no sólo en su aspecto económico (tener más dinero), sino también porque se ven reforzadas las ideas o expectativas que pudiera tener una persona, o crear, a partir de esas

ganancias (tengo “suerte”, puedo sacarle mucho dinero a estas máquinas si juego cuando están “buenas”, tengo un sistema para saber cuándo hay que jugar y ganar a la máquina), originando una “ilusión de control” en un fenómeno que, en realidad, está totalmente fuera del control del jugador. Las distorsiones cognitivas que presentan a menudo los jugadores, en el sentido de un recuerdo selectivo de las ganancias y minimizando las pérdidas, queda patente en esta fase.

2. Se aumenta la cantidad económica dedicada al juego, se le dedica tiempo y esfuerzo al estudio de las apuestas, a intentar “controlar” a la máquina. Se invierte cada vez más cantidad de dinero para ganar o recuperar lo perdido y porque el jugar produce un placer especial y probablemente distinto al que produce a la mayor parte de otros jugadores. En muchos casos el juego tiene la función de aliviar la disforia y la monotonía, especialmente en la mujer, o evadirse de los problemas.
3. Se juega más cantidad de dinero a la desesperada, con la idea de pagar deudas, aunque se es consciente, en algunos casos, que no se van a pagar. Aumentan los problemas económicos, endeudamiento, problemas familiares, problemas personales y de relación social. En algunos casos se continúa jugando por el placer que produce el hecho de jugar, en otros por el alivio de la disforia o por la evasión de problemas; y jugadores más deteriorados juegan aunque refieren encontrarse mal incluso cuando están jugando, pero continúan haciéndolo.

En palabras de Custer (1987), las características cardinales del juego patológico son tres:

- I. Es un trastorno en el que la persona se ve obligada, por una urgencia psicológicamente incontrolable, a jugar. Aunque existen factores sociales, culturales e incluso bioquímicos en el juego patológico, está considerado un trastorno de características psicológicas.
- II. Es un trastorno persistente y progresivo de la conducta que acaba en una dependencia emocional respecto del juego. Es decir, implica un deterioro progresivo en la conducta de juego, partiendo de momentos iniciales en los que el juego y las apuestas son escasos hasta llegar al juego patológico, que puede desarrollarse a lo largo de períodos de 10 a 15 años.
- III. Es un trastorno que llega a afectar de forma negativa la vida personal, familiar y vocacional.

2.6. TIPO DE ADICCIONES SIN SUSTANCIAS.

- Adicción *juego patológico*, que incluiría, además de los juegos de azar clásicos, los videojuegos y los juegos a través de la red.
- Adicción al *sexo*, que incluiría las relaciones sexuales compulsivas, la adicción a la prostitución, a la pornografía, etc.
- Adicción a las *relaciones*, como la adicción a los romances, adicción a relaciones de pareja disfuncionales, codependencia (preocupación excesiva y a menudo inapropiada por las dificultades de otra persona), adicción a líderes, videntes, sanadores, terapeutas, etc. En este apartado se incluirían también las adicciones a las relaciones de grupo, como la adicción a sectas e, incluso, a otros grupos de corte terapéutico, filosófico, político, religioso, etc. que fomenten la dependencia.
- Adicción al *trabajo*, también llamado trabajólico; para estas personas el trabajo constituye el centro de la vida, el propio empleo resta importancia a todo lo demás, incluida la familia, el ocio y la vida social. Lo consideran como su refugio. El hecho de llevarse trabajo a casa para acabarlo por de noche o los fines de semana es algo que resulta habitual en la persona que lo padece.
- Adicción a las *compras compulsivas*. La persona encuentra gratificante el hecho de ir a comprar y empieza a utilizar esta actividad como única forma de encontrarse bien, o bien porque abandona otras actividades o bien porque llena un vacío. Este hecho hace que la persona empiece a asociar el acto de comprar con una sensación de bienestar. A partir de entonces la persona entra en un círculo vicioso.
- Adicciones a las *comida*. Es el deseo compulsivo excesivo por el consumo de comida. Esta condición no solo se manifiesta por el consumo anormal de comida, sino por el consumo y deseo de alimentos que son, por sí mismos, dañinos para la persona.
- Adicción al *deporte* (vigorexia). Es un trastorno alimentario caracterizado por la presencia de una preocupación obsesiva por el físico y una distorsión esquema corporal (dismorfofobia).
- *Tecnoadicciones*: internet, teléfono móvil y videojuegos.

2.7. PERSONALIDAD DEL/A JUGADOR/A.

Se ha intentado descubrir el tipo de personalidad que definiría al/a jugador/a pero hasta ahora no se ha encontrado, como tampoco se ha encontrado la personalidad que define al adicto a determinada sustancia. La literatura especializada ha descrito una serie de características de personalidad en los/as jugadores/as:

- Mayor grado de psicopatía, padecer baja autoestima y/o depresión.
- Ser altamente competitivos, enérgicos, inquietos.
- Tener bajo nivel de activación, facilidad para el aburrimiento y gusto por el riesgo.
- Ser generosos hasta la extravagancia.
- Tener limitada capacidad de enfrentamiento a la realidad.
- Mantener sueños de grandeza y deseos de éxito.
- Necesidad de excitación.
- Presentar distorsiones cognitivas.

Pero estas características de la personalidad no aparecen de modo concluyente en los estudios, hay mucha diversidad. No ha llegado a definirse claramente si son características de la personalidad existentes en el/a jugador/a ya antes del juego o aparecen junto con el juego, ni tampoco si existe variabilidad en la presencia de dichas características dependiendo del tipo de juego.

2.8. TIPOS DE JUGADORES/AS.

A lo largo del tiempo se ha clasificado a las personas que juegan en varios tipos: jugadores/as sociales, jugadores/as problemas, jugadores/as patológicos (ludópatas) y jugadores/as profesionales (Ochoa y Labrador 1994).

1. El/la Jugador/a Social.

Es aquella persona que juega por placer, dedica una cantidad de dinero asumible según sus posibilidades y establecida previamente. Suele jugar entre amigos y compañeros dedicándole un tiempo limitado. Inicia y finaliza el juego cuando lo desea, sin crearle malestar el interrumpirlo o no jugar. El juego no ocupa en su mente más tiempo de lo que lo haría cualquier otra actividad recreativa saludable y no ha producido problemas económicos, personales, familiares, laborales o sociales, ni ha tenido que mentir sobre su actividad de juego.

2. **El/la Jugadora Profesional.**

Se dedica al juego para ganar dinero. No tiene implicación emocional en las apuestas, dado que hace aquellas que son estadísticamente más probables, para lo que ha realizado un estudio probabilístico. Se suelen dar en casinos donde determinados errores mecánicos crean más probabilidades (ejemplo, ruleta con un pequeño error en la calibración); si se dan en cartas utilizan procedimientos para alterar el normal funcionamiento de las partidas.

3. **El/la Jugadora Problema.**

Conducta de juego tan frecuente que por el gasto, en algunas ocasiones, crea problemas económicos. Dedicar al juego partidas presupuestarias familiares importantes cuando podrían ir destinadas a gastos ocasionales familiares o a inversiones. Tiene menor control de la conducta de juego que el/la jugador/a social, pero sin ser tan excesiva como el/la jugador/a patológico. El aumento de la conducta de juego le exige dedicar más tiempo y gastar más dinero. Tienen un riesgo importante de convertirse en Jugadores/as Patológicos/as.

4. **El/la Jugador/a Patológico/a. Ludópata**

Según el diagnóstico (DSM-IV-TR y CIE-10), se caracteriza por una dependencia emocional del juego, una pérdida de control respecto a éste y una interferencia con el funcionamiento normal de la vida cotidiana (Echeburúa y Báez, 1991).

Los/as jugadores/as patológicos/as difieren entre sí en muchos aspectos clínicamente significativos.

Difieren también en la comorbilidad que presentan, incluyendo otros trastornos de control de los impulsos. Difieren también en la predisposición biológica y en factores psicológicos y sociológicos que contribuyen al desarrollo del trastorno (Richard A. McCormick, 1993).

Tipología de Jugadores/as Patológicos/as.

Tipo I “Jugador/a Puro”, tipo II “Jugador/a con alta vulnerabilidad emocional”, tipo III “Jugador/a Impulsivo” (Blaszczynski y Nover, 2002). Y finalmente el tipo IV “Enfermo/a mental que juega”. (Echeburúa, 2006)(Gómez, 2006).

- **I Jugador/a “Puro”.** Es la persona que padece juego patológico y la mayor parte de la sintomatología que pueda presentar (ansioso-depresiva, mentiras patológicas, problemas de pareja, autoestima, etc.) está íntimamente relacionada con la conducta de juego, no apreciándosele otra característica significativa más que aquella propia que pueden mostrar la mayoría de jugadores patológicos.

- **II Jugador/a con alta vulnerabilidad emocional.** Presenta un comportamiento de juego en muchos casos más problemático, destacando algunos factores de su personalidad que lo hacen más vulnerables, más inestable y en ocasiones con mayores dificultades de adaptación social. Puede tener otro diagnóstico de otra dependencia, o haberla padecido.
- **III Jugador multimpulsivo con otras patologías asociadas.** El juego que realiza es mucho más importante en cuanto a cantidad de dinero gastado, tiempo dedicado y pérdidas personales y familiares causadas por el mismo. El diagnóstico de patología dual es lo usual. Tiene una mayor resistencia a abandonar el juego y es importante en estos casos una coordinación con otros recursos sanitarios y/o sociales. Algunos autores indican que el programa de tratamiento debería ser individualizado, pero entendemos que en grupos pequeños y en coordinación con otros recursos, ajustando los objetivos individualizados, es posible su tratamiento en grupo.
- **IV Enfermo/a Mental que presenta Juego Patológico.** Estaríamos ante una persona que padece juego patológico y que presenta otro trastorno mental grave, como puede ser esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad muy grave, etc. (González, Aymami, Jiménez, Doménech, Granero y Lorigo-Ferreira, 2003; Echeburúa, E. 2007; Gómez, M. 2007). En trastorno bipolar, si el juego sólo se presenta en la fase maníaca, sería un criterio de exclusión y no se daría el diagnóstico de Juego Patológico.

2.9. EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO.

Se han realizado múltiples estudios en España y en distintos países. A continuación expondremos los estudios realizados en España. Si bien no hay ningún estudio general de la población española, sí que existen estudios parciales que nos aproximan a la epidemiología del trastorno. Los primeros estudios realizados en España se efectuaron con el *South Oaks (SOGS)* de Lesieur y Blume (1987) y con criterios del DSM III-R.

Posteriormente se han realizado con criterios del DSM IV y con un nuevo instrumento, el NODS (NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems). Vemos que estos últimos estudios obtienen un menor porcentaje de jugadores/as patológicos/as de lo que se obtenía hace unos años con los anteriores instrumentos y criterios. Y esto ocurre tanto en Estados Unidos como en España.

Estudio	N	Muestra	Jugador/a Patológico/a	Jugador/a Problema	Instrumento
Cayuela (1990)	1.230	Cataluña	2,50 % ¹	2,50 % ¹	SOGS
Legarda y otros (1992)	598	Sevilla	1,7 %	5,2 %	SOGS
Becoña (1993)	1.615	7 principales ciudades de Galicia	1,7 %	1,6 %	Cuestionario propio. DSM III R
Becoña y Fuentes (1994)	1.028	Galicia	1,4 %	2,0 %	SOGS
Echeburúa et al (1994)		País Vasco	2,0 % J. Pat.		
FAJER/Irurita (1994)	4.977	Andalucía	1,8 %	4,4 %	Cuestionario propio
Tejeiro (1998)	419	Algeciras	1,9 %	3,8 %	
PFD (Plan Foral de Drogodependencias) (2000)	1.504	Navarra	0,80 %. (JCP) ²	1,60 %. (JPP) ³	DSM-IV. Cuestionario propio
Ramírez (1999)	3.000	Andalucía	1,6	1,4	SOGS
Becoña (2004)	1.624	Galicia	0,9 a lo largo de la vida 0,3 en el último año	0,9 a lo largo de la vida. 0,3 en el último año	NODS

Tabla recopilatoria de varios autores.

1 Suma de Jugadores Patológicos y de Jugadores Problemas

2 Jugador con Problemas

3 Jugador con Posibles Problemas

Si hace unos años, tanto datos nacionales como de otros países, indicaban que entre el 1,5% y el 2% de la población era jugador/a patológico/a, los últimos estudios apuntan a un porcentaje de entre el 0,3 y el 0,9 de jugadores/as patológicos/as, siendo un poco mayor para jugadores/as problemas.

La mayor parte de los autores consideran que se debe continuar investigando para aproximarse a los datos reales de la epidemiología del juego patológico. Es necesario continuar las investigaciones para saber exactamente cuál es la prevalencia en nuestra población. Nuevos criterios diagnósticos y nuevos instrumentos de evaluación pueden haber influido en la variación de los datos, sin dejar de lado la menor percepción del riesgo de los juegos de azar en los años 90.

Aun considerando la prevalencia más baja de juego patológico, estaríamos hablando de varios cientos de miles de jugadores/as patológicos/as en España (en Extremadura entre 1.803 y 7.581). Esto representa un importante número de afectados, con los problemas que acarrea para ellos, sus familias y otras personas del entorno, así como para el sistema

sanitario. (Becoña 2004). Teniendo en cuenta que, hasta ahora, sólo uno de cada tres jugadores/as patológicos/as suele pedir ayuda, podemos aproximarnos a la demanda de tratamiento de jugadores/as patológicos/as existente en Extremadura.

El Perfil del/a jugador/a patológico/a.

Tomando datos de varias publicaciones el perfil más común del/a jugador/a patológico/a en la comunidad sería el siguiente: mayor proporción de hombres que de mujeres, variable según los estudios pero aproximadamente de dos a tres hombres por cada mujer; entre 18 y 40 años; la misma cantidad de solteros que de casados; la mayor parte pertenece a las clases sociales media o media-baja, aunque el juego se da en todas las clases sociales; profesión variable; antecedentes familiares de adicciones, siendo la más frecuente la adicción al alcohol.

Prevalencias en adolescentes y jóvenes

Pero si el juego patológico es un grave problema en adultos, los problemas con el juego parecen tener una especial relevancia en jóvenes y adolescentes. En España disponemos de estudios parciales sobre juego con máquinas tragaperras en niños y adolescentes, que se exponen en la siguiente Tabla adaptada de Secades, R y Villa, A. (1998).

Autores	Lugar	Muestra	Prevalencia de jugadores patológicos
Becoña y Gestal (1996)	La Coruña	1.200. 11-16 años	2.21%
Arbigana (1996)	Huelva	105. 14-17 años	2.9%
Villa, Becoña y Vázquez (1997)	Gijón (Asturias)	2.185. 11-16 años	1.6%
Becoña (1997)	Ciudad de la Coruña	Representativa para 11 a 14 años	2.4%

Coincide con datos de otros países que nos indican la mayor prevalencia de juego en adolescentes, si bien en estos estudios epidemiológicos se prefiere hablar de juego problema, más que de juego patológico. Becoña (2004) recoge una serie de razones de varios autores para hablar en estos términos:

- Por no ser posible establecer con los instrumentos utilizados hasta ahora un diagnóstico equivalente a los criterios diagnósticos del DSM-IV.
- Porque todavía desconocemos la razón por la que se encuentra una prevalencia tan alta de juego patológico o juego problema en los estudios hechos en adolescentes, que suele ser del doble al cuádruple de la encontrada en adultos (Gambino, 1977; Yafee y Brodsky, 1997).

- Porque probablemente estemos sobreestimando la prevalencia del juego patológico en adolescentes, especialmente cuando se quiere hacer coincidir una evaluación puntual en la población de adolescentes mediante cuestionarios con lo que sería un diagnóstico clínico real de juego patológico (Gupta y Deverensky, 1998).
- Porque es probable que los instrumentos de evaluación que se vienen utilizando no sean los más adecuados para este tipo de población (Gesrtein et al. 1999).

2.10. LA LUDOPATÍA COMO CONDUCTA ADICTIVA.

El Juego Patológico (o ludopatía) ha sido definido por múltiples autores como enfermedad o trastorno adictivo (Custer y Milt, 1985, Rosenthal, 1989; Lesieur y Heineman, 1988; Rodríguez Martos, 1987), y más recientemente por Ochoa y Labrador (1994) y Fernández Montalvo y Echeburúa (1997).

Griffiths en 1998 definía las adicciones comportamentales como:

- No químicas o no tóxicas.
- Cualquier comportamiento puede ser definido operacionalmente como adicción si cumple los criterios siguientes:
 - *Saliencia*: referido a cómo una actividad particular se convierte en la más importante en la vida del individuo y domina sus pensamientos, sentimientos y conducta.
 - *Modificación del humor*: experiencias subjetivas que la gente experimenta como consecuencia de implicarse en la actividad.
 - *Tolerancia*: proceso por el cual se requiere incrementar la cantidad de una actividad particular para lograr los efectos anteriores.
 - *Abstinencia*: estado emocional desagradable y/o efectos físicos que ocurren cuando una actividad particular es interrumpida o repentinamente reducida.
 - *Conflicto*: se refiere a los conflictos que se desarrollan entre el adicto y aquellos que le rodean (conflicto interpersonal), conflictos con otras actividades (trabajo, vida social, intereses, aficiones), o dentro de los propios individuos (conflicto intrapsíquicos) que están involucrados en la actividad particular.
 - *Recaída*: es la tendencia a volver a los patrones tempranos de la actividad que vuelven a repetirse restaurando los patrones más extremos de la adicción, a veces tras años de abstinencia y control.

A continuación se muestra una comparativa entre la dependencia de sustancias psicoactivas y la dependencia del juego, según DSM-III-R, recogida del libro *El Juego Patológico* de Ochoa y Labrador (1994, pág. 37) que se reproduce por lo didáctica de la misma:

Dependencia a sustancias psicoactivas	Dependencia al juego
	1. Preocupación frecuente por jugar o por obtener dinero para jugar.
1. Con frecuencia, el uso de la sustancia se hace en mayor cantidad o por un período más largo de lo que el sujeto pretendía.	2. Jugar más cantidad de dinero o durante más tiempo del que se había previsto.
2. Un deseo persistente o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso de la sustancia.	6. Esfuerzos repetidos para reducir o parar el juego.
3. Gran parte del tiempo se emplea en actividades para obtener la sustancia (ejemplo, el robo), consumirla (ejemplo, fumando en cadena), o recuperarse de sus efectos.	8. Sacrificio de alguna importante actividad social, profesional o recreativa en aras de poder jugar.
4. Intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto tiene que desempeñar sus obligaciones laborales, escolares o domésticas (ejemplo, no acude al trabajo a causa de la resaca, va al trabajo o a la escuela “colocado”, está bajo los efectos de la intoxicación mientras cuida a sus hijos), o cuando el uso de la sustancia es físicamente arriesgado (ejemplo, conduce bajo los efectos de la intoxicación).	
5. Reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas a causa del uso de la sustancia.	7. Con frecuencia el juego tiene lugar cuando se espera del sujeto que esté cumpliendo sus obligaciones sociales o profesionales.
6. Uso continuo de la sustancia a pesar de ser consciente de tener un problema social, psicológico o físico, persistente o recurrente, que está provocado o estimulado por el uso de tal sustancia (ejemplo, el sujeto sigue consumiendo heroína a pesar de las discusiones familiares que provoca, de la depresión inducida por la cocaína, o de tener una úlcera que empeora con el alcohol).	9. Se continúa jugando a pesar de no poder pagar las deudas crecientes, o a pesar de otros problemas significativos (sociales, profesionales o legales) que el sujeto sabe que se agudizan con el juego.
7. Tolerancia notable: necesidad de incrementar considerablemente la cantidad de sustancia (al menos en un 50%) para conseguir el efecto deseado o la intoxicación, o una clara disminución de los efectos con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia.	3. Necesidad de aumentar la magnitud o frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada.
Aclaración DSM-III-R (los síntomas siguientes no pueden aplicarse al cannabis, los alucinógenos o la fenciclidina-PCP-).	
8. Síntomas de abstinencia característicos.	4. Intranquilidad o irritabilidad cuando no puede jugar.
9. A menudo consume la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.	5. Pérdidas reiteradas de dinero en el juego y al día siguiente intentos de recuperarlo.

Shaffer, en 1989, indicaba que una conducta adictiva es aquella que continúa a pesar de sus adversas consecuencias; al sujeto le parece que escapa a su control consciente y está

precipitada por un sentimiento que puede ir desde un deseo moderado hasta una obsesión intensa.

Otros autores (Blume, 1986; Echeburúa, 1992; Lesieur y Heineman, 1988; Robert y Botella, 1995; Rodríguez-Martos, 1987) señalan determinados factores que son similares entre el juego patológico y el abuso de sustancias tóxicas. Exponemos lo que recoge Secades, R. y Villa, A. (1998):

1. Una amplia aceptación social y disponibilidad ambiental.
2. Unos modelos explicativos similares para dar cuenta de ambas conductas.
3. Las reacciones psicológicas tras el consumo de los/as adictos/as a sustancias son similares a las de los/as jugadores/as patológicos/as. Básicamente bienestar, seguido de un sentimiento de culpabilidad.
4. Factores de personalidad comunes en las distintas adicciones (ejemplo, la búsqueda de sensaciones).
5. Los/as jugadores/as patológicos/as y los/as adictos/as a las drogas (especialmente, los/as alcohólicos/as) comparten espacios sociales comunes (bares, cafeterías, etc.).
6. El fenómeno de la co-adicción, es decir, el consumo excesivo de alcohol y el juego compulsivo aparece conjunta o secuencialmente en muchos casos, desconociéndose, en ocasiones, qué problema es más importante o el orden de aparición.
7. Estas conductas tienen un origen lúdico-social, apareciendo sólo posteriormente una pérdida de control.
8. Suponen un deterioro de diferentes ámbitos del estilo de vida de las personas que las padecen: familiar, social, laboral, personal, etc.
9. Se da una supeditación del estilo de vida al mantenimiento de la adicción.
10. Las técnicas de tratamiento utilizadas en ambos trastornos son similares.
11. Su tratamiento conlleva múltiples recaídas.
12. Las personas afectadas exhiben “mecanismos de defensa” comunes (como la negación y la justificación) que tienden a mantener el problema y a obstaculizar la terapia.
13. Los procesos de abstinencia y recaída son similares. La recaída suele ocurrir en los primeros meses de abstinencia y las situaciones de riesgo y los componentes cognitivos implicados en la misma son equiparables.
14. El papel de los ex pacientes en el tratamiento puede ser importante, ya que cumplen la función de modelos o ejemplos de recuperación.
15. Los grupos de autoayuda (de alcohólicos o de jugadores/as) cumplen un papel relevante en el tratamiento y mantenimiento de la abstinencia.
16. Por último, se destaca también la importancia de la terapia grupal con grupos de iguales.

2.11. LA LUDOPATÍA COMO ENFERMEDAD PSICOSOCIAL.

La ludopatía es una enfermedad psicosocial. La ludopatía, al igual que el resto de las conductas adictivas o dependientes genera una situación-problema con importantes implicaciones sociales. Las capacidades de las personas para el desenvolvimiento normal de su vida se ven gravemente afectadas. Así las áreas afectadas de los/as jugadores/as patológicas son:

- Pensamiento.
- Afectividad.
- Actividad laboral y social.

Para el tratamiento se ven implicados todos los ámbitos en los que se mueven las personas:

A. La familia.

Es el principal agente socializador. En ella se transmiten las pautas de educación social asumidas por el grupo familiar, desde pautas de satisfacción necesidades básicas (alimentación, higiene, etc.) hasta relaciones afectivas y sentido de pertenencia. Es en el seno de la familia donde se interioriza por imitación y asimilación las pautas de conducta social y cultural.

En mayor o menor medida, la desestructuración familiar está presente en el entorno de los/as jugadores/as patológicos. La familia nuclear constituye un espacio social en el que cualquier elemento distorsionante encuentra rápidamente respuestas, que se traducen en un deterioro progresivo de la convivencia, no solo conyugal sino también para los/as hijos/as.

Se habla de que no sólo el que sufre el problema es el/la enfermo/a, sino que es la familia la que está enferma, esta situación es conocida con el *Triángulo del Drama*, encontramos a la persona jugadora como enfermo/a, y además, a toda la familia, es decir, al/la jugador/a, esposo/as e hijos/as . De modo que los miembros de la familia entran en una dinámica de conflictos de relación de difícil control, agravados por problemas económicos que se han derivado de la adicción al juego (deudas, préstamos bancarios, prestamistas particulares, etc.). Todo esto sin olvidarnos que un ambiente familiar conflictivo no es el lugar más adecuado para la formación y desarrollo de los/as hijos/as, puesto que gran parte de las anomalías sociales se han gestado en ambientes familiares conflictivos.

Por otro lado, la familia del/a jugador/a puede contribuir a la recuperación del jugador/a así como la prevención de la adicción al juego.

B. Ámbito laboral.

Es otro de los espacios de socialización de la persona.

Al/a jugador/a patológico le resulta fácil encontrar excusas para distraer parte del tiempo que debería dedicarle al trabajo, familiares o bien el estado anímico del sujeto le impide desarrollar su labor de manera satisfactoria, dado que la persona llega tarde al trabajo

por entretenerse con la máquina del bar de la esquina, que cada segundo y cada moneda que tiene la invierte en jugar, que se pone nervioso e irritable cuando no está jugando y no ve más que la hora de terminar su jornada laboral para ir a jugar. Esta situación se ve doblemente empeorada si se delinque, accediendo de manera ilegal a bienes económicos de la empresa o clientes. Aparecen así los problemas legales que en ocasiones llegan al despido.

C. Grupo de iguales.

El grupo de amistades y compañeros/as es otro de los ámbitos relacionales de la persona.

En los/as jugadores patológicos/as sus amistades pasan a ser acreedores, por lo que se procura evitarlos, ya que en no pocas ocasiones se les pide dinero prestado, dinero cuya posibilidad de devolución suele ser escasa.

Así el jugador se va alejando cada vez más de las amistades, de la pareja, de lo/as hijos/as. Este/a cada vez emplea más tiempo en el juego y menos en sus relaciones familiares, laborales o sociales, lo que les lleva a un aislamiento social cada vez mayor.

Es importante a la hora de abordar el tratamiento tener en cuenta estos ámbitos en los que desenvuelve la persona.

2.12. LAS ADICCIONES SIN SUSTANCIAS EN LAS MUJERES.

Con el surgimiento de los primeros casos de jugadores/as patológicos/as en España se ha apreciado, de modo semejante a otros países, que hay características diferenciadoras entre hombres y mujeres jugadores/as patológicos. Después de analizar la *prevalencia* de este trastorno en las mujeres en España se presentan doce características que permiten delimitar los rasgos más relevantes en la mujer jugadora patológica:

1. Adquisición del trastorno: La mujer jugadora patológica poco o *nada se diferencia* del varón en los procesos psicológicos que conllevan a la adquisición de la conducta de juego, a la escalada hacia un juego problemático y posterior aparición del juego patológico.
2. Tipo de juegos: Hay una clara diferencia de los tipos de juegos de elección entre los de azar disponibles en España en las mujeres respecto a los hombres.

HOMBRES	%	MUJERES	%
Máquinas tragaperras	53.60 %	Bingo	25.00 %
Cupón de la ONCE	32.10 %	Cupón de la ONCE	25.00 %
Lotería primitiva	32.10 %	Lotería primitiva	25.00 %
Cartas	28.60 %	Máquinas tragaperras	25.00 %

3. Doble moral social ante el juego de la mujer: La mujer sufre directamente cuando es jugadora patológica la doble moral o la doble visión que nuestra sociedad aplica al varón o a la mujer cuando uno u otro tiene un problema o trastorno grave como es este del juego patológico.
 - a. Al varón se le tolera el juego excesivo en las primeras fases, conducta socialmente aceptada; a la mujer no.
 - b. Estereotipos sociales. Mientras que al varón se le puede considerar una persona sin control, con poco dominio, a la mujer es más probable que se le aplique el concepto moral de “viciosa” o “jugadora compulsiva”, dado que el varón todavía sigue disfrutando en nuestra sociedad de una mayor tolerancia hacia sus excesos que la mujer.
4. Fases del juego: Las fases del juego por las que pasa la mujer son *las mismas* que por las que pasa el hombre.
5. Problemas de depresión: En la población general es bien conocido que la mujer tiene mayores problemas de depresión que el varón. Se calcula que en las sociedades industrializadas la prevalencia de depresión mayor es de 2 al 4% para los hombres y del 4 al 9% para las mujeres, que sube en el riesgo a lo largo de toda la vida entre el 7 y el 10% en el hombre y del 14 al 20% en mujeres.

SEXO	% SOCIEDAD ACTUAL	% PERSONAS LUDÓPATAS
HOMBRE	2-4%	7-10%
MUJER	4-9%	14-20%

6. La reacción de su marido o pareja: El marido o pareja de una mujer jugadora patológica reacciona muy mal ante el juego de su mujer sin apoyarla incluso rechazándola; al contrario de cuando es él quien tiene problemas de juego, en el que ella si le apoya.
7. El sufrimiento de sus hijos: Los/as hijos/as sufren de modo muy acusado las consecuencias de tener una madre jugadora patológica, ya que suelen ser las mujeres los pilares de la casa, sobre todo en educación hacia sus hijos. Los/as hijos/as, quizás, sean los/as más afectados después de la propia jugadora. Sufrirán la falta de afecto, los problemas de carestía, malos tratos en ocasiones, inconsistencia en la educación, etc. Ello facilita que el nivel de psicopatología de ellos sea mayor en este periodo de su vida y en su vida adulta; muchos aprenderán en este momento a ser jugadores patológicos en su vida adulta o no tan adulta, ya en la adolescencia.
8. Su mayor control en la obtención del dinero para jugar: La mujer tiene un mayor control en la obtención de dinero para el juego que el varón ya que suelen ser las encargadas del mantenimiento diario de la vivienda en alimentos. Debido a las

funciones de la mujer en el hogar familiar podríamos explicar la interiorización de su problema, bien a través de procesos depresivos bien a través de trastornos psicosomáticos, que son los síntomas más característicos de muchas mujeres jugadoras. De este modo su problema real, el juego, se mantiene ante los demás más latente porque solo raramente traspasa los límites sociales como son el robo, empeñar todo, falsificar, engañar a familiares o conocidos, etc.

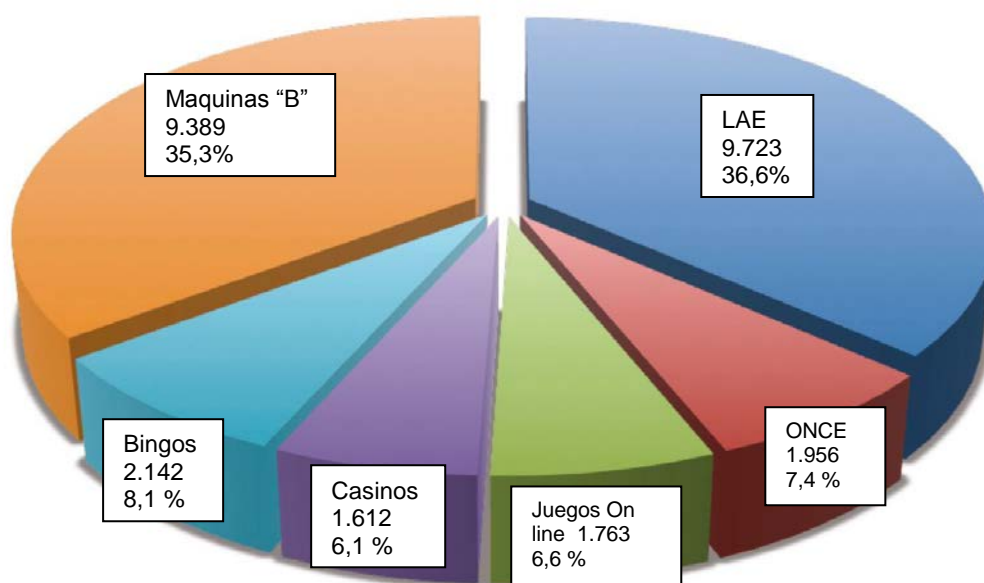
9. Comienzo más tardío en el juego: La mujer comienza a jugar más tarde que el varón. En muchos casos su conducta de juego problemático aparece en una etapa media o tardía de la vida, hecho claramente diferencial del varón.
10. Mayor nivel de psicopatologías: No es extraño encontrar un elevado nivel de psicopatologías en las mujeres que acuden a tratamiento, así como una historia pasada llena de rechazos, indiferencias y traumas. Por lo ya visto, las jugadoras patológicas que acuden a tratamiento (las pocas que acuden a tratamiento), son las más deterioradas. De ahí que la visión clínica que se posee de ellas no se adecua a la realidad social de todas las mujeres jugadoras patológicas, especialmente las que no acuden a tratamiento.
11. Antecedentes familiares: En muchos casos se encuentran antecedentes, tanto en varones como mujeres jugadores/as patológicos/as, de padres o madres jugadores patológicos o padres con problemas de abuso, dependencia del alcohol u otras sustancias.
12. Tratamiento. La detección de estas mujeres con problemas graves de juego es un objetivo y una necesidad en la actualidad. La siempre hablada prevención tiene aquí todo su sentido. La pareja de la jugadora puede detectar este problema, debe hacerlo, y debe estar en alerta, como ocurre en el caso contrario. Si hay indicios de la existencia del mismo, debe ser estudiado el caso y detectarlo para buscarle una salida; la negación al problema es lo más habitual pero no es la solución.

En definitiva, la vida del/a jugador/a pierde calidad, abarcando un amplio espectro, grave deterioro de la convivencia familiar, laboral y social, lo que supone una verdadera marginación social.

2.13. DATOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN DEL JUEGO 2011.

En 2011 tamaño el mercado de juego en España en términos de cantidades jugadas fue de 26.585€ millones, un 2,8% menor respecto a 2010. En cuanto a su distribución por operadores del juego, las cantidades jugadas en 2011 correspondieron en un 37% a Loterías y Apuestas del Estado, en un 7% a ONCE, un 35% a máquinas B, un 8% bingos, un 6% a casinos y un 7% a juego on line.

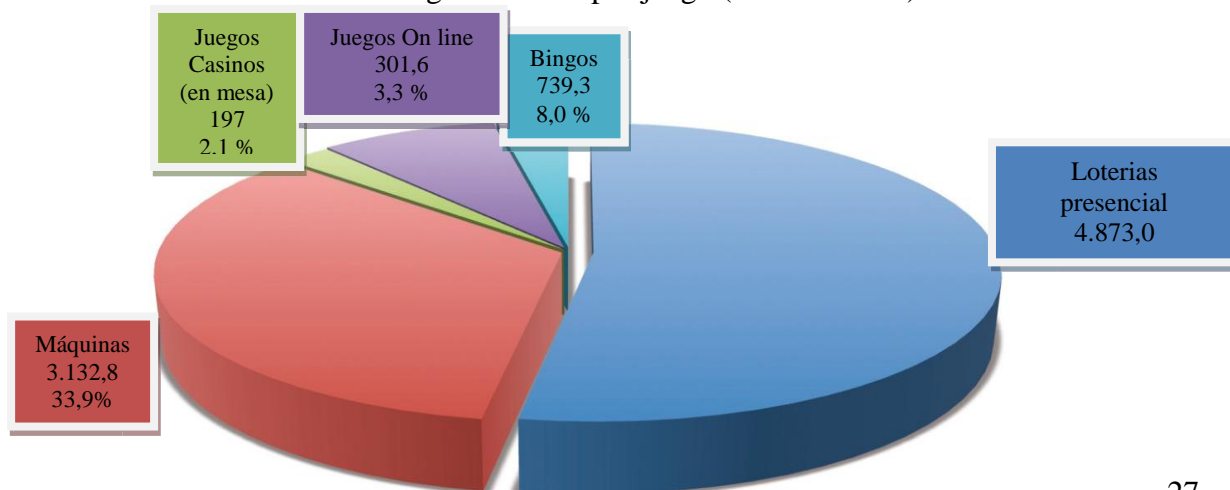
Mercado de Juego en España en 2011 por operador: % sobre cantidades jugadas (mil. de euros)



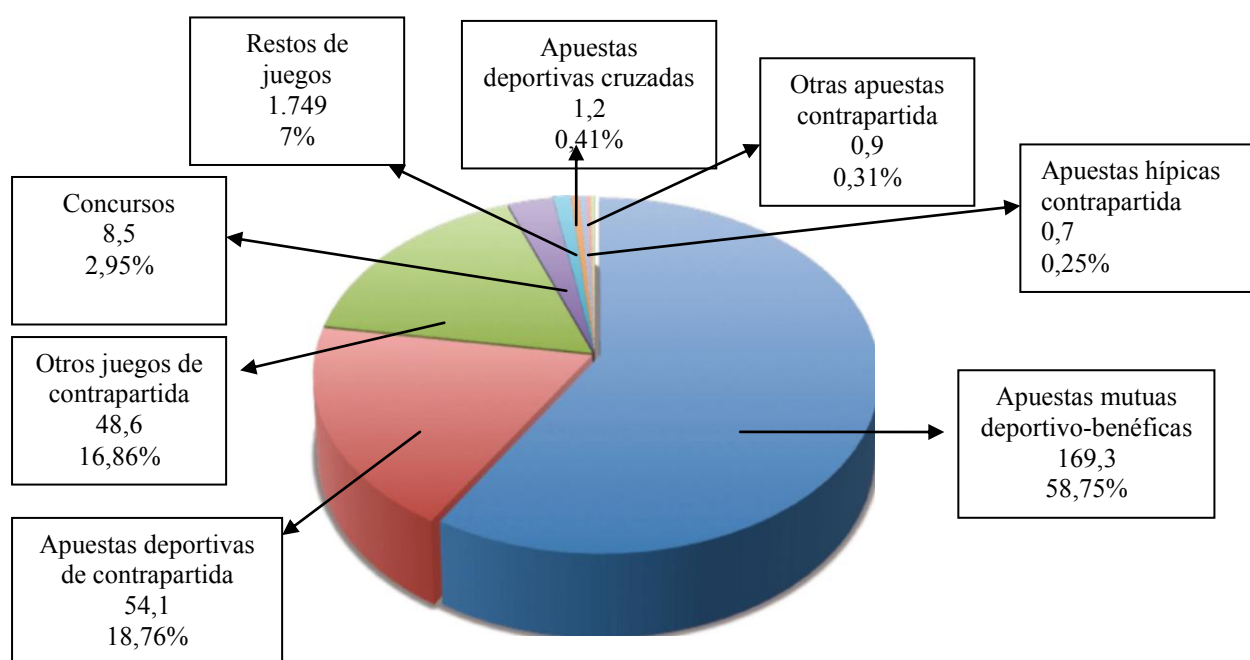
Vemos que el juego presencial sigue dominando el mercado de juego en España en el año 2011, sobre todo los juegos oficiales de LAE, y aunque se empieza a apuntar un crecimiento del sector de juego on line, los volúmenes de partida son muy modestos, y la importancia relativa del sector todavía reducida.

Tanto en términos de cantidades jugadas, como en términos de ingreso neto por juego, el tamaño del mercado juego en España se ha reducido en 2011, continuando la tendencia que se inició en el 2008. Esto es atribuible a dos factores: por un lado, al impacto de la crisis económica en los hogares; y por otro lado, a la aparición de operadores on line, con un incremento anual acumulativo en su volumen de ingresos y cantidades jugadas, según las estimaciones, de cerca del 30 %.

Mercado de Juego en España en 2011 por tipo de juego: % sobre ingresos netos por juego (mill. de euros)

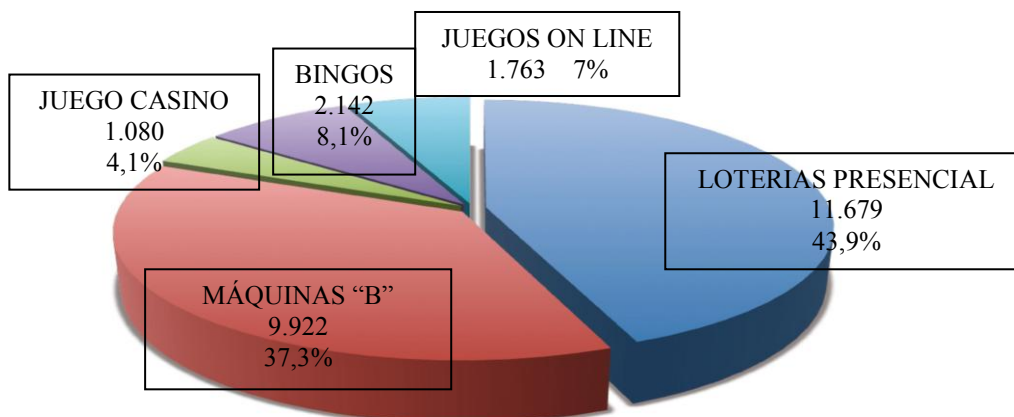


Si no se tiene en cuenta el juego on line, las caídas en términos de cantidades jugadas agregadas en España en 2011 sería superior al 9%, mientras que esta caída se reduce hasta el 2,8% con la inclusión del juego on line. Los juegos presenciales como bingos, máquinas, casinos, al igual que viene sucediendo desde 2008, se han visto afectados por este retroceso en sus ingresos: cayendo un 25%, un 13% y un 11% respectivamente. Por otro lado, los juegos de loterías y apuestas han tenido un comportamiento mucho más favorable, presentando incrementos en 2011 en sus ingresos: 5,4% en términos totales (3,9% en el caso de apuestas de LAE y 11,3% en el caso de ONCE).

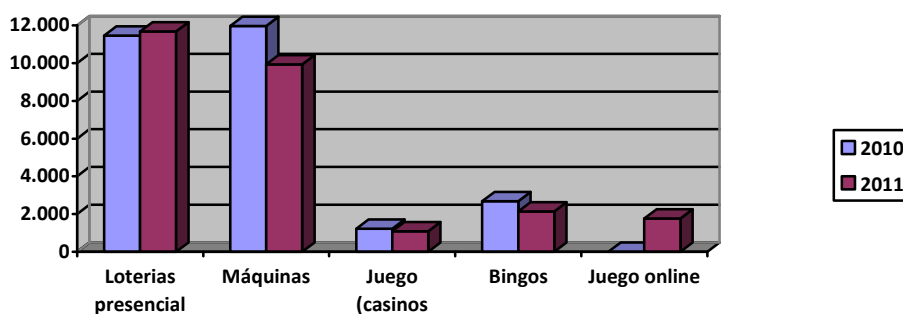


La cifra total de cantidades jugadas en el año 2011, según los datos facilitados por la Agencia Tributaria, son cercanas a los 3.000 millones de euros.

Podemos ver como la demanda del juego en España, en términos de cantidades jugadas alcanzó los 26.585 millones de euros con una presencia absolutamente mayoritaria del juego presencial, con cerca de un 93% del total. Dentro del juego presencial destaca la demanda de loterías y apuestas con un 43,9% del total, seguida de máquinas (tipo B y C) con un 37,3%, bingos con un 8,1%, juegos en mesa de casinos con un 4,1% y juegos on line con un 7% de las cantidades jugadas.

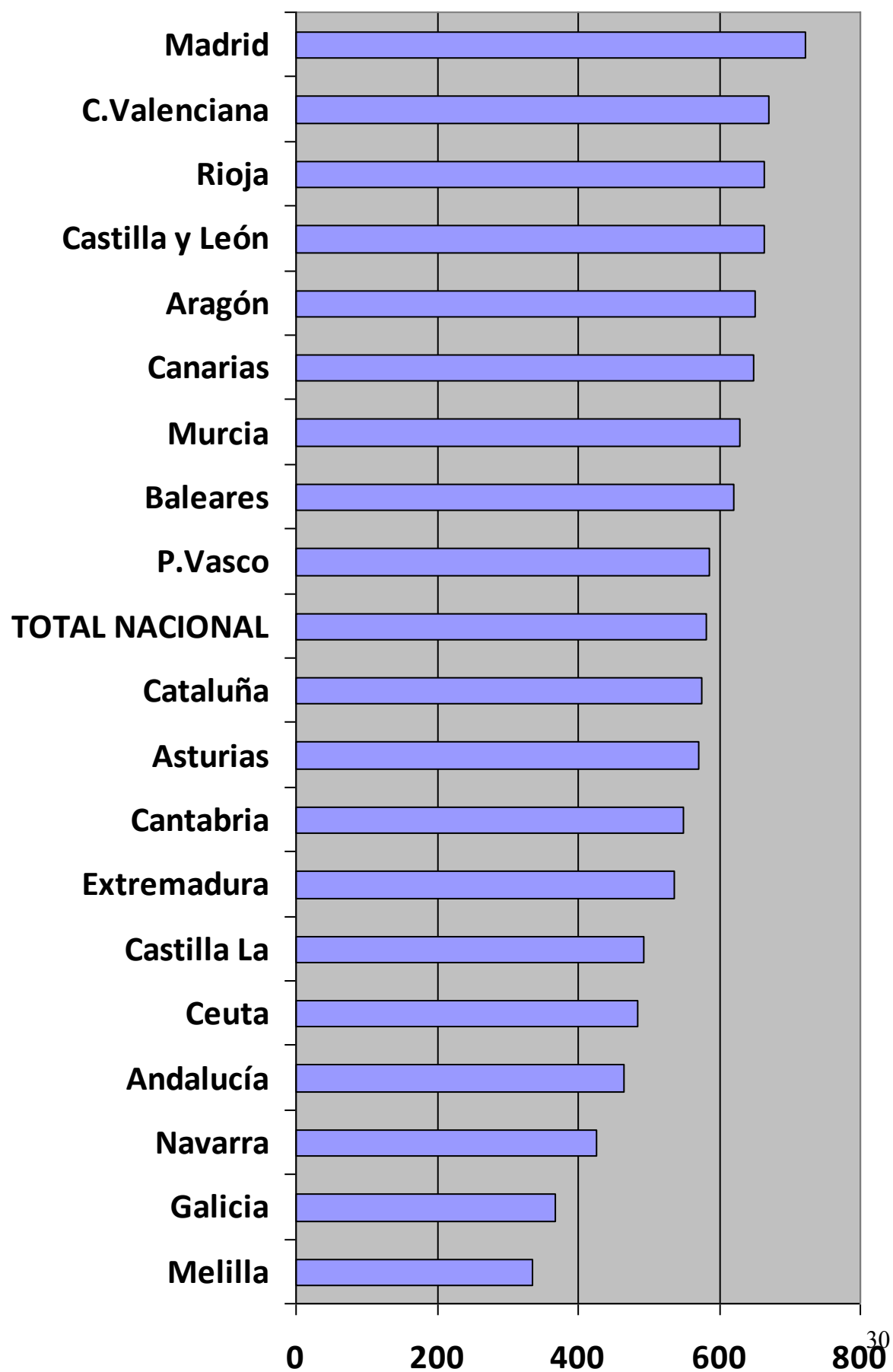


Cantidades jugadas por habitantes por tipo de juego (mil. de euros)



Esto parece indicar que el impacto sobre la renta disponible y el consumo privado, de la recesión y de la crisis económica iniciada en 2008, está afectando negativamente a la evolución de la demanda de juego en España. No obstante, el comportamiento de la demanda no es homogéneo entre segmentos. Así, en términos de cantidades jugadas y de gasto real por habitante la demanda se ha debilitado, especialmente la demanda de juegos de gestión privada (casinos, bingos, y maquinas), y en menor medida en el caso de las loterías y apuestas, cuya demanda por habitante en el último año ha repuntado ligeramente.

Cantidades jugadas por habitante por comunidad autónoma (euros).



2.14. POLÍTICA Y LEGISLACIÓN.

- *Ámbito mundial.*

En el *Informe Mundial sobre las Drogas del 2009*, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) pone en relieve efectos negativos, claramente no deseados de la fiscalización de drogas, que preanuncian la necesidad de celebrar un debate sobre las formas de hacerles frente. Últimamente, se han alzado voces, limitadas pero en aumento entre los políticos, los medios de difusión y opinión pública, que afirman “la fiscalización de las drogas no están dando resultados”. Por ello desde la UNODC se llega a la conclusión de que se debería alentar a los diferentes medios de proteger a la sociedad contra las drogas, y no de impulsar el objetivo diferente de abandonar esta protección.

Por otro lado, defiende que el papel de los gobiernos en la adopción y ejecución real de políticas capaces de influir en las adicciones es fundamental.

- *Ámbito europeo.*

A nivel internacional se ha suscitado un notable interés público y profesional merced a los debates que han desembocado en la aprobación de una nueva Declaración política y un Plan de acción de las Naciones Unidas para combatir el problema global de las drogas, surgido a raíz de la revisión de los objetivos en la Sesión Especial de la Asamblea General (Ungass) de 1998. En este debate Europa se ha mostrado claramente partidaria de políticas de lucha contra las drogas que sean equilibradas, científicamente fundamentadas y humanitarias.

El debate político europeo actual se ha desplazado a favor de conceder mayor actividad a las actividades de represión enfocada al suministro, más que al consumo de drogas.

En 2008 se elaboran dos nuevos documentos de política de lucha contra la droga a escala europea e internacional. En Diciembre 2008, la Unión Europea desveló su nuevo Plan de acción en materia de lucha contra la droga (2009-2012) y algunos meses más tarde las Naciones Unidas presentaron una nueva declaración política y un nuevo Plan de acción para luchar contra el problema de las drogas en el mundo.

Los debates sobre la política internacional versaron, entre otras cosas, sobre el tráfico de drogas, y en el presente informe se revisan también los recientes avances realizados en el ámbito de las penas mínimas para el tráfico de drogas en Europa. Otros temas de interés fueron: la reducción de daños, adopción y evaluación de estrategias nacionales y planes de acción de lucha contra la droga, nuevos datos y tendencias sobre el gasto público relacionado con las drogas y los avances realizados en el marco de la investigación sobre las drogas en Europa.

- ***Nivel nacional. Estrategia Nacional sobre Drogas. 2009-2016.***

El Plan Nacional sobre Drogas ha alcanzado en 2012 veintisiete años de existencia. La principal explicación de la pervivencia en el tiempo de una iniciativa tan singular como esta –y los resultados que ha alcanzado– radica, sin lugar a dudas, en el profundo compromiso entre todas las fuerzas políticas y sociales para considerar el problema de las drogas y las drogodependencias como el problema de todos.

Se trata de un documento que converge con la vigente Estrategia Europea, con las de los países que nos son más próximos y, por supuesto, con los planes y estrategias de nuestras Comunidades Autónomas para facilitar la colaboración y promover sinergias en las distintas intervenciones.

Se pronuncia por la normalización de la asistencia al consumidor y la garantía de la asistencia sanitaria con el establecimiento de un circuito terapéutico en directa conexión con los servicios sociales y los laborales, por la incorporación de la prevención de las adicciones a la agenda de salud, la mejora de los programas de disminución del riesgo y los de reducción del daño, la mejora de la atención específica a la patología dual, la priorización de programas en ámbitos sensibles como prisiones o los dirigidos a poblaciones vulnerables en riesgo de exclusión social. Y, finalmente, aboga por la instauración definitiva de la cultura de la evaluación, del fomento a la investigación y por la mejor y más inmediata transferencia de los resultados a la práctica clínica.

- ***Nivel nacional. Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego.***

Desde el 27 de mayo de 2011, fecha de publicación de la Ley 13/2011, de regulación del juego, hasta la actualidad, se han puesto las bases de lo que se pretende constituya un nuevo sector de actividad en España: el sector estatal del juego. La Ley 13/2011 constituye la base de la nueva regulación y la primera respuesta a la necesidad de regular el sector.

La Ley 13/2011 supone, en consecuencia, la intervención del Estado en el sector del juego desde la asunción exclusiva de las competencias de juego por las diferentes comunidades autónomas. Es cierto que el Estado se había venido ocupando de la regulación de los juegos que controlaba directamente: las loterías y las llamadas apuestas mutuas deportivo-benéficas, pero la Ley 13/2011 constituye la primera regulación general de la actividad de juego desde la despenalización de la actividad en el año 1977.

El objetivo primordial de la Ley 13/2011 es la creación de un marco jurídico adecuado para el desarrollo del sector del juego de ámbito estatal, que ofrezca seguridad jurídica a operadores y participantes, evite e impida la participación de menores y de aquellas personas a las que, bien por propia voluntad, bien por resolución judicial, se les hubiera limitado el acceso a actividades de juego, proteja el interés público y evite y prevenga actividades de blanqueo de capitales y de financiación del terrorismo. Partiendo de estas premisas, se establece un régimen jurídico que acomete la regulación de la actividad de juego desde el control de los operadores a través del otorgamiento de títulos habilitantes: las licencias generales y singulares, para el desarrollo no esporádico de actividades de juego, y las autorizaciones, para el desarrollo esporádico de las mismas. A partir de los títulos

habilitantes y de la expresa prohibición de la práctica de actividades de juego sin la previa obtención de aquéllos, se construye un régimen que persigue principalmente la protección de los ciudadanos, que, como se ha señalado, trata de aportar seguridad jurídica a las entidades que explotan o desarrollan actividades de juego y que, en última instancia, pretende perseguir el juego ilegal.

Asimismo, y considerando las competencias de las Comunidades Autónomas en materia de juego y la conveniencia de la coordinación de las medidas regulatorias, la Ley crea el Consejo de Políticas de Juego en el que se encuentran representadas tanto la administración General del Estado como los responsables de juego de las distintas Comunidades Autónomas.

La Ley 13/2011 entró en vigor el día siguiente al de su publicación en el BOE, aunque su Disposición transitoria octava dejó en suspenso el régimen sancionador recogido en su Título VI y que, tras la modificación operada por el Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público, será de aplicación en la fecha de publicación de la resolución del primer procedimiento para el otorgamiento de licencias o el 30 de junio de 2012 si la resolución citada no se hubiera publicado en esa fecha.

- Nivel autonómico. II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

El II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones muestra su interés en cinco áreas concretas de intervención, que son: prevención, atención socio-sanitaria, incorporación social, reducción de riesgos y daños e información, formación e investigación.

Como veremos más adelante, y exceptuando las labores sanitarias por falta de recursos tanto humanos como financieros, AONUJER cubre todas las áreas propuestas para garantizar el desarrollo pleno tanto de los usuarios como de los familiares que los acompañan. Aún así la pregunta que cabe hacerse es: si a nivel micro se interviene en todas las áreas, ¿hasta qué punto se financian a nivel macro las citadas áreas de intervención aplicadas al problema concreto de la ludopatía?

Según datos de 2007 de la gestión del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, la prevención y recomposición del ámbito familiar en el proceso de rehabilitación de una adicción sin sustancias como la ludopatía es de vital importancia. Esta visión para AONUJER ya existía desde sus inicios puesto que ha dado tratamiento tanto al jugador patológico como al familiar acompañante desde 1991.

Aún a pesar del esfuerzo mostrado por la administración pública para sensibilizar a la población de las consecuencias que acarrea el juego patológico, creemos que son necesarias actuaciones específicas para esta adicción.

Esto se justifica si analizamos los datos que arrojan las estadísticas de la citada Memoria de 2007, en la que encontramos que el número de admisiones en los Centros de Tratamiento Ambulatorio (CTA) es el más bajo en comparación con el resto de

dependencias. Además, si nos detenemos en la evolución de las admisiones entre 2003 y 2007 por provincias vemos que Huelva está a la cola junto con Almería.

Pero en sí, el dato que nos empuja a la necesidad de realizar campañas específicas para la ludopatía es el empeoramiento de las estadísticas si se analizan las admisiones en los CTA por género, ya que son las más sexistas de entre todas las adicciones.

Este dato podría estar carente de contenido, pero resulta trascendente cuando lo comparamos con el del tabaco donde existe una igualdad absoluta por género en los admitidos en CTA (50% hombres y 50% mujeres), mientras que para el juego patológico el 92% es ocupado por hombres.

Al analizar esta estadística podríamos concluir que el fumar tabaco es una conducta socialmente aceptada y normalizada en nuestra sociedad, mientras que el juego patológico sigue viéndose desde el cariz de vicio, por lo que cabe preguntarse si esta situación podría deberse a que se le ha prestado menos atención al juego patológico y como consecuencia está menos atendido y por consiguiente menos normalizado.

3. AONUJER.

3.1. ORIGEN DE AONUJER.

El día 13 de junio de 1991, se fundó la Asociación Onubense de Jugadores de Azar en Rehabilitación de Huelva (AONUJER), ya que en esta capital no existía ningún centro para el tratamiento de esta enfermedad.

La asociación más cercana para rehabilitarse de esta adicción, se encontraba en Sevilla, a unos 100 kilómetros aproximadamente. Por este motivo dos matrimonios onubenses que se encontraban bajo tratamiento en Sevilla, decidieron fundar una nueva asociación en Huelva. Estos matrimonios son: Don Jorge Barroso y su esposa, Doña Luisa Quero Bejarano y Don Miguel Ángel Escala Vizcaíno y su esposa Doña M^a del Carmen Manzanares Gómez y la Hija del primer matrimonio Doña Luisa Laura Barroso Quero.

El día 4 Julio de 1991 AONUJER entra a formar parte de la Federación Andaluza de Jugadores de Azar Rehabilitados (FAJER), siendo una de las diez asociaciones andaluzas de Autoayuda y Ayuda Mutua para el jugador de azar y sus familiares.

Efectivamente, en los últimos años ha comenzado a acudir a consulta un número creciente de pacientes aquejados por adicciones relacionadas con las nuevas tecnologías, también han aumentado considerablemente los casos de adicciones relacionadas con las compras o con el sexo. Sin embargo, todo ello no se ha traducido en una disminución en la tasa de ludopatía, que permanece prácticamente igual que años atrás.

La mayor parte de los ludópata que acuden a consulta son varones y son muy pocas las mujeres que acuden en busca de tratamiento, aunque cada vez se dejan notar más. Éste es un hecho generalizado en todos los centros de atención a problemas de juego patológico y

que, probablemente, se relaciona con la mayor censura social existente que sufren las mujeres.

Unida a la labor terapéutica, que desarrolla AONUJER aparecen las medidas preventivas que inciden en la población general y más concretamente en los Grupos de Jóvenes, que representan el futuro de nuestra sociedad y necesitan afrontar ese futuro de forma sana, psicológica y físicamente. Nuestra labor está en informarles de la existencia de una patología del juego, de sus consecuencias y su tratamiento, sobre todo que conozcan en la medida el juego puede llegar a ser una simple forma de ocupar el tiempo libre, y hasta donde les puede llevar el abuso del mismo.

En el día 20 de Abril de 2009 recibimos el escrito número 14.304, con fecha del 20/04/09, con el que se remite la resolución de la Dirección General para la Drogodependencia y Adicciones de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, por la que se nos autoriza el funcionamiento del Centro de Tratamiento Ambulatorio exclusivo de juego patológico, único en Huelva. A fecha 10 de diciembre de 2009 se recibe en la Entidad la resolución de la Acreditación del Centro de Tratamiento Ambulatorio exclusivo de juego patológico, para cuatros años, según el Decreto 87/1996, de 20 de febrero, modificado por Decreto 102/2000 de 15 de febrero, por el que se regula la Autorización, Acreditación e Inspección de los Servicios Sociales en Andalucía.

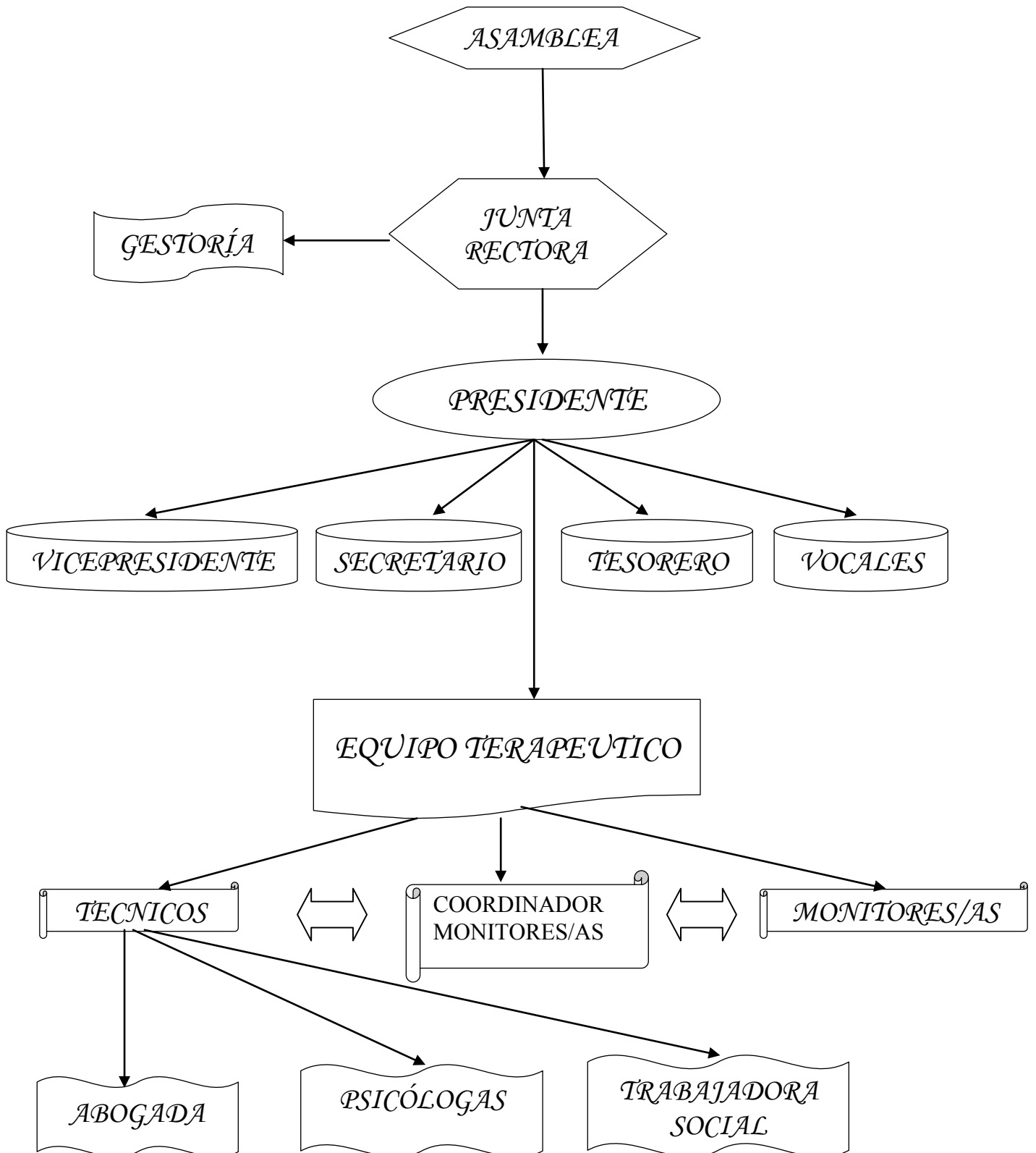
A lo largo de todos éstos años hemos participado en todos los Congresos y Convivencias organizadas por FAJER, y los realizados por FEJAR, en el tiempo que estuvimos integrados en ésa Federación.

Hemos efectuado charlas coloquios y de prevención en Huelva capital y en pueblos de la Provincia como: Ayamonte, Isla Cristina, Lepe, Cartaya, Gibraleón, Trigueros, Valverde del camino, Aracena, San Juan del Puerto, La Palma del Condado, Moguer, Palos de la Frontera, etc.

También hemos participado año tras año en la celebración del 29 de Octubre, DÍA SIN JUEGO DE AZAR, llevando carteles, folletos y propaganda a 55 pueblos de la Provincia de Huelva, instalando mesas informativas en Huelva, Lepe, Aracena, etc.

Esperamos que nuestra Asociación siga durante los años venideros y mientras que la sociedad demande nuestra ayuda, prestando los servicios que hasta la fecha se han puesto a disposición de cuantos lo han necesitado.

3.2. ORGANIGRAMA DE AONUJER.



3.3. EQUIPO TÉCNICO NECESARIO EN LA ASOCIACIÓN

Según el volumen de trabajo con el que nos encontramos en la AONUJER, las necesidades en el equipo técnico son las siguientes:

- 1 Director/a.
- 3 Psicólogos/as.
- 1 Psiquiatra.
- 1 Médico.
- 1 Abogado/a.
- 2 Trabajadores/as Sociales.
- 1 Auxiliar Administrativo.
- 1 Contable.

Como se alude posteriormente, el primer contacto que tienen las personas en la asociación es la “*acogida*” a cargo de los monitores de guardia (estos son pacientes y familiares que se encuentran en la fase de mantenimiento); a continuación estas personas son derivadas a la psicóloga del centro con la cual mantiene una entrevista clínica de unos cuarenta minutos de duración para el respectivo diagnóstico de la enfermedad mediante los baremos correspondientes. Es por ello que, para agilizar el proceso, sería conveniente contar con tres psicólogos/as.

Posteriormente son derivados a la trabajadora social, para finalizar la fase de acogida rellenando los siguientes documentos: contrato terapéutico, documento de la ley orgánica 15/99 de 13 de diciembre de protección de datos y autoprohibido. El próximo día se reunirán de nuevo con la profesional para la realización de la historia social, este documento es el diagnóstico socio-familiar del paciente y del familiar que le acompaña. Durando ambas entrevistas cuarenta minutos cada una aproximadamente. La importancia de tener a dos trabajadores/as sociales radica en el hecho de agilizar y ser más eficientes dando el servicio, ya que podrían planificarse y realizarse más actividades, dinamizando así la asociación.

En ciertos casos los problemas psicológicos que acarrea esta enfermedad producen trastornos que debieran ser medicalizados, por lo que la ayuda de un/a psiquiatra sería útil para tal fin, al igual que el médico sería de gran ayuda para el tratamiento y seguimiento de enfermedades.

Es también común, y a causa de las adicciones sin sustancias, que los enfermos cometan actividades ilícitas que conllevan problemas legales. En estos casos es imprescindible la asistencia de un/a abogado.

Todas las actividades antes mencionadas generan una gran cantidad de tareas administrativas que por escasez de personal acaban haciéndolas los profesionales contratados y parte de los miembros de la junta directiva. Para agilizar los procesos y conseguir que cada miembro de la asociación desarrolle sus quehaceres encomendados sin distracción sería conveniente la contratación de un/a auxiliar administrativo y un contable que desarrolle dichas actividades.

La presencia de un director dentro de la asociación sería de vital importancia para coordinar el trabajo en equipo y velar para que la interdisciplinariedad sea real y efectiva entre todos los profesionales contratados.

En la actualidad contamos con un equipo técnico que por desgracia es más reducido, cuyos nombres y profesiones figuran en el apartado 1.3 de esta memoria.

3.4. ASESORAMIENTO LEGAL EN AONUJER.

Debido a la ley de protección de datos 15/99, trataremos de forma breve y lo más concisa posible las labores de asesoramiento legal realizadas, por la letrada que la suscribe, a la entidad AONUJER como tal, así como a los adictos/as y familiares de la misma dentro de su labor como Centro de Tratamiento Ambulatorio concertado por la Junta de Andalucía.

En primer lugar haremos un breve esbozo desde el prisma legal y de manera muy general, del perfil de los usuarios de este centro, ya que al tratar la patología de las adicciones sin sustancias y en particular la Ludopatía, los principales problemas suelen venir motivados por cuestiones económicas, siendo entre ellas las más usuales las siguientes:

- Inicio de reclamaciones de cantidad mediante el procedimiento monitorio, si bien suelen acudir antes de llegar la citación del juzgado, lo que nos proporciona el margen de maniobra necesario para poder tratar de llegar mediante la mediación y negociación con los acreedores a un acuerdo sobre la forma de evitar al reclamación judicial, para lo que la letrada facilita el escrito de contestación solicitando la negociación a aquellos que lo requieren.
- Una vez finalizado el procedimiento monitorio y estando el mismo en fase de cobro ejecutivo de la deuda hemos asesorado sobre la forma de cobro e instado a tratar de llegar a acuerdos con los acreedores para proceder al mismo del modo menos traumático posible.
- Ha habido casos en los que han acudido al asesoramiento una vez que les ha sido notificado procedimiento monitorio dándoles un plazo de pago de 20 días, tal como marca la Ley. En estos casos si el usuario puede hacer frente al pago y reconoce la deuda como real y cierta lo más correcto sería proceder al mismo, de no ser así se recomienda hacer escrito de contestación en el plazo legal y ofrecer calendarios de pago alternativos para tratar de evitar el embargo.

Si bien como hemos dicho con anterioridad, los problemas económicos son los más usuales, no es menos ciertos que en muchos casos también tienen deterioradas las relaciones familiares y sociales, siendo claramente afectadas, por lo que también se han tratado temas de separaciones, divorcios, reclamaciones de cantidades entre familiares, obligación de pagar la pensión de alimentos o compensatoria, problemas de salud pública, faltas de lesiones, faltas de amenazas, se ha de decir que estas últimas nombradas han sido las menos tratadas.

En otro orden de asuntos y para quedar constancia se ha asesorado a pacientes que venían buscando una orientación de cara a problemas con algunos familiares, que de forma bien directa o indirecta las afectaba.

3.5. LA VIDA ASOCIATIVA EN AONUJER.

Antes de adentrarnos en la gran vida asociativa con la que contamos en AONUJER, creemos conveniente hacer referencia sobre el concepto de asociaciones, sus objetivos, características y funciones de las mismas.

Las asociaciones son agrupaciones de personas constituidas para realizar una determinada actividad colectiva de una forma estable, organizadas democráticamente, sin ánimo de lucro e independientes, al menos formalmente, del estado, los partidos políticos y las empresas.

Están reguladas por la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo, reguladora del Derecho de Asociación y se puede tener una visión amplia del contenido de la misma consultado los comentarios a la Ley, de 22 de marzo, reguladora del Derecho de Asociación.

Así pues, las *características* fundamentales son las siguientes:

- Grupo de personas.
- Objetivos y/o actividades comunes.
- Funcionamiento democrático.
- Sin ánimo de lucro.
- Independientes.

Se tienen que dar una serie de *dimensiones* que las podemos sintetizar en las siguientes:

- *Reivindicativa*: se centra en la agrupación de las personas afectadas por una misma causa para así poder impresionar y ejercer más presión a la mayoría sobre la materia objeto de la reivindicación.
- *Simbólica*: se reclama fundamentalmente la dignidad asociativa y el asociacionismo de calidad.
- *Representativa*: fuertemente vinculada a la democracia participativa y cuyo fin es representar al colectivo de personas afectadas por las adicciones sin sustancias, que en la actualidad se encuentran infrarepresentados, en un contexto donde el asociacionismo tiene mucho que decir y algunas necesidades que cubrir.
- *Organizativa*: se alude específicamente a las necesidades de organización que las entidades deben tener en aras de lograr la máxima eficacia de sus propios fines.
- *Económica*: se evoca a la eficiencia en la gestión de unos recursos que, sin perseguir el lucro, no por menos deben ser gestionados correctamente.

En cuanto a las *funciones asociativas*, podrían concretarse, siguiendo a Jarre (1991), en las siguientes:

-*Aportar innovaciones* mejorando, dentro de lo posible, las actitudes de las personas.

-*Prestar servicios*: diversificando la oferta y satisfaciendo carencias o ausencias de servicios estatales.

- *Actuar como defensor* contra actitudes insolidarias.
- *Garantizar valores* de participación, voluntariado, protección de las minorías más débiles etc.
- *Estructura mediadora* entre el individuo y el Estado como pasarela de comunicación entre ambas.

Esta gran vida asociativa va de la mano del voluntariado, el voluntario es el personaje principal de las redes asociativas. Según la Ley de voluntariado de 15 de enero de 1996 se define voluntariado como “el conjunto de actividades de interés general, desarrolladas por personas físicas, siempre que las mismas no se realicen en virtud de una relación laboral, funcionarial, mercantil o cualquier otra retribuida y que reúna los siguientes requisitos:

- Que tenga carácter altruista y solidario.
- Que su realización sea libre, sin que tengan su causa en una obligación personal o deber jurídico.
- Que se lleven a cabo sin contraprestación económica, sin perjuicio del derecho al reembolso de los gastos que el desempeño de la actividad voluntaria ocasione.
- Que se desarrollen a través de organizaciones privadas o públicas y con arreglo a programas y proyectos concretos”.

Las actividades que los voluntarios pueden llevar a cabo en AONUJER son de gran amplitud, las cuales las detallaremos a continuación:

- Apertura de las instalaciones en horario de mañana (recordamos que el centro tiene horario de tarde) para poder atender a toda persona que demande información y/o ayuda.
- Realización de guardias en horario de tarde con el objetivo de atender a las personas que se acerquen al centro y demanden información y/o ayuda.
- Colocación de mesas informativas en los diferentes puntos de Huelva y su provincia.
- Acercamiento de material informativo a los ayuntamientos y servicios sociales de los municipios onubenses.
- Participación en diferentes medios de comunicación audiovisuales con el objetivo de realizar prevención.
- Participación en diversas actividades realizadas por AONUJER (charlas, convivencias, etc.)

3.6. PENAS JUDICIALES Y AONUJER.

Dentro de la labor de colaboración que desde nuestra entidad con la sociedad, por nuestra parte ofrecemos la posibilidad de realizar dentro de la misma el cumplimiento de pena de trabajos en beneficio de la comunidad.

El día 8 de noviembre de 1995, el Congreso de los Diputados aprobó el que sería denominado Código Penal de 1995, cuya mayor novedad de la nueva regulación en materia

de penas viene constituida por la inclusión de "los trabajos en beneficio de la comunidad" como pena.

Esto es fruto de una evolución histórica, social, política, criminal y legislativa, que se ha ido concretando y perfilándose hasta el modelo actual; sobre todo en otros sistemas penales comparados, que en definitiva es de donde ha bebido el sistema legislativo español.

Según el art. 1 del Real Decreto 690/96 define: " A los efectos de lo previsto en el art. 49 del Código Penal se considerarán trabajos en beneficio de la comunidad la prestación de la cooperación personal no retribuida en determinadas actividades de utilidad pública, con interés social y valor educativo, tendente a servir de reparación para la comunidad perjudicada por el ilícito penal y no supeditada al logro de intereses económicos".

La pena de trabajos en beneficio de la comunidad se persiguen dos fines básicos: **la resocialización del penado/a-infractor/a y la reparación simbólica a la comunidad.** Los aspectos básicos de esta tipología de penas se pueden resumir en:

- El trabajo en beneficio de la comunidad tendría una duración mínima de 20 horas y máxima de 120 horas.
- Las circunstancias de su ejecución se establecerán reglamentariamente.
- Los trabajos en beneficio de la comunidad, no podrán imponerse sin consentimiento del penado, ya que obligan a prestar su cooperación no retribuida en determinadas actividades de utilidad pública.
- Su duración diaria no podrá exceder de ocho horas y sus condiciones serán las siguientes:
 - Se ejecuta bajo el control del Juez o Tribunal sentenciador, que, a tal efecto, podrá requerir informes sobre el desempeño del trabajo a la Administración, entidad pública o asociación de interés general en que se presten los servicios.
 - No atentará a la dignidad del penado.
 - El trabajo en beneficio de la comunidad será facilitado por la Administración, la cual podrá establecer los convenios oportunos a tal fin.
 - Gozará de la protección dispensada a los penados por la legislación penitenciaria en materia de Seguridad Social.
 - No se supeditará al logro de intereses económicos.

En AONUJER, a lo largo del año 2012 han pasado por nuestro centro para realizar trabajos en beneficio a la comunidad un total de 3 personas, con una duración que va desde 80 horas hasta 120 horas.

3.7. 29 DE OCTUBRE, DÍA SIN JUEGO DE AZAR.

MANIFIESTO “29 DE OCTUBRE, DÍA SIN JUEGOS DE AZAR”

Las Asociaciones al pie firmantes manifiestan:

*Que con motivo de la celebración del “29 de Octubre, Día sin Juego de Azar” la Federación Andaluza de Jugadores de Azar Rehabilitados desarrollará una serie de actividades para informar a la población en general sobre los **efectos nocivos que el juego de azar y virtual está produciendo en la población andaluza.***

Desde el día 15 de octubre esta federación y sus asociaciones están realizando distintas actividades en todas las provincias andaluzas: instalación de mesas informativas; pegadas de carteles; actividades lúdicas dirigidas a los menores donde se reparte diverso material informativo y divulgativo, etc.

*El objetivo general de ésta campaña es **concienciar a la población** de los efectos tan negativos que está produciendo en los andaluces el uso abusivo del juego de azar y virtual, informándolos de que la adicción al juego es una enfermedad.*

*Y dado al **elevado índice de menores y adolescentes andaluces (34%) con predisposición a tener problemas de adicción** por el uso de las nuevas tecnologías, las Administraciones tanto educativo como sanitario, deben tomar las medidas correctoras necesarias para evitar las mismas; así como las Administraciones Locales, deben implicarse en elaborar planes de prevención de las Adicciones.*

Además del carácter informativo de estas jornadas también hacemos las siguientes reivindicaciones:

1. Pedimos que se articule un control sobre la máquinas tragaperras que estén instaladas en los locales de hostelería para que las personas autoprohibidas no puedan acceder.

2. Exigimos que el control de acceso a todos los locales donde están ubicadas máquinas recreativas y tragaperras sea riguroso y no se permita el acceso a menores ni a personas autoprohibidas. Además, que solicitamos que se facilite a los/as jugadores/as patológicos/as autoprohibirse en los juegos online y del estado de una forma rápida y sencilla.

3. Solicitamos que se prohíba todo tipo de publicidad de juego de azar y virtual, haciendo especial énfasis en los programas deportivos.

4. Reivindicamos que se articulen programas de prevención e información sobre las consecuencias del mal uso y el abuso de los juegos de azar y se mantenga la estructura asociativa y de centros de tratamientos de juegos patológicos ya que en la actualidad está en peligro de no poder seguir dando asistencia.

5. Pedimos que no se acepten las condiciones para la creación de Eurovegas porque un retroceso en las Leyes de Protección en materia de salud hacia la población en general y en especial a los/as jugadores/as patológicos/as haciendo énfasis en el descenso de la edad para poder acceder a los juegos de azar.

6. Desde el colectivo de jugadores de azar rehabilitados decimos: "BASTA YA". Que los intereses económicos del juego no prevalezcan sobre el derecho a la salud de los ciudadanos.

SI TIENES PROBLEMAS CON EL JUEGO DE AZAR, VIRTUAL, COMPRAS COMPULSIVAS, ETC.

LLAMA AL TELÉFONO 627000780.

www.fajer.org

29 de Octubre, Día sin Juego de Azar

ACOJER - ASEJER - AMALAJER - AONUJER - AGRAJER - APLIJER - INDALAJER -
JARCA - ALUJER - ALSUBJER

JUNTOS CONTRA EL JUEGO PATOLÓGICO

29 DE OCTUBRE
día sin juegos de azar



fajer
FEDERACIÓN ANDALUZA
DE JUGADORES DE AZAR REHABILITADOS


JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

info@fajer.org 627 00 07 80

Desde AONUJER creemos insuficiente el poder llegar a toda la población onubense en un solo día, el 29 de Octubre día sin juego de azar, por ello se han llevado a cabo diferentes actividades a lo largo del mes de Octubre, entre ellas vamos a destacar a continuación:

- Del 12 al 26 de Octubre voluntarios/as de AONUJER acercaron una carta del presidente, carteles, dípticos y propagandas del Día Sin Juegos de Azar, a los alcaldes de 55 pueblos de la provincia onubense, abarcando desde la costa a la sierra y desde el Condado hasta el Andévalo.

- El día 20 de Octubre en el municipio onubense de Aracena y con motivo de la muestra del jamón, lugar donde acuden regularmente muchas personas de Andalucía, Extremadura y de otras Comunidades, instalamos una mesa informativa, donde se informaron a la población en general de los peligros que acarrear los juegos de azar y las diferentes adicciones sin sustancias, todo ello mediante reparto de propagandas, dípticos, bolígrafos, etc. Esta mesa informativa estuvo atendida por 8 personas voluntarias.

- El día 27 de Octubre en la localidad onubense de Lepe y con motivo del mercadillo, lugar donde acuden muchas personas de Andalucía y Portugal, se instaló una mesa informativa, donde se informó a la población en general de los peligros que acarrear los juegos de azar y las adicciones sin sustancias mediante reparto de propagandas, dípticos, bolígrafos, etc..Dicha mesa estuvo atendida por 8 personas voluntarias.

- El día 29 de Octubre, durante la mañana en la capital onubense se instalaron 2 mesas informativas, donde se informaron a la población en general de los peligros que acarrear las adicciones sin sustancias; una en las inmediaciones del Mercado de El Carmen y otra en La Palmera, lugares de mucho tránsito de personas. Se han repartido propagandas, dípticos, bolígrafos, etc.

- El día 29 de Octubre a las 19,00 horas, en la Casa de la Juventud (Gota de Leche), sito en Paseo Independencia 46 de Huelva, en colaboración con la Concejalía de la Juventud del Excmo. Ayuntamiento de Huelva, se celebró una charla informativa a cargo de la psicóloga Doña Lola Gómez Noguera.

- El 29 de Octubre a las 20'30 horas en nuestra sede, sita en Avd. Cristóbal Colon 91 de Huelva, se celebró unas jornadas de puertas abierta, donde se invitaron a todas las autoridades y el presidente Don Jorge Barroso Barrera, se dirigió a los asistentes, con la valoración de los actos realizados durante todo el mes de octubre, con motivo de la campaña del día sin juegos de azar y a continuación le dio la palabra a los representantes de la Junta de Andalucía y ayuntamiento, finalizando con la imposición de las siglas de oro de AONUJER a socios y personas destacadas y concienciadas con nuestra patología. Dicho acto finalizó con un aperitivo.

II. MEMORIA AÑO 2012.

4. ANÁLISIS AÑO 2012.

4.1 INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL.

El “*Programa de atención a personas afectadas por el juego patológico*”, se considera el pilar central de AONUJER, se desarrolla con el objetivo de cubrir las necesidades que surgen en las personas con problemas de juego patológico y con su núcleo familiar. A través de la asociación obtenemos los medios necesarios para mantener el programa y el desarrollo de las actividades que surgen del mismo.

Este tratamiento tiene sus raíces en los grupos de autoayuda y ayuda mutua que perduran hasta hoy como columna vertebral del proceso de rehabilitación de las personas afectadas. Estos grupos se dividen por niveles: grupo de inicio, grupo de rehabilitación, grupo de psicoterapia y grupo de seguimiento. Antes de continuar con el informe técnico, y para comprender en mayor profundidad este proceso, daremos los rasgos de lo que esto implica.

El grupo de monitores/as de autoayuda y ayuda mutua de AONUJER comenzó a desarrollar sus funciones a partir de octubre de 1.994.

En la realización de la acogida, en la que se recibe por primera vez a las personas que llegan solicitando información para la resolución de problemas de adicción, se facilita la información de lo que es AONUJER, los/as monitores/as les cuentan las vivencias tanto del familiar como de la persona adicta que los acoge, en este proceso se les da esperanza de que su problema tiene solución. Para acabar la parte de la acogida que se realiza por parte de los/as monitores/as, estos rellenan una ficha con sus datos personales y se deriva al equipo técnico, para que éste, en primer lugar, la psicóloga determine mediante un historial clínico si la persona está aquejada de esta enfermedad y posteriormente se rellenen los documentos de la acogida y realización de la historia social a través de la trabajadora social.

La distribución de las parejas de monitores/as, es realizada por el coordinador de monitores en función de los grupos terapéuticos, siendo éstos los siguientes:

- ⤴ Grupo de inicio: El 50% de monitores/as serán adictos/as rehabilitados/as y el otro 50% familiares rehabilitados/as.
- ⤴ Grupo de rehabilitación: El 50% de monitores/as serán adictos/as rehabilitados/as y el otro 50% familiares rehabilitados/as.

El desarrollo del calendario se pretende hacer rotativo, de modo que todos/as los/as monitores/as pasen por ambos grupos y la distribución de la pareja tiende a ser organizada de forma que ambos monitores/as sean de distinto sexo, atendiendo así la heterogeneidad de los grupos en cuanto a esta característica.

La labor principal del/a monitor/a (terapeuta) y del/a co-monitor/a (co-terapeuta), es coordinar el grupo de terapia, con el fin de que las sesiones se desarrollen de forma óptima, para que cada persona tenga la posibilidad de expresar inquietudes y sentimientos, sirviendo estas personas de espejo.

A lo largo de las sesiones, el/a monitor/a de autoayuda dinamiza el grupo, organiza turnos de palabras, guía a las personas sobre cuáles deben ser las pautas básicas de comportamiento en el grupo, llevan el control de asistencia de los grupos de autoayuda y ayuda mutua (capacidad de escucha, empatía, coordinación del grupo y respeto a las opiniones de los demás, etc).

La decisión de incluir monitor/a y co-monitor/a en el grupo se entiende como apoyo simultáneo entre ambos. Habitualmente se pretende que dichos monitores/as participen en la misma medida, sin interrupciones ni contradicciones entre ambos, basándose el apoyo fundamental en la exposición de experiencias personales, cuando la situación así lo requiera (ejemplo, presentar una persona nueva al grupo).

La valoración general de la actuación de los/as monitores/as hasta el mes de diciembre, ha sido muy positiva, no encontrándose problema alguno en sus actuaciones a lo largo del año.

La conexión que se establece entre los/as monitores/as y las personas en rehabilitación, no interfiere negativamente en el adecuado proceso de rehabilitación, debido a la buena adaptación de cada monitor/a al grupo de personas que le corresponde en su turno (se entiende esa conexión como el posible establecimiento de una relación más personal entre la persona afectada y el/a monitor/a, cuando la persona entra por primera vez en el grupo de inicio).

Dado los positivos resultados obtenidos desde la implantación del equipo terapéutico, para el año 2013 creemos conveniente continuar con la misma dinámica que el año anterior:

- Equipo técnico (psicóloga y trabajadora social).
- Presidente (coordinador de monitores/as).
- Monitores/as en activo (monitores/as que están llevando las terapias).
- Monitores/as en pasivo (monitores/as que se encuentran en periodo de descanso).

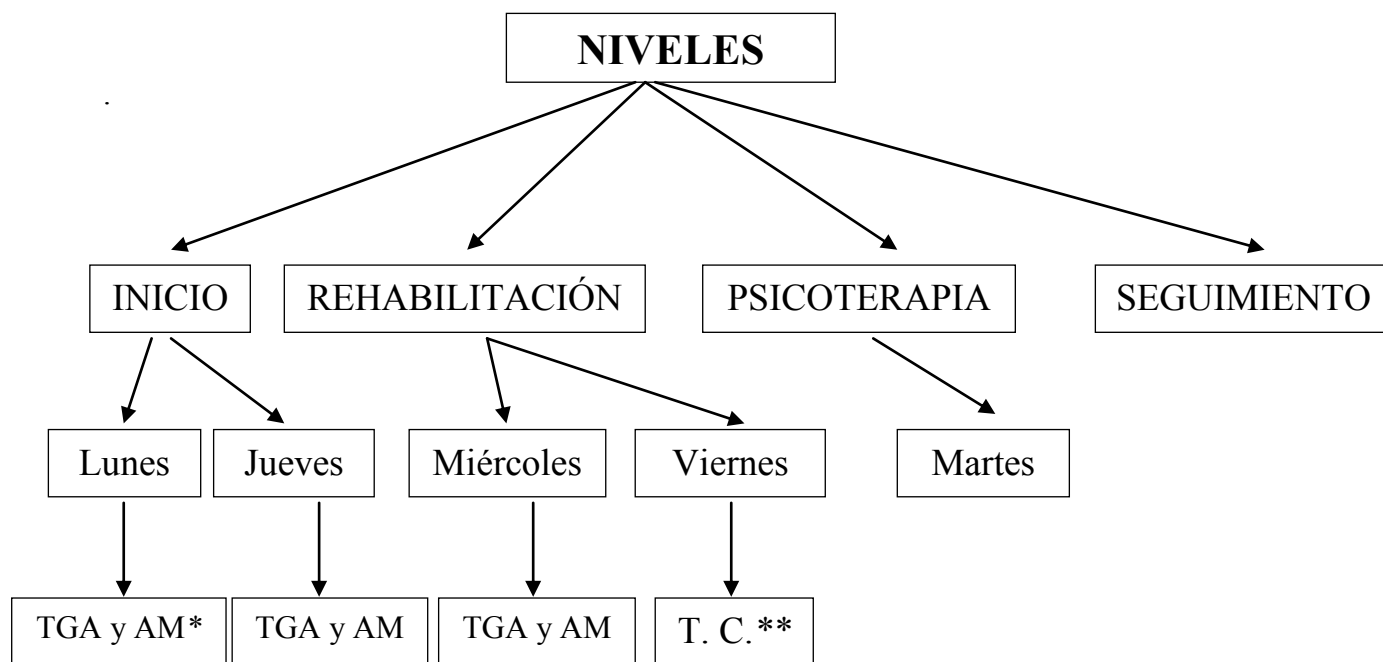
Cada mes se realizarán una reunión de los/as monitores/as en activo, coordinador de monitores, psicóloga y trabajadora social para analizar la marcha de los grupos de inicio y rehabilitación y se incorporan los monitores próximos a la entrada en los grupos de terapias de auto-ayuda y ayuda mutua.

Para conseguir mayor efectividad en la actuación de los/as monitores/as periódicamente se efectúa un reciclaje de monitores/as en el que se trabajan casos prácticos sobre las posibles dudas surgidas dentro de los grupos de terapias.

La supervisión del equipo de monitores/as será exclusiva del equipo técnico y coordinador de monitores/as, atendiendo a:

- La mejora en la intervención de los/as monitores/as dentro de cada grupo.
- El grado de compatibilidad entre los/as monitores/as.
- El estado personal en el que se encuentran cada monitor/a.

Después de la explicación del funcionamiento de los grupos autoayuda y ayuda mutua y cómo están compuestos los grupos de inicio, rehabilitación y de monitores/as, pasamos a presentar el esquema de los niveles por los que pasan tanto las personas adictas como de sus familiares para, acto seguido, explicar más detalladamente las actividades que desarrollan cada día



* *Terapias de Grupo de Autoayuda y Ayuda Mutua.*

** *Terapia Conjunta*

a. Nivel de inicio: lunes y jueves. Terapias de grupo de autoayuda y ayuda mutua a cargo de adictos/as y familiares rehabilitados/as.

Las terapias son de carácter testimonial, en ellas se trata de conseguir que el/a adicto/a tome conciencia de su problema, que se sienta acompañado/a en su proceso por iguales, apoyado y que no se desanime en su lucha por vencer la dependencia.

El eje principal es que el/a adicto/a sea consciente de que lo que padece es una enfermedad derivada del trastorno del control de los impulsos, se responsabilice de su rehabilitación, reducir el nivel de ansiedad y hacer desaparecer los sentimientos de culpabilidad tanto del adicto/a y su familiar. Las terapias tienen lugar los lunes y jueves en horario de 19:30 a 21:00 horas.

Los mismos días tienen lugar la terapia para sus familiares, estas a cargo de familiares de adictos/as ya rehabilitados/as, con el fin de concienciarles que las adicciones sin sustancias son una enfermedad y así ir desterrando el estereotipo con el que vienen del/a enfermo/a, como vicioso/a, sinvergüenza, etc y por otro lado hacerles consciente de la necesidad de recibir tratamiento ellos/as mismos, ya que, a consecuencia de la convivencia

con la persona adicta y el deterioro personal-familiar-social al que le ha conllevado, también necesitan tratamiento continuado. Estas terapias tienen lugar en el horario 18'00 a 19'30 horas.

Tanto los familiares como los jugadores asisten en grupos independientes, dos veces por semana (Lunes y Jueves), en sesiones de aproximadamente una hora y cuarto, durante un tiempo estimado de 4 a 6 meses.

Para el logro de todos los objetivos, se plantearán en el grupo dudas y cuestiones, se informa adecuadamente de la patología del juego, se dan a conocer factores y situaciones de riesgo, etc.

b. Nivel de rehabilitación: miércoles. Terapias de grupo de autoayuda y ayuda mutua a cargo de adictos/as y familiares rehabilitados/as.

Las terapias son de tipo testimonial y son una continuación de las terapias que reciben los/as adictos/as los lunes y jueves de 19'30 a 21'00 horas; por otro lado existen las terapias destinada a sus familiares, los cuales reciben también su terapia semanal de autoayuda y ayuda mutua en horario de 18'00 a 19'30 horas.

Estos grupos también son conducidos por monitores de autoayuda y ayuda mutua, a través del mismo, se pretende profundizar en la recuperación de la persona adicta y del familiar y en la superación definitiva de la dependencia, para lo cual será conveniente basarse en la intervención en otras áreas, personales, familiares y sociales, que puedan haberse deteriorado.

En este grupo se plantean los siguientes objetivos:

- a. Iniciar la mejora en la convivencia familiar.
- b. Iniciar la mejora en la competencia social.
- c. Identificar claramente actividades y situaciones de riesgo.
- d. Eliminar conductas familiares que sean excusas para jugar.
- e. Adaptación y afrontamientos ante posibles cambios en el estado anímico propio y del familiar.

Para el logro de los objetivos los/as monitores/as del grupo plantearán cuestiones y ejemplos que servirán para comenzar a tratar los temas más importantes. Se pueden plantear:

- a. Exposición de vivencias sobre la convivencia familiar.
- b. Hablar sobre situaciones de riesgo, mantenimiento en abstinencia y continuación de pautas de conducta iniciadas en el tratamiento.
- c. Asertividad (mantener postura constante respecto del tratamiento, respetando la postura del otro).
- d. Hablar sobre relaciones sociales y familiares.

La permanencia en el grupo será como mínimo de unos 6-8 meses y la asistencia se realiza en forma de sub-grupos (adictos/as y familiares), una vez por semana (miércoles) en sesiones de una hora y quince minutos.

c. Terapia Conjunta:

El presente grupo está dirigido por la psicóloga y por los dos monitores/as (el de adictos/as y el de familiares). En dicho grupo se establece la continuación de los objetivos ya tratados en el grupo anterior, pero se tiende a profundizar en objetivos concretos tales como:

- a. Desarrollar habilidades sociales que puedan estar deficitarias.
- b. Mejorar las relaciones sociales y familiares.
- c. Mejorar las habilidades especialmente relacionadas con el diálogo.
- d. Resolver problemas y conflictos que se planteen.

Para el logro de los objetivos propuestos se plantean técnicas tales como:

- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Entrenamiento en resolución de problemas.
- Técnicas de relajación y autocontrol.
- Modificación de pautas de conducta inadecuadas.

d. Martes: psicoterapia de grupo a cargo de un/a psicólogo/a de AONUJER.

Estas son conducidas por la psicóloga en sesión conjunta y con una duración aproximadamente de una hora y media. A partir del día 1 de septiembre se creó un nuevo grupo estos en horario de 18'30 a 20'00 horas el primer grupo, y de 20'15 a 21'45 horas el segundo.

En esta fase del tratamiento se intervienen en las áreas ya tratadas en el grupo de rehabilitación y también son conducidos por la psicóloga, incidiendo en las áreas personales de forma totalmente individual. Algunos de los objetivos a conseguir serán:

- a. Mejorar las relaciones interpersonales.
- b. Promover el autoconocimiento personal.
- c. Aprender a expresar sentimientos y empatizar con los sentimientos ajenos.
- d. Afrontamiento y resolución de problemas.
- e. Mejorar la autoestima.
- f. Adquisición de nuevas conductas de ocio como alternativa al juego.

El grupo estará constituido por un número aproximado de 25 personas. Se dispondrán en forma de círculo para favorecer la comunicación. Se desarrollan sesiones de una hora y media una vez por semana, siendo la integración en el grupo totalmente voluntaria.

e. Segundo viernes de cada mes: grupo conjunto a cargo de una psicóloga y monitores del grupo de autoayuda y ayuda mutua de rehabilitación.

La función en estas sesiones es confrontar los sentimientos, emociones y hechos que han sido manifestados de manera separada durante las terapias de ayuda entre familiares y adictos/as. Adquiriendo paulatinamente la maduración personal como paso previo a la incorporación a las terapias a cargo de la psicóloga.

El grupo es llevado a cabo por la psicóloga y los/as terapeutas en activos en horario de 19'00 a 21'00 horas.

f. Último viernes de cada mes: terapia social.

En estas sesiones se pretenden que los/as pacientes en proceso de tratamiento y quienes ya se encuentren rehabilitados/as mantengan contacto asiduo con AONUJER. Los temas a tratar son variados, en ellas podemos encontrar charlas por parte de los técnicos de carácter informativo, testimonios, películas educativas relacionadas con adicciones sin sustancias, etc.

A esta terapia social pueden acudir el resto de familiares de los/as afectados, amistades, etc. que están en tratamiento que lo deseen y pueden expresar sus sentimientos con respecto de su familiar con respecto a la rehabilitación de estos. Tiene una duración de 2 horas aproximadamente.

g. Restos de viernes del mes:

- △ El primer viernes del mes tiene lugar la reunión de la junta rectora junto al equipo técnico.
- △ El tercer viernes de mes tiene lugar la reunión del equipo terapéutico (psicóloga, trabajadora social, coordinador de monitores y monitores/as en activo).

4.2. INFORME DEL EQUIPO TÉCNICO.

A continuación vamos a evaluar el año 2012, podremos ver a través de cuadros y gráficas el trabajo que realizamos en AONUJER y analizar la problemática con la que trabajamos.

El informe técnico es por ende una explicación del tratamiento de la persona adicta y apoyo a la familia que se efectúan en la institución acordes a los niveles a los que pertenecen.

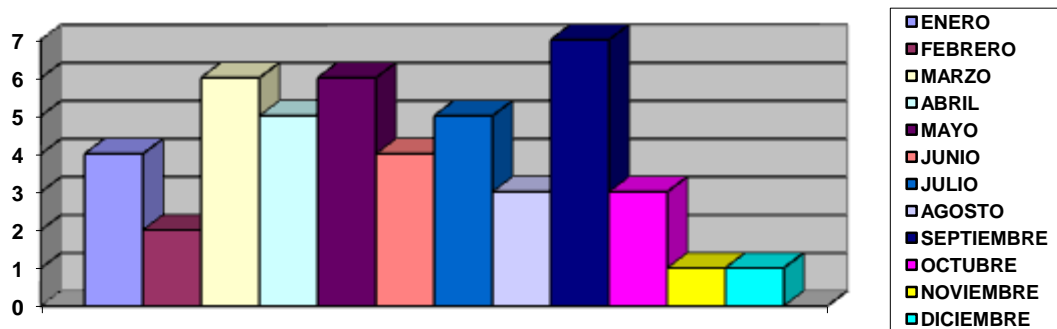
Las terapias impartidas por esta asociación durante el año 2012 han sido las siguientes:

1. GRUPOS DE AUTOAYUDA	
DÍA	Nº DE TERAPIAS
Lunes / Jueves	200
Miércoles	104
Viernes de terapia conjunta (mensual)	12
Viernes de terapia social (mensual)	12
2. PSICOTERAPIAS GRUPALES	
DÍA	Nº DE TERAPIAS
Martes	82
3. PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES	
Sesiones individuales a cargo de las Psicólogas	154
Sesiones Protocolo de Acogida (entrevistas clínicas)	47
4. TERAPIAS INDIVIDUALES	
Sesiones individuales a cargo de la Trabajadora Social	107
Sesiones Protocolo de Acogida (entrevistas clínicas)	47
5. ASESORAMIENTO JURÍDICO	
Sesiones individuales a cargo de la Abogada	70

A través de las gráficas las acogidas realizadas, la procedencia, el consumo de sustancias relacionadas, el nivel económico de los/as afectados/as, así como aquella en la que se muestra el porcentaje de recaídas durante el tratamiento podremos ver la evolución que hemos tenido en los/as pacientes durante el año y en comparación con años anteriores.

Para comenzar el análisis debemos mencionar que la afluencia de las personas que llegan a AONUJER se debe por múltiples causas. Cabría pensar que al ser una asociación dedicada al juego de azar sus usuarios deberían ceñirse a este particular, pero esta visión está muy lejos de la realidad.

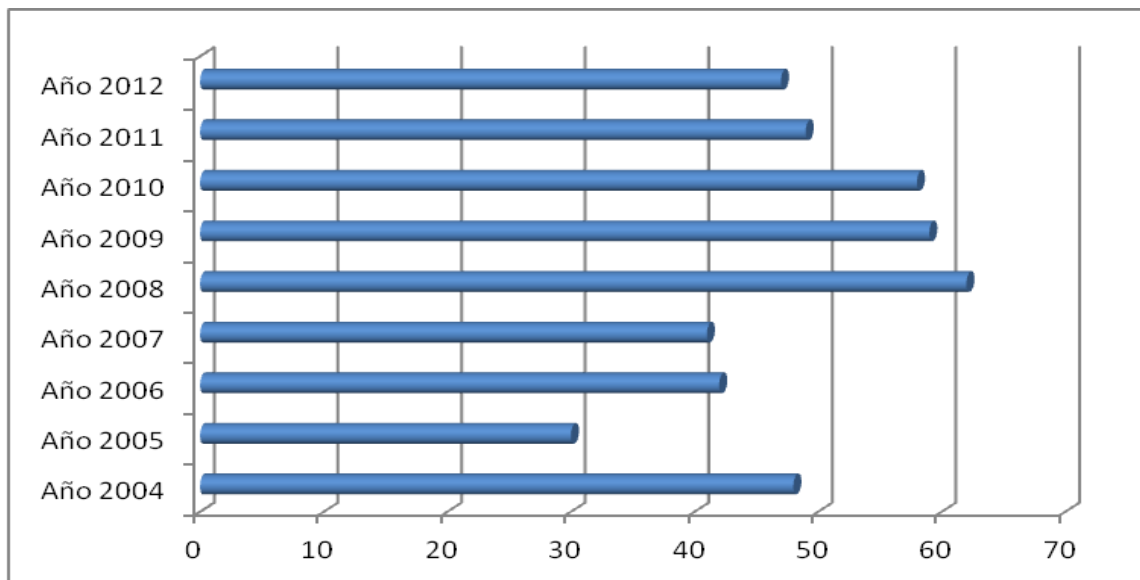
Podemos observar en la siguiente gráfica cómo han ido variando el número de acogidas durante el año 2012:



Como puede extraerse del cuadro, el mes más relevante es septiembre, acompañado de los meses de marzo y mayo.

En los años anteriores, en las gráficas, podíamos observar a después de un análisis minucioso la detección que la afluencia masiva coincidía con los meses pos-vacacionales, en los que las familias por las vacaciones que les preceden pasan mayor tiempo juntas y se obtienen las pagas extraordinarias.

En la actualidad es destacable la variable de la crisis económica por la que se encuentra nuestro país. En las gráficas, este año, no podemos destacar meses estivales, vacaciones o meses en los que se podría cobrar pagas extraordinarias. El número de nuestras acogidas varían a lo largo del año sin variable determinada que aumente la llegada por desesperación de personas adictas que buscan ayuda.

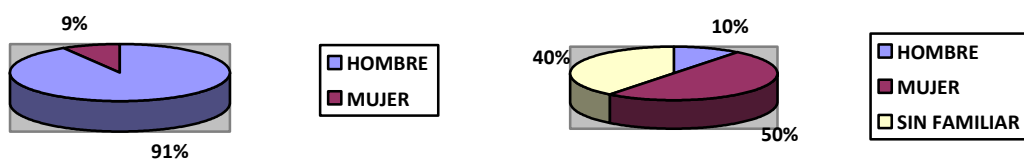


La proyección de la acogida este año ha disminuido levemente. Creemos que es gracias al hincapié que realizamos durante todo el año en el programa de prevención en Huelva y su provincia. Pero tenemos que destacar, por un lado el número de acogidas de personas con ludopatía que parece ser que se ha estabilizado y por otro lado destacamos un aumento de las acogidas a personas con adicción a las compras compulsivas y dentro de este bloque el aumento de la llegada de mujeres a nuestro centro.

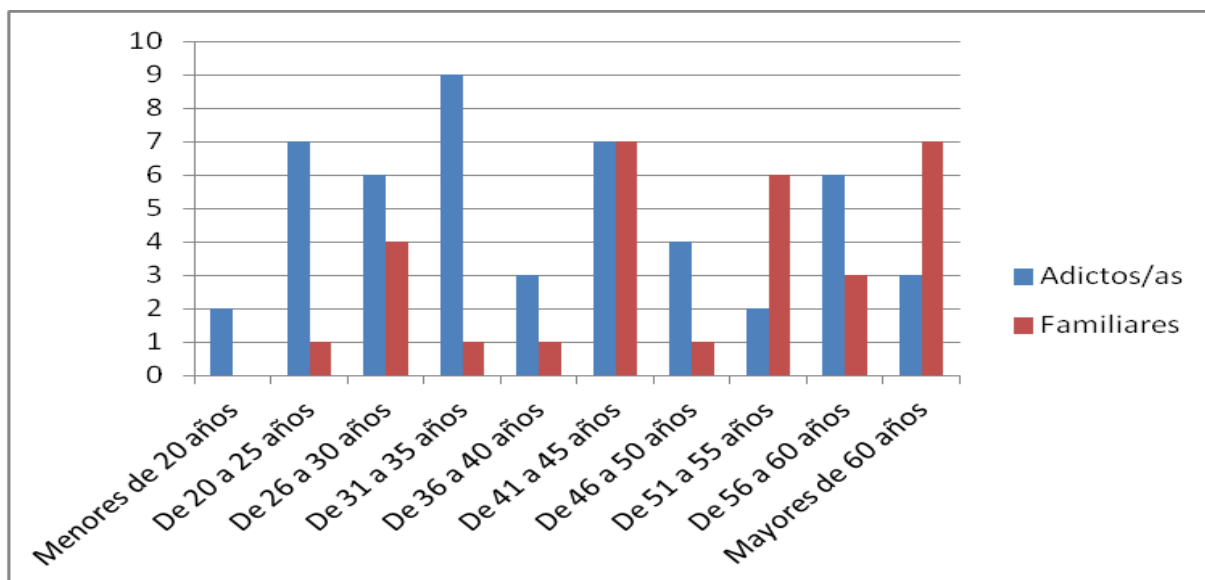
Estamos viendo de forma muy latente que la adicción al juego y a otros comportamientos adictivos se está expandiendo a toda la población, haciendo que se conozca la enfermedad y mejorando así la concepción que se tiene del juego: desmitificándolo y convirtiéndolo, cuando ha sido el caso, en una enfermedad y no en un vicio. Esto ha sido posible después de largas campañas preventivas realizadas desde la asociación en los diferentes medios de comunicación.

Prestando atención a la variable sexo en las acogidas. Mientras realizamos 43 acogidas a varones solo llevamos a cabo 4 acogidas a mujeres, número más elevado que el año anterior. Por otro lado podemos estudiar como predominan las familiares mujeres frente a los familiares varones. Debemos que tener en cuenta que el número de acogidas de personas muchas veces debemos multiplicarlo por dos, ya que también trabajamos con sus familiares que le acompañan, en total son personas.

Como podemos ver en las gráficas que nos acompañan a continuación, en la gráfica de la izquierda vemos en las acogidas que realizamos la proporción de hombres y mujeres que llegan demandando ayuda por tener una adicción sin sustancias y en la de la derecha las personas que vienen acompañadas de qué sexo son.



Las edades de nuestros usuarios/as van cambiando como respuesta a la situación socioeconómica en la que se encuentra sumergida el país. Desde hace cinco años AONUJER cada vez recibía a personas con mayor edad, pero podemos ver por la siguiente tabla comparativa que en el año 2012 ha disminuido hasta igualarse las edades de las personas adictas con las acogidas en el año 2010, por otro lado la media de edad de los familiares que les acompañan ha disminuido más en proporción al año 2011.



MEDIA DE EDAD	2009	2010	2011	2012
Adictos/as	32,21	37,56	39,18	37,56
Familiares	-	43,75	52,18	48,3

La media de edad de las personas adictas a las que realizamos las acogidas en el 2012 es de 37'56 años, y la de los familiares la media de edad es de 48'3 años, en comparación con el año pasado podemos ver como la media de edad de las personas adictas ha disminuido en 1'62 años en la edad y en 3'88 años menos la edad de sus familiares que les acompañan.

Al estudiar las acogidas según la adicción con las que nos encontramos vemos:

- Juego patológico: 43
- Compras compulsivas: 2
- Móvil: 1
- Tecnoadicción: 1

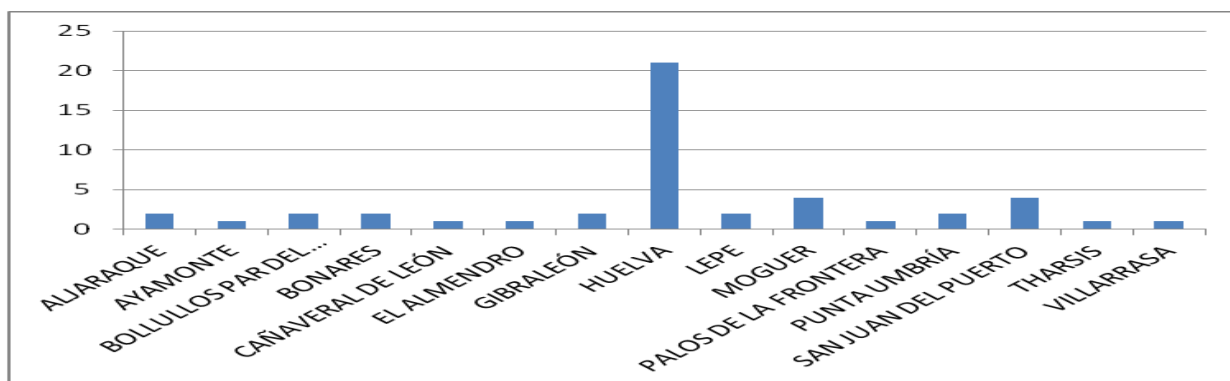
A continuación podemos estudiar el tipo de juego que llevan a cabo las personas que han llegado a AONUJER a lo largo del año 2012 y diferenciar su sexo. Podemos ver en la siguiente tabla que el 81,08% de los hombres que entran en tratamiento están afectados por el juego de las máquinas de tipo B, es decir, las máquinas tragaperras, le preceden el bingo, otros, cupones y bonolotos. Mientras que en las mujeres el 100% es adicta a las máquinas de tipo B (tragaperras).

JUEGO	HOMBRE	MUJER
Loterías	0,00	0,00
Cupones	2,70	0,00
Quinielas	0,00	0,00
Bonolotos o primitivas	2,70	0,00
Bingo	8,11	0,00
Máquinas tragaperras	81,08	100,00
Cartas, dominó, dados, etc.	0,00	0,00
Casino	0,00	0,00
Otros	5,41	0,00
Total	100,00	100,00

Las mujeres que han llegado a nuestro centro han llegado con las siguientes adicciones:

Compras compulsivas	60%
Móvil	20%
Juego Patológico	20%

La asociación, como es sabido, tiene su radio de acción en Huelva y provincia. A continuación analizaremos la prevalencia de la ludopatía por lugar de origen.



Es evidente que la gran mayoría de acogidas realizadas proceden de la capital (21 personas), pueblos limítrofes y de la zona del condado. Esto indica la importancia de la proximidad del servicio y la dificultad que representa el tener que desplazarse a otras provincias para obtener tratamiento.

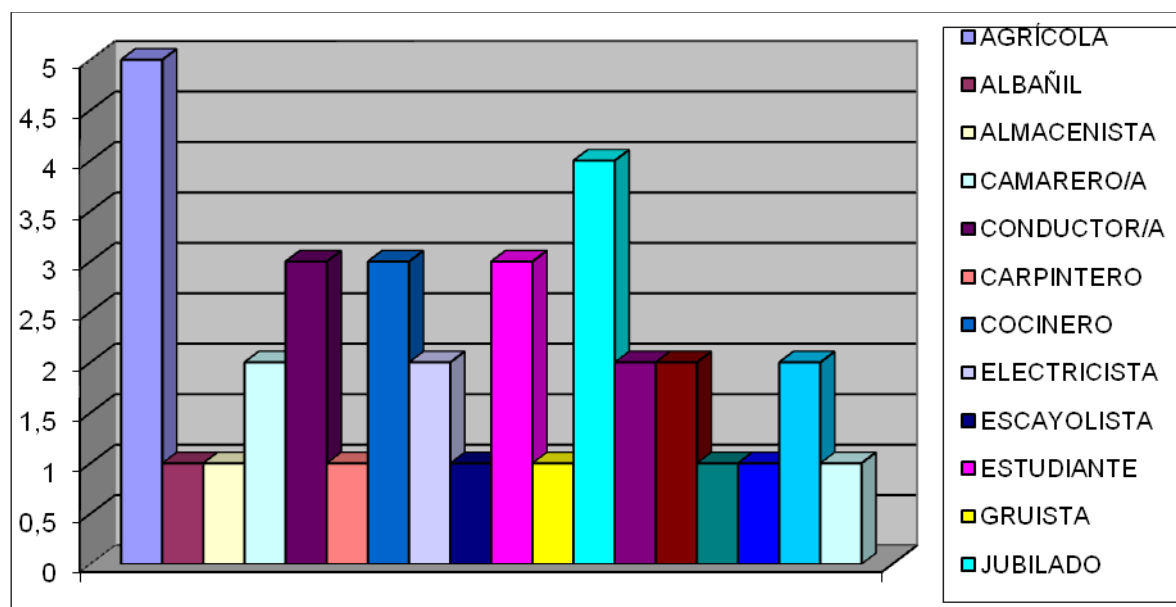
La media de edad de las personas adictas a las que realizamos las acogidas en el 2012 es de 37'56 años, y la de los familiares la media de edad es de 48'3 años, en comparación con el año pasado podemos ver como la media de edad de las personas adictas ha disminuido en 1'62 años en la edad y en 3'88 años menos la edad de sus familiares que les acompañan.

Según el estudio de la variable ingresos mensuales de las personas que ingresan en AONUJER, obtenemos como resultado que la media económica de nuestros usuarios es mucho menor en relación a años anteriores aunque si cabe decir que existe mayor estabilización entre las diferentes clases económicas de nuestra sociedad.

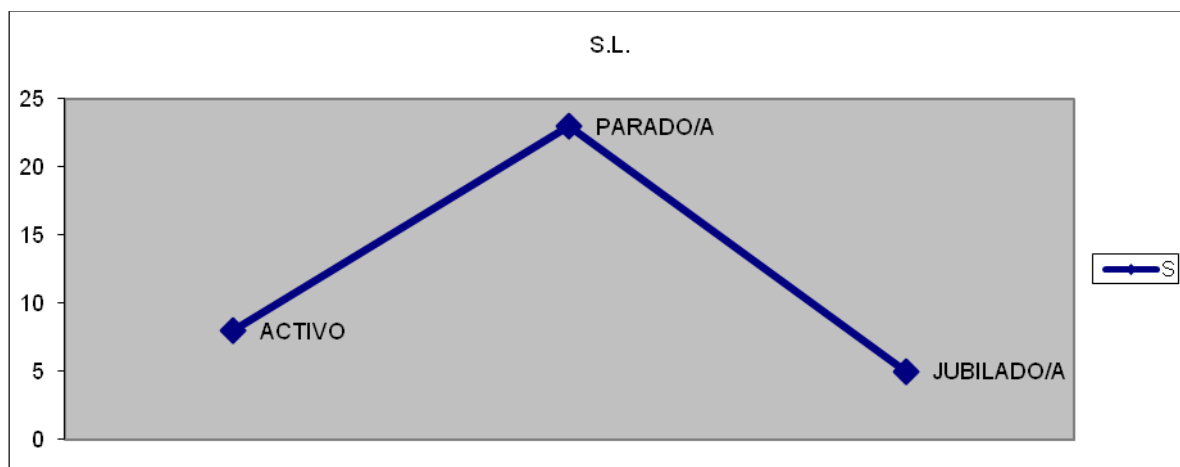
INGRESOS	2011	2012
Menos de 360.60€	14,86%	16,67%
Entre 360.61 y 721.21€	6,76%	30'56%
Entre 721.22 y 1502.53€	55,41%	41,67%
Entre 1502.54 y 2404.05€	21,62%	11,11%
Más de 2404.06€	1,35%	0,00%
TOTAL	100%	100%

La media de dinero que se gastan los hombres acogidos en AONUJER en el juego a la semana es de 187,76€, siendo la desviación típica de 206,45.

Las profesiones de nuestros/as usuarios/as se abren en un gran abanico, destacan entre ellas las personas trabajadoras en el ámbito agrícola y jubilados/as.

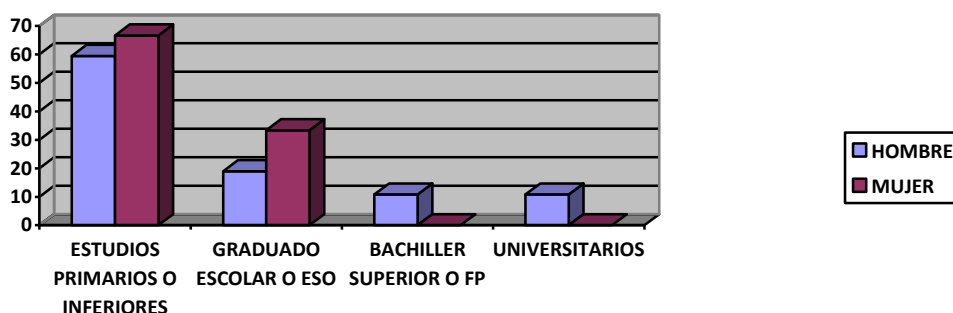


Pero si estudiamos su situación laboral vemos como se disparan los casos de personas desempleadas.

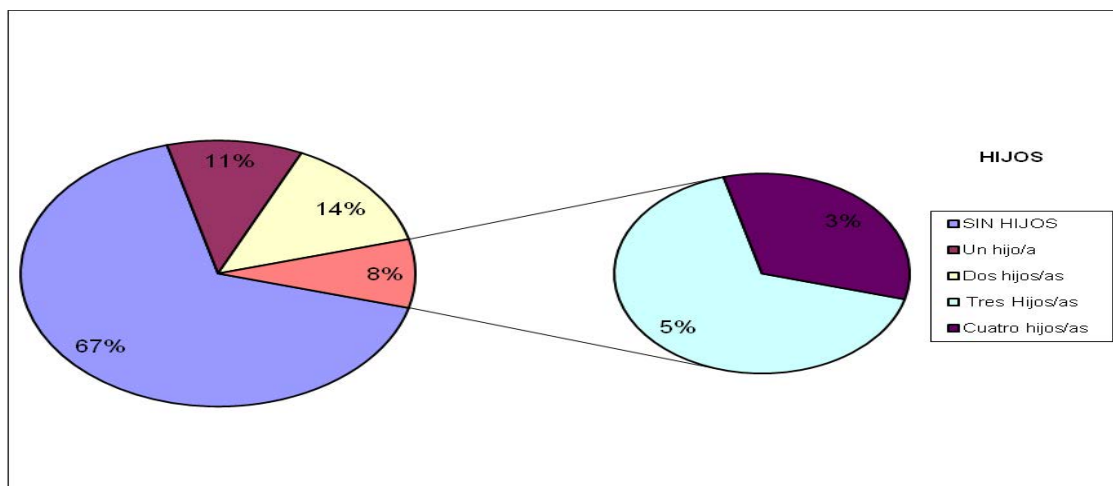


La mayoría de las personas que acuden a tratamiento o no tienen ningún tipo de estudios o poseen estudios primarios. Según los datos del año 2011 en los que este colectivo era menor y más equilibrado con los demás sectores, observamos que este año han acudido a tratamiento personas con menor nivel de estudios. A mayor nivel estudios menor prevalencia de caer en la adicción al juego patológico u otras adicciones sin sustancias.

En la tabla que mostramos a continuación podemos ver cómo también tiene relación la adicción al juego con el nivel de estudios de las personas. Destacan en ambos sexos la falta o escasez de estudios; en el hombre podemos ver como también nos encontramos personas con mayor nivel educativo.



A la hora de trabajar con las personas afectadas también nos es de gran importancia saber de su núcleo familiar, entre otras cosas el número de hijos que tienen. En la gráfica siguiente estudiamos como el 67% de nuestros usuarios/as no tienen hijos, el 11% tiene un hijo, el 14% tiene dos hijos, el 5% tiene tres hijos y solo el 3% tiene cuatro hijos.



Tal y como hemos mencionado en la fundamentación, la ludopatía es una enfermedad psicosocial y como tal, afecta a todos los ámbitos de la vida cotidiana; a continuación podemos observar en la tabla las consecuencias que más se producen.

PROBLEMAS OCASIONADOS POR LA ADICCIÓN	
Problemas en el trabajo o en los estudios	4,67%
Conflictos familiares	25,23%
Pérdida de tiempo para realizar otras actividades más importantes	13,08%
Problemas psicosomáticos (dolores de cabeza, malestar, nerviosismo, ansiedad, insomnio, etc.)	20,56%
Problemas económicos	23,36%
Problemas legales	3,74%
Otros	0,00%
Ns/Nc	13,08%
TOTAL	100 %

El porcentaje de personas que han tenido tratamiento previo por alguna sustancia psicoactiva es más alto que el año pasado, se ha triplicado y estos son en su totalidad varones.

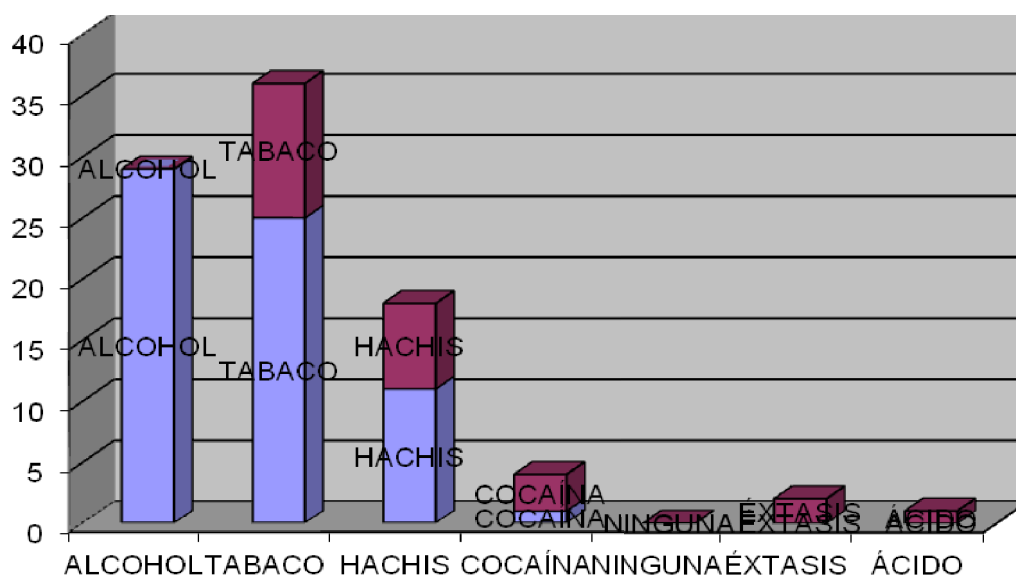
TRATAMIENTO PREVIO	2011 HOMBRES	2012 HOMBRES	2011 MUJERES	2012 MUJERES
SÍ	11,11%	33,33%	0,00%	0,00%
NO	88,89%	66,67%	100,00%	100,00%
TOTAL	100%	100%	100 %	100%

Podemos ver como las adicciones sin sustancias también se combinan con el consumo de sustancias legales e ilegales. No existe diferencia de sexo a la hora de consumir las sustancias durante el juego u otra conducta adictiva.

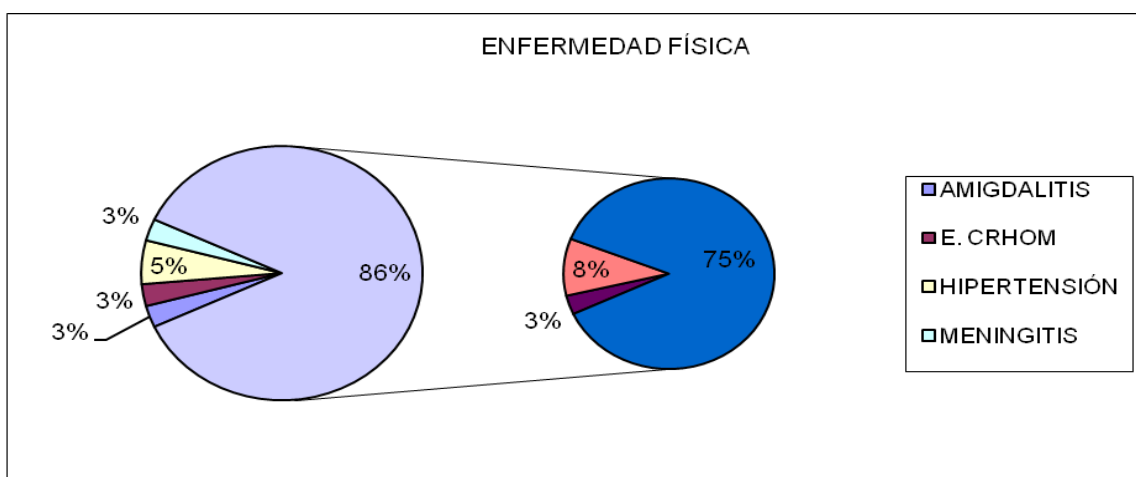
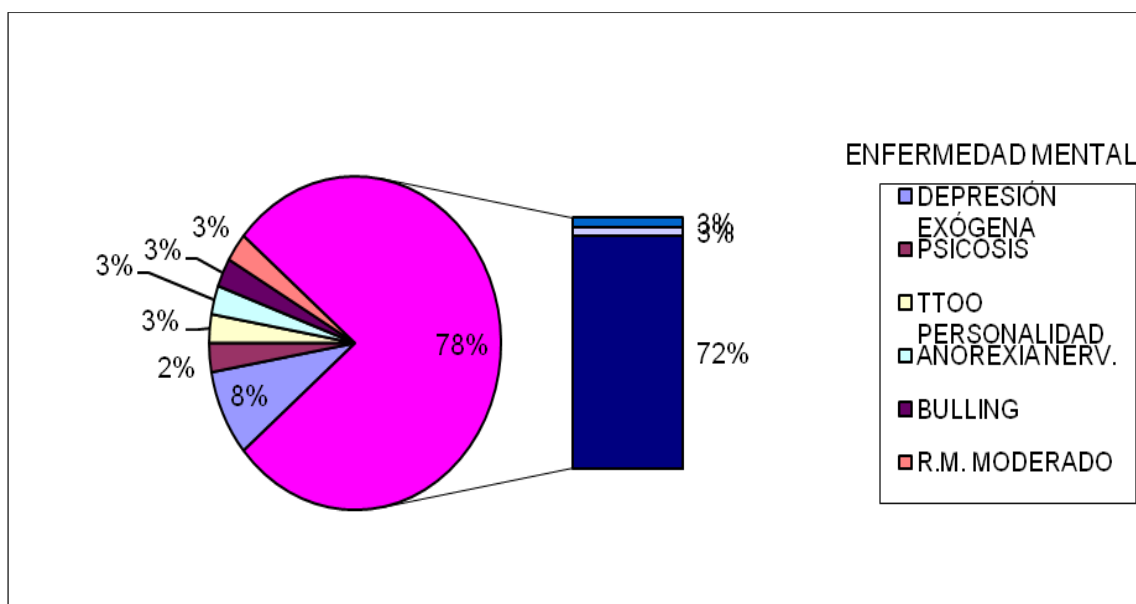
Si comparamos estos datos con los del año anterior podemos ver como disminuye el consumo de tabaco y cannabis pero por otro lado nos encontramos que ha aumentado el consumo de cocaína y alcohol este año 2012.

SUSTANCIAS	2011	2012
Heroína y “rebujao”	0,00%	0,00%
Cocaína	0,00%	5,66%
Tabaco	43,75%	33,96%
Cannabis	2,08%	1,89%
Alcohol	43,75%	47,17%
Otras drogas	10,42%	11,32%
TOTAL	100%	100%

En esta gráfica podemos distinguir el consumo ocasional (rosa) y el consumo habitual (lila) y la diferencia de ambos.



En las personas que llegan a AONUJER podemos realizar una diferenciación de enfermedades físicas y mentales con las que llegan a nuestro recurso.



En el siguiente diagrama de barras podemos ver la evolución de las personas acogidas en AONUJER.

Nos encontramos en 2012 con un número de acogidas de 47 y al añadirle el número de familiares que les acompañan a recibir el tratamiento nos encontramos con 77 nuevos usuarios/as. En el año 2011 tuvimos 49 acogidas, que sumando el número de familiares con los que vienen acompañados/as hacen un número de 87. En 2010 hubo 58 acogidas, lo que hacen un total de 116 personas. En comparación con años anteriores, en el año 2009 se realizaron 59 acogidas, en el año 2008 se fueron 54 y en el año 2005 unas 32. Lo que quiere decir que en estos últimos años se ha estabilizado el número de acogidas, con un ligero descenso.

A lo largo del año hemos tenido un total de 101 bajas, entre ellas podemos encontrar altas terapéuticas (41), abandonos, fallecimiento, derivaciones, etc. El año 2011 fueron 71 bajas y en 2010 tuvimos 98 bajas, podemos ver cómo estas van disminuyendo.

Durante el año 2009, se acercaron a la asociación para ponerse en tratamiento 118, a los que debemos sumarle 142 que continuaban bajo tratamiento, esto hace un total de 260 personas. Durante el año 2010 se realizaron acogidas a 116 personas, a los que les debemos sumar las 160 personas que continuaban en tratamiento desde el año anterior, nos da un total de 276 personas en tratamiento. En el presente año, hemos llevado a cabo 89 acogidas, a los que les sumamos 176 personas que se encontraban ya en tratamiento, el total de las personas que se encontraban en AONUJER recibiendo tratamiento es de 265.

Además podemos decir que alrededor de unas 30 personas, además de las antes indicadas, acudieron a nuestra Asociación para recabar información o solicitar ayuda, pero no llegaron a asistir a terapia.

Se atendieron cerca de 200 llamadas telefónicas de familiares y enfermos/as, siendo estas principalmente de la provincia de Huelva, para obtener información sobre nuestra labor, horario, días de terapias y/o actividades.

Las terapias de grupo de ayuda y ayuda-mutua a cargo de iguales, en combinación con los tratamientos individuales de apoyo, las psicoterapias a cargo de la psicóloga y la intervención multidisciplinar ha demostrado ser eficaces ya que la tasa de recaídas con reingreso en la asociación solo ha alcanzado el 10% y en el año 2011 fue el 5% menos.

Por otra parte, y aunque el porcentaje de mujeres afectadas por el juego patológico que solicitan información ha experimentado un aumento, el número sigue siendo claramente inferior al de los hombres, lo que nos induce a pensar en las dificultades que se plantean al sexo femenino para afrontar el problema y decidirse a solucionarlo.

En la mayoría de los casos de mujeres que han ingresado en la asociación o que simplemente solicitaron información u orientación, la pareja se muestra muy reticente a acompañarlas en su rehabilitación, lo cual conlleva para ellas una dificultad añadida y en la mayoría de los casos vienen acompañadas de hermanas o madres.

Se ha observado que las mujeres que comunican el problema a su pareja u otro miembro de la familia mantienen su proceso de rehabilitación adecuadamente.

Finalmente, de los casos de abandonos registrados (entendiéndose sólo el individuo directamente afectado por la enfermedad) tras la primera entrevista con la psicóloga y la trabajadora social, todos ellos asistieron alguna vez al grupo de inicio, pero su falta de motivación y el hecho de no reconocer el problema, parecen seguir siendo las notas predominantes en relación con esa dificultad para seguir asistiendo a los grupos y completar el programa de rehabilitación.

4.3 ACTIVIDADES REALIZADAS EN AONUJER EN EL AÑO 2012.

ENERO

- *Día 13:* Reunión de equipo terapéutico de AONUJER (coordinador de monitores, equipo técnico y monitores/as).
- *Día 16:* Entrevista del presidente de AONUJER en la Radio Onda Cero de Huelva.
- *Día 17:* Entrevista del presidente de AONUJER en la cadena televisiva onubense CNH.
- *Día 20:* Asamblea General Ordinaria y Extraordinaria AONUJER. AONUJER recibe la medalla de Huelva a la Participación Ciudadana.
- *Día 21:* Reunión de equipo terapéutico de AONUJER (coordinador de monitores, equipo técnico y monitores/as).
- *Día 23:* La consejera de Salud y Bienestar visita AONUJER. Dos miembros de la Junta Rectora asisten a un acto en la consejería de innovación y ciencia sobre el compromiso digital.
- *Día 24:* Dos miembros de la Junta Rectora asisten a una entrevista radiofónica en Radio Hispanidad de Huelva.
- *Día 27:* Asamblea General Ordinaria y Extraordinaria FAJER, asisten varios miembros de la Junta Rectora de AONUJER.

FEBRERO:

- *Día 3:* Reunión de Junta Rectora y equipo técnico de AONUJER.
- *Día 7:* Dos miembros de la Junta Rectora asisten a la reunión de la plataforma Mesa de la Ría sobre la memoria.
- *Día 11:* Varios miembros de la Junta Rectora Reunión asisten al ayuntamiento de Huelva con diferentes colectivos sociales para poner en manifiesto la situación del movimiento asociativo en Huelva.
- *Día 14:* Visita de la encargada del área de drogodependencias y adicciones de la Delegación de Salud y Bienestar, Rocío Suero, a las instalaciones de AONUJER.
- *Día 15:* Charla en San Juan del Puerto en la asociación de amas de casa de la psicóloga de AONUJER, Lola Gómez, sobre las nuevas tecnologías y sus adicciones. Asisten 35 personas.
- *Día 21:* Reunión de la Junta rectora de FAJER en Loja, asisten varios miembros de la Junta Rectora de AONUJER.
- *Día 22:* Reunión de equipo terapéutico de AONUJER (coordinador de monitores, equipo técnico y monitores/as).
- *Día 24:* Terapia Social de AONUJER.
- *Día 25:* Asamblea General Ordinaria y Extraordinaria FAJER en Loja, asisten de AONUJER el presidente, el secretario, el tesorero y la abogada.
- *Día 29:* Visita del presidente de AONUJER a la consejería de igualdad en Sevilla.

MARZO:

- *Día 1:* El presidente de AONUJER visita el ayuntamiento de Cartaya.
- *Día 2:* Visita del portavoz del PSOE a las instalaciones de AONUJER. Reunión de Junta Rectora y equipo técnico de AONUJER.
- *Día 6:* Tres miembros de la Junta Rectora visitan a Ignacio Caraballo, presidente de la diputación de Huelva para actualizarle sobre la situación de AONUJER.
- *Día 8:* Encuentro de FAJER en Granada, asiste el presidente de AONUJER. La Trabajadora Social, Noemí Quesada, asiste al programa de presentación de solicitudes de subvenciones de la Fundación La Caixa en Valdocco.
- *Día 9:* El vicepresidente y secretario de AONUJER asisten a la presentación en la casa colon de la nueva delegada de igualdad.
- *Día 12:* El presidente de AONUJER visita a la diputada de Salud y Bienestar de Huelva.
- *Día 15:* Entrevista del presidente y secretario de AONUJER con la delegada de igualdad de Huelva.
- *Día 16:* El presidente de la diputación recibe a los miembros de la Junta Rectora de AONUJER.
- *Día 20:* Los miembros de la Junta Rectora de AONUJER visitan al señor Griñán.
- *Día 27:* Reunión de equipo terapéutico de AONUJER (coordinador de monitores, equipo técnico y monitores/as).
- *Día 30:* Terapia Social de AONUJER.
- *Día 31:* Asamblea General Ordinaria y Extraordinaria FAJER en Loja. Asisten de AONUJER el presidente, el secretario y el tesorero.

ABRIL:

- *Día 4:* Reunión de Junta Rectora y equipo técnico de AONUJER.
- *Días 14-15:* Convivencia de FAJER en el Rompido, Cartaya.
- *Día 16:* Entrevista radiofónica en CNH del presidente de AONUJER.
- *Día 17:* El presidente de la diputación Ignacio Caraballo, recibe al presidente y secretario de AONUJER con el objeto de intercambiar impresiones y conocer el trabajo de la asociación.
- *Día 20:* Reunión de equipo terapéutico de AONUJER (coordinador de monitores, equipo técnico y monitores/as).
- *Día 27:* Terapia Social de AONUJER.

MAYO:

- *Día 4:* Reunión de Junta Rectora y equipo técnico de AONUJER.
- *Día 17:* Consejo audiovisual Andalucía, asisten el presidente y el secretario de AONUJER.
- *Día 18:* Reunión de equipo terapéutico de AONUJER (coordinador de monitores, equipo técnico y monitores/as).
- *Día 25:* Terapia Social de AONUJER.

JUNIO:

- *Día 2-3:* XLIX Convivencia FAJER.
- *Día 5:* Reunión de Junta Rectora y equipo técnico de AONUJER.
- *Día 7:* Varios miembros de la Junta Rectora de AONUJER visitan el ayuntamiento de Huelva, en el área de salud.
- *Día 11:* El presidente de AONUJER es entrevistado en HTV.
- *Día 16:* Se realiza el 1º trofeo de fútbol responsable de las asociaciones de FAJER en Sevilla.
- *Día 20:* El presidente de AONUJER es entrevistado en CNH.
- *Día 22:* Radio COPE entrevista al presidente y secretario de AONUJER. Reunión de equipo terapéutico de AONUJER (coordinador de monitores, equipo técnico y monitores/as).
- *Día 29:* Terapia Social de AONUJER.

JULIO:

- *Día 3:* Reunión de Junta Rectora y equipo técnico de AONUJER.
- *Día 6:* Entrevista a la radio de Valverde al presidente de AONUJER.
- *Día 27:* Terapia Social de AONUJER.
- *Día 31:* Reunión de Junta Rectora y equipo técnico de AONUJER.

AGOSTO:

- *Día 9:* Visita del director de ATLANTIC CUPER a AONUJER, en la que fueron donados 40 teléfonos móviles de dicha empresa.
- *Día 21:* Reunión de equipo terapéutico de AONUJER (coordinador de monitores, equipo técnico y monitores/as).
- *Día 30:* La delegada de Salud y Bienestar, Lourdes Martín, recibe a la Junta Rectora de AONUJER.
- *Día 31:* Terapia Social de AONUJER.

SEPTIEMBRE:

- *Día 4:* Reunión de Junta Rectora y equipo técnico de AONUJER.
- *Día 5:* Asamblea General Ordinaria y Extraordinaria de AONUJER.
- *Día 21:* Reunión de equipo terapéutico de AONUJER (coordinador de monitores, equipo técnico y monitores/as).
- *Día 28-29-30:* Desplazamiento del presidente de AONUJER a Madrid para el Congreso de FEJAR.
- *Día 28:* Dos miembros de la Junta Rectora de AONUJER asisten a las jornadas de mecanismos de mejora en la inserción de la población onubense. Terapia Social de AONUJER.

OCTUBRE:

- *Día 3:* Reunión del presidente de AONUJER con la nueva coordinadora del voluntariado.
- *Día 5:* Entrevista televisiva a dos miembros de la Junta Rectora en CNH. Reunión de Junta Rectora y equipo técnico de AONUJER.
- *Día 9:* El Presidente de AONUJER es entrevistado en la cadena de televisión Huelva Televisión, en el programa “El último café” de Diego Lopa Garrocho.
- *Del 12-26:* Voluntarios/as de AONUJER, llevaron una carta del presidente, carteles, dípticos y propagandas del Día Sin Juegos de Azar, a los Alcaldes de 55 pueblos de la provincia, desde la costa a la sierra y desde el Condado al Andévalo.
- *Día 15:* Dos miembros de la Junta Rectora visitan la Diputación de Huelva.
- *Día 20:* En la localidad de Aracena (Huelva) y con motivo de la muestra del jamón; lugar donde acuden regularmente muchas personas de Andalucía, Extremadura y de otras Comunidades, instalamos una mesa informativa, donde se informaron a la población en general de los peligros que acarrear los juegos de azar. Mediante reparto de propagandas, dípticos, bolígrafos, etc. Estuvo atendida por 8 personas voluntarias.
- *Día 20 y 27:* en la localidad de Lepe (Huelva) y con motivo del mercadillo; lugar donde acuden muchas personas de Andalucía y de Portugal, se instaló una mesa informativa, donde se informó a la población en general de los peligros que acarrear los juegos de azar mediante reparto de propagandas, dípticos, bolígrafos, etc.. Estuvo atendida por 8 personas voluntarias.
- *Día 21:* Reunión de equipo terapéutico de AONUJER (coordinador de monitores, equipo técnico y monitores/as).
- *Día 22:* Dos miembros de la Junta Rectora son entrevistados en diferentes medios radiofónicos COPE, Onda Cero y Radio Canal Sur.
- *Día 23:* La Junta Rectora de AONUJER realiza la presentación del Día Sin Juego en la Diputación de Huelva
- *Día 25:* El presidente y el secretario de AONUJER son entrevistados en la televisión local del condado de Huelva.
- *Día 26:* El presidente y un vocal de AONUJER son entrevistados por la televisión local onubense CNH. Terapia Social de AONUJER.
- *Día 29:* Durante la mañana en Huelva, se instalaron 2 mesas informativas, donde se informaron a la población en general de los peligros que acarrear los juegos de azar; una en las inmediaciones del Mercado de El Carmen y otra en La Palmera, lugares de mucho tránsito de personas. Se repartieron propagandas, dípticos, bolígrafos, etc. A las 19,00 horas, en la Casa de la Juventud (Gota de Leche), sito en Paseo Independencia 46 de Huelva, en colaboración con la Concejalía de la Juventud del Excmo. Ayuntamiento de Huelva, se celebró una charla informativa a cargo de la psicóloga Doña Lola Gómez Noguera. Y sobre las 20’30 horas en nuestra sede, sita en Avd. Cristóbal Colon 91 de Huelva, se celebró unas jornadas de puertas abierta, donde se invitaron a todas las autoridades y el presidente Don Jorge Barroso Barrera, se dirigió a los asistentes, con la valoración de los actos realizados durante todo el mes de octubre, con motivo de la campaña del día sin juegos de azar, a continuación le dio la palabra a los representantes
- *Día 30:* El presidente de AONUJER es entrevistado por la Cadena Ser de Valverde.

NOVIEMBRE:

- *Día 9:* Reunión de Junta Rectora y equipo técnico de AONUJER.
- *Día 10:* Asamblea General Ordinaria y Extraordinaria de FAJER, asiste el vicepresidente y el secretario de AONUJER.
- *Día 13:* Asistencia del presidente de AONUJER a la consejería de Salud y Bienestar para la presentación de los presupuestos sociales y próximos recortes.
- *Día 15:* Asistencia del presidente y secretario de AONUJER al Día sin Alcohol.
- *Día 23:* Reunión de equipo terapéutico de AONUJER (coordinador de monitores, equipo técnico y monitores/as).
- *Día 28:* El presidente de AONUJER se reúne en Sevilla con la directora general del Voluntariado.
- *Día 29:* El presidente de AONUJER visita el parlamento de Andalucía en Sevilla.
- *Día 30:* Reunión de Junta Rectora y equipo técnico de AONUJER.

DICIEMBRE:

- *Días 6-9:* XXII Congreso Andaluz de FAJER. Asisten 25 personas de AONUJER.
- *Día 21:* Se renueva el convenio entre el Ayuntamiento de Huelva y AONUJER en el edificio de la Gota de Leche. Reunión de de equipo terapéutico de AONUJER (coordinador de monitores, equipo técnico y monitores/as).
- *Día 27:* Le realizan una entrevista de radio en Radio San Juan al presidente de AONUJER.

4.4. BALANCE DE SITUACIÓN.

ACTIVO	
B) INMOVILIZADO	5.720,33
III. INMOVILIZACIONES INMATERIALES	0,00
1. Aplicaciones informáticas	0,00
9. Amortización acumulada Inmov. Inmaterial	0,00
III. INMOVILIZACIONES MATERIALES	5.720,33
1. Mobiliario	7.167,64
2. Equipos para el proceso de la información	2.844,05
3. Otro inmovilizado material	2.737,52
4. Biblioteca	505,41
8. Amortización acumulada Inmov. Material	-7.030,45
9. Amortización acumulada Biblioteca	-503,84
D) ACTIVO CIRCULANTE	3.266,45
VI. TESORERIA	3.266,45
1. Caja euros	407,44
2. Bancos e instituciones de crédito	2.859,01
TOTAL ACTIVO.....	8.986,78
PASIVO	
A) FONDOS PROPIOS	7.275,07
I. FONDO SOCIAL	23.119,84
II. RESULTADOS EJERCICIO ANTERIOR	-17.717,29
2. Resultados negativos ejercicios anteriores	-17.717,29
VI. PERDIDAS Y GANANCIAS	1.872,52
E) ACREEDORES A CORTO PLAZO	1.711,71
IV. ACREEDORES COMERCIALES	0,00
1. Acreedores prestación de servicios	0,00
V. OTRAS DEUDAS NO COMERCIALES	1.711,71
1. Administraciones Públicas	601,71
Retenciones practicadas	162,71
Seguridad social	439,00
1. Remuneraciones Pendientes de pago	1.110,00
TOTAL PASIVO.....	8.986,78

4.5. CUENTA DE PÉRDIDAS Y GANANCIAS.

GASTOS	
1. GASTOS DE PERSONAL	20.781,81
Sueldos, salarios y asimilados	12.270,74
Fras. Profesionales y Asesoría	4.379,32
Seguridad social	3.725,60
Otros gastos sociales	406,15
2. DOTACIONES AMORTIZACION INMOVILIZADO	1.449,89
Amortización Inmov. Inmaterial	0,00
Amortización Inmov. Material	1.449,89
3. OTROS GASTOS DE EXPLOTACION	31.401,88
Arrendamiento sede social	611,08
Reparación y conservación	199,70
Primas de seguros	1.379,68
Publicidad, propaganda y relaciones públicas	1.794,28
Suministros electricidad	1.016,29
Suministro agua	244,45
Teléfono	1.900,99
Mantenimiento Página Web	2.295,38
Material de oficina	3.146,36
Dietas y Kilometrajes	3.707,18
Alojamientos convivencias Aonujer	1.620,20
Convivencias y congresos FAJER	4.743,40
Transportes convivencias (Autocar)	1.300,00
Limpieza sede social y Basura industrial	3.273,60
Cuotas FAJER	500,00
Otros servicios	3.669,29
4. GASTOS FINANCIEROS	10,94
Intereses y comisiones	10,94
TOTAL GASTOS.....	53.644,52
INGRESOS	
1. CUOTAS DE AFILIADOS	16.614,00
Cuotas de Afiliados mensuales	15.668,00
Ingresos convivencias y congresos afiliados	946,00
2. SUBVENCIONES OFICIALES	37.998,20
Subvención Consejería de Salud C.T.A. (Conv.11-12)	27.163,20
Subvención Delegación de Salud	5.000,00
Subvención Diputación Conv. FAJER	750,00
Subvención Mantenimiento FAJER 2011	5.085,00
3. INGRESOS FINANCIEROS	0,00
Intereses de cuentas	0,00
4. INGRESOS EXTRAORDINARIOS	904,84
Programa "Tú eliges, tú decides" Cajasol	779,84
Donativo La Caixa	125,00
TOTAL INGRESOS.....	55.517,04
BENEFICIOS.....	1.872,52

5. MEDIOS Y RECURSOS AÑO 2012.

5.1. INMUEBLES E INSTALACIONES

La sede de la asociación desde el 11 de Enero de 1994, se encuentra situada en la avenida Cristóbal Colón número 91 de Huelva capital, donde se prestan los servicios de los cuales dispone.

Las instalaciones de la asociación cuentan con una superficie útil de 78 metros cuadrados destinada para terapias y actividades de la asociación y de 40 metros cuadrados destinado a la dirección, sala multiuso y despacho del equipo técnico.

Se dispone de contratos con empresas de servicios como telefonía, ENDESA y Aguas de Huelva.

5.2. MUEBLES Y MATERIALES

La asociación dispone del siguiente material:

MATERIALES	CANTIDAD
Sillas con brazos	2
Televisor Philips de 28"	1
Sillas Versoni dirección	3
Sillas Versoni gas y respaldo	2
Silla Versoni inca	1
Sillas Laico confidente	6
Mesas Serie crater 160 x 80	3
Cajoneras	2
Encimera y bajo fregadero	1
Mueble de Oficina	1
Armario Metálico	1
Módulos modelo motril	2
Mesa de Ordenador	1
Cajoneras rodantes	3
Sillas confidente modelo Bailén	30
Mesa de reuniones	2
Fichero metálico	1
Cámara digital	1
Estanterías	4
Bafle micro mano + pie de aluminio	1
Ordenador portátil	1
Cañón retroproyector	1
Ordenador Pentium RAM	1
Impresora EPSON TO445	1
Ordenador portátil INTER COURE DUO	1

Persianas de aluminio	9
Equipo aire acondicionado 3780	1
Equipo aire acondicionado 4662	1
Equipo aire acondicionado Airtetur 300	1

5.3. ECONÓMICOS Y FINANCIEROS

En AONUJER contamos con dos tipos de financiación. Por un lado tenemos la *financiación interna* y por otro la *financiación externa*. En lo que a la primera se refiere, ésta se consigue a través de las cuotas de sus socios. Durante el año 2012, y hasta el mes de diciembre, AONUJER ha recaudado por este concepto la cantidad de 15.668,00€.

Como se ha reflejado en otras memorias, la suma recaudada debería ser mayor puesto que el producto del número de socios por la cantidad estipulada supera con creces esta cifra, pero la crisis económica afecta cada vez a mayor número de usuarios/as, que en ocasiones les impide pagar la cuota mensual.

La financiación externa, por su parte, se obtiene mediante colaboraciones de diferentes entidades. Durante el 2012 fueron las siguientes:

- Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.
- Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, Delegación Territorial de Huelva.
- Consejería de Gobernación de la Junta de Andalucía (Agencia Andaluza del Voluntariado).
- Ayuntamiento de Huelva.
- Cajasol y Caixa.
- Diputación Provincial de Huelva.

Para los diversos ingresos que se recibe y los pagos que se efectúan, la asociación mantiene abierta cuentas corrientes con las entidades de Cajasol y La Caixa.

Además, AONUJER está inscrita en los siguientes centros:

- Con el número 1.016 en la delegación de gobernación de la junta de Andalucía en Huelva.
- Con el número 1 en el registro municipal de asociaciones del Excmo. Ayuntamiento de Huelva.
- Con el número 1.486 en el registro de centro/servicios de la consejería de asuntos sociales de la junta de Andalucía.
- Con el número 1.177 en el registro de entidades de la consejería de asuntos sociales de la junta de Andalucía.
- Con el número 258/93 en la consejería de salud de la junta de Andalucía.
- Con el número 116 en el registro general del voluntariado de Andalucía.
- Resolución del 16 de Abril de 2009 de la dirección general para las drogodependencias y adicciones de la consejería para la igualdad y bienestar social de la junta de Andalucía, por

la que se autoriza el funcionamiento del *centro de tratamiento ambulatorio* exclusivo de juego patológico dependiente de la entidad AONUJER.

- Con el número AS/C/0004777 en el registro de centro de tratamiento ambulatorio exclusivo de juego patológico y acreditación de la consejería para la igualdad y bienestar social con fecha 14 de diciembre de 2009, por un periodo de cuatro años.

5.4. HUMANOS Y TÉCNICOS

AONUJER cuenta con 265 socios/as inscritos/as a 31 de diciembre de 2012, de los que 6 forman parte de la junta rectora.

La junta rectora se compone por las siguientes personas que se citan a continuación:

NOMBRE	CARGO
D. Jorge Barroso Barrera	PRESIDENTE
D. Ramón González Rivera	VICEPRESIDENTE
D. Lorenzo García González	SECRETARIO
D. José Ramón Quilón Jaramillo	TESORERO
D. Justo Martínez Gómez	VOCAL (Reposición y apoyo)
D. Antonio del Pino Évora	VOCAL (Eventos)

PROFESIONALES CONTRATADAS

AONUJER cuenta con una psicóloga, una trabajadora social y una abogada, contratadas por programas, dichas profesionales son:

- D^a Dolores Montserrat Gómez Nogueras PSICÓLOGA
- Cinta del Rocío García Martín PSICÓLOGA
- D^a Noemí Quesada Agudo TRABAJADORA SOCIAL
- D^a María Rangel Morón ABOGADA

III. PLAN DE ACCIÓN 2013.

6. OBJETIVOS PARA EL AÑO 2013.

6.1. GENERALES.

Tras los resultados obtenidos en el año 2012 y en consonancia con los estatutos de AONUJER, por las razones por las que fue fundada, para el próximo año 2013 pretendemos ayudar, colaborar y solidarizarnos con aquellas personas que tengan o puedan llegar a tener problemas con todo tipo de adicciones sin sustancias, así como con aquellos núcleos familiares que están afectados por la patología. Por otro lado y en relación con este objetivo, pretendemos colaborar también con aquellas instituciones relacionadas con el problema de las adicciones sin sustancias que afectan a toda nuestra población.

6.2. ESPECÍFICOS.

Para la consecución del objetivo general nombrado anteriormente, nos vamos a centrar en objetivos más específicos como son:

- Conseguir una adecuada financiación económica que permita cubrir nuestro presupuesto de gastos para el año 2013.
- Realizar difusión para dar a conocer la asociación y los servicios que pone a disposición de la población y de las instituciones que representan los intereses de los ciudadanos en lo que se refiere a salud mental y física, bienestar social, etc.
- Ofrecer formación técnica y específica, al personal técnico que prestan sus servicios en la asociación, en temáticas de evaluación, tratamiento, intervención y prevención de los problemas de juego de azar y otras adicciones sin sustancias.
- Ofrecer formación y cualificación adecuada a los miembros de la asociación (voluntarios/as), para el mejor funcionamiento del equipo humano que presta su colaboración hacia las personas, que afectados/as por el juego patológico y otras adicciones sin sustancias, se acercan a nuestra entidad.
- Desarrollar un programa de tratamiento, rehabilitación y prevención para los/as afectados/as por el juego patológico y las adicciones sin sustancias directa o indirectamente.
- Realizar encuentros y reuniones periódicas que ayuden al buen funcionamiento de la asociación y que lleven, por tanto, a la consecución del objetivo general, así como del resto de objetivos propuestos en este apartado.

7. CALENDARIO AÑO 2013.

7.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y REUNIONES.

Como se ha mencionado anteriormente, el programa de tratamiento que se lleva a cabo en la asociación es bastante amplio e incluye una visión holística e interdisciplinar además de llevar un orden secuencial lógico según los niveles establecidos¹ por lo que dentro de las actividades a realizar durante el año 2013 distinguiremos el tratamiento según dónde se encuentre el usuario, dentro del cual realizaremos las siguientes actividades:

- Grupo de inicio auto-ayuda y ayuda mutua para personas adictas. Llevándose a cabo los lunes y jueves, con horario de 19:30 a 21:00 horas.
- Grupo de inicio auto-ayuda y ayuda mutua para familiares. Llevándose a cabo los lunes y jueves, con horario de 18:00 a 19:30 horas.
- Grupo de rehabilitación auto-ayuda y ayuda mutua para personas adictas. Se realizarán los miércoles, bajo horario de 19:30 a 21:00 horas.
- Grupo de rehabilitación auto-ayuda y ayuda mutua para familiares. Se realizarán los miércoles, bajo horario de 18:00 a 19:30 horas.
- Grupo de rehabilitación conjunta, con la psicóloga. Se realizarán el segundo viernes de cada mes, con el horario de 19:00 a 21:00 horas.
- Grupos de psicoterapia I. Se llevarán a cabo los martes de 18:30 a 20:00 horas.
- Grupos de psicoterapia II. Se llevará a cabo los martes de 20:15 a 21:45 horas.
- Grupo de seguimiento. Se realizará el último viernes de cada mes la terapia social. Con horario de 19:00 a 21:00 horas.
- Reunión de monitores/as, junto con coordinador de monitores y el equipo técnicos. Realizándose el tercer viernes de cada mes a las 18:00 horas.
- Reunión de la junta rectora junto al equipo técnico. Tendrá lugar el primer viernes de cada mes a las 18:00 horas.
- Estudio y atención a las recaídas, según necesidades.
- Asamblea general ordinaria y extraordinaria; según proceda.
- Convivencias provinciales, serán trimestrales.
- Actos programados por FAJER.
- Programa de prevención.

¹ Ver Informe de los técnicos pág. 51

8. ACCIONES AÑO 2013.

8.1. GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN INTERNA.

Tanto la gestión como la organización son indispensables para el buen funcionamiento de una entidad. De ello depende la vida del sistema tanto a nivel interno como externo.² Es por ello que resulta de vital importancia explicar cómo se organizará AONUJER, de forma muy general, para el año 2013.

En cuanto a la gestión podemos mencionar que, según la Real Academia Española (RAE a partir de ahora) gestionar significa “hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera.”. El término gestión está ligado al de administrar, que sería, según la RAE “dirigir una institución.”

En cuanto a la organización la entendemos como “asociación de personas regulada por un conjunto de normas en función de determinados fines”, mientras que organizar es “establecer algo para lograr un fin, coordinando las personas y los medios adecuados”.

La raíz de la palabra organizar hace referencia al trabajo³ y a su vez puede hacer referencia a “órgano” según una acepción en desuso. En efecto, órgano también tiene esa raíz y en el antiguo griego significaba “instrumento de trabajo”, por lo que organización hace referencia a la “disposición de los órganos de la vida” y organizar a coordinar un trabajo.

Con esta explicación etimológica escueta hacemos referencia a la importancia del trabajo interno dentro de una entidad y de la importancia también de las *diligencias conducentes* al logro de una actividad, que en nuestro caso serían las actividades relacionadas con el “Juego de Azar y Juegos que creen adicción”⁴.

Dichas actividades de gestión y organización interna de la asociación son, en general, las siguientes:

- Administración y de gestión de las instalaciones y recursos de la asociación.
- Celebración de reuniones periódicas de la junta rectora de la asociación.
- Celebración de asambleas ordinarias y extraordinarias periódicas de acuerdo con los estatutos de AONUJER y las necesidades que puedan surgir.
- Realización de encuentros y convivencias con socios/as y sus familiares, así como con otras provincias colindantes.
- Participación de la asociación en las actividades programadas por la federación andaluza (FAJER).
- Dos convivencias regionales organizadas por FAJER, donde esta establezca.
- Celebración el 29 de Octubre de 2013 del “*día sin juego de azar*”.

² Ver “*teoría general de sistemas*” de L. Von Bertalanffy

³ Ver diccionario etimológico <http://etimologias.dechile.net/>

⁴ “*Estatutos de la Asociación Onubense de Jugadores de Azar en Rehabilitación*”, art. 2

- Actividades de información-formación y sensibilización social, previa y posterior al “*día sin juego de azar*”.
- Congreso andaluz de jugadores de azar en rehabilitación, donde se designe por la federación.
- Solicitud de subvenciones a instituciones públicas y privadas.
- Organizar de actividades para la búsqueda de medios económicos.
- Jornadas de sensibilización social sobre el juego patológico y otras adicciones sin sustancias en pueblos de la provincia de Huelva.

8.2. FORMACIÓN E INFORMACIÓN.

Desde AONUJER creemos que es de vital importancia la formación, información y sensibilización de la sociedad en general en cuanto al juego patológico y otras adicciones sin sustancias y crear conciencia de enfermedad para que la sociedad conozca y ayude a las personas que potencialmente puedan tener este problema evitando el etiquetaje social que se hace a las personas entendiéndolas, erróneamente, como viciosas. Para tal fin la asociación se plantea una serie de actividades.

Se ha llevado a cabo un programa de prevención en Huelva y provincia a lo largo de todo el año destinada a todos los colectivos sociales, institutos, universidad, ayuntamientos, diputación, etc. Podemos mencionar como ejemplo del 2012 la impartición por parte de nuestra psicóloga Lola Nogueras una charla sobre las nuevas tecnologías y sus adicciones en la asociación de amas de casa de San Juan del Puerto, la cual asistieron 35 personas.

Para la formación de todo aquel que tenga algún tipo de vínculo con la asociación se trata de ampliar la biblioteca de la entidad todos los años para que así, cada uno, pueda formarse sobre los estudios tanto pioneros como los más recientes sobre ludopatía, juegos de azar y otras adicciones sin sustancias que se realizan tanto en España como en el resto del mundo.

Otro objetivo es realizar una campaña divulgativa en medios de comunicación social como la prensa escrita, televisión, radio e internet, tanto en la capital como en la provincia, para llegar a todas aquellas personas a las que no les llega la información a través de la publicidad informativa y positiva. El objetivo es llegar a todos los hogares de la provincia para que se sepa de la existencia de las adicciones sin sustancias y de la asociación como medio de rehabilitación.

Una forma de realizar campaña divulgativa de prevención en la mujer y para los jóvenes es mediante dípticos informativos, carteles, hojas informativas, etc., con el fin de llegar a la gente con información clara y concisa de lo que es la ludopatía y dónde se puede tratar.

A otros niveles, y con la intención de dar más datos de la asociación su funcionamiento y resultados, se ofrecen charlas coloquios, como los que se realizan en la Gota de Leche (Huelva), para llegar a otro tipo de público más específico e interesado en la problemática.

8.3. RESUMEN PROYECTO TERAPÉUTICO PARA EL AÑO 2013.

El proyecto terapéutico de AONUJER llevará a cabo una serie de actuaciones, programadas y desarrolladas por los profesionales, destinadas a cumplir el objetivo básico de la asociación que es la rehabilitación y reinserción (social y familiar) de los afectados por el juego patológico y las diferentes adicciones sin sustancias, así como el desarrollo de programas específicos de prevención.

Las actuaciones que se llevarán a cabo para cumplir con este objetivo general pueden resumirse en los siguientes pasos:

- **Entrevista psicológica:** en la que se elabora una historia clínica y se detectará la posible adicción a los juegos de azar o de cualquier adicción sin sustancias. Posteriormente se dará tratamiento individualizado en el caso que lo necesitare.
- **Entrevista con la trabajadora social:** a continuación de la valoración psicológica, y si existe una adicción a los juegos de azar o a cualquier adicción sin sustancias, se complementará la documentación para la acogida. Al día siguiente, en el que la persona acogida ya se encuentra más relajado/a, el profesional realizará la historia social, es decir, un diagnóstico de su situación socio-familiar para su futuro tratamiento.
- **Coordinación de los grupos de tratamiento:** La figura del profesional de la psicología estará presente en los grupos de terapia del nivel más avanzado, donde se interviene sobre las áreas individuales y de relación que han sido alteradas durante el desarrollo de la enfermedad, estos son los grupos de psicoterapias.
- **Coordinación de los/as monitores/as de grupo:** El equipo técnico se encargará de supervisar la labor de los/as monitores/as dentro de los grupos de tratamientos asignados, así como de otras actuaciones que estos realicen dentro de la asociación. Además, el equipo de profesionales se encargará del aprendizaje y posterior reciclaje de los monitores de auto-ayuda y ayuda mutua, que efectúen su labor terapéutica o que se vayan a incorporar a los grupos de tratamiento. Esta labor se desarrollará a través de la realización de cursos y reuniones de trabajo periódicas.
- **Seguimiento individual de afectados/as y sus familiares:** En cada caso, el equipo técnico de la asociación se encargará del estudio y posterior tratamiento de aquellos/as enfermos/as y familiares que requieran algún tipo de apoyo psicológico y social particular.
- **Organización y desarrollo de programas de trabajo en convivencias provinciales:** En este tipo de eventos, se organizarán grupos de trabajo donde las personas adictas en rehabilitación y sus familiares profundizarán en determinados aspecto del problema, enriqueciendo así el proceso terapéutico.
- **Elaboración y divulgación de proyectos comunitarios y de acción social:** proyectos encaminados a la prevención de la enfermedad, los cuales deberán tener el punto de vista de todo el equipo de trabajo, con el fin de darle una perspectiva psicológica, social y jurídica.
- **El equipo técnico de AONUJER se reunirá periódicamente con el fin de:** coordinación sobre los pacientes, elaboración de proyectos de trabajo, coordinación de actuaciones, revisión de programas terapéuticos y elaboración del informe técnico incluido en la memoria anual de la asociación.

Todas estas acciones descritas en los párrafos precedentes tienen cabida según un orden cronológico. Para su mayor comprensión pasamos a explicar, paso a paso, el curso natural del usuario al llegar a nuestro centro: Una vez que las personas se acercan por AONUJER, para informarse sobre el tratamiento, se siguen los pasos que se citan a continuación. La acogida la realiza una pareja de monitores/as de autoayuda, los cuales después de presentarse, les cuentan sus vivencias de cómo lo hicieron ellos, para salir de la dependencia a las adicciones sin sustancias, con el fin de que la persona que viene afectada, vea que no es la única persona que tiene ese tipo de problema y, de alguna manera, descargan el sentimiento de culpa que traen. Esta es una de las fases más importantes pues de ello va a depender si la persona se queda o no.

Una vez superada esta fase, la persona será entrevistada por la psicóloga para elaborar la historia clínica y detectar si realmente padece una adicción a los juegos de azar. Aquí se determinará el grado de afectación de las personas que acuden solicitando ayuda. En la entrevista se determinará la incorporación a los grupos de tratamiento, o bien, el seguimiento individual en cada caso, así como la coordinación de otras posibles actuaciones para la rehabilitación de los afectados.

Todas las personas que han sido valoradas por la psicóloga como enfermos/as patológicos/as, con posterioridad debe acudir a la consulta de la trabajadora social, con el fin de rellenar los documentos necesarios de la acogida, como por ejemplo, el autoprohibido, contrato terapéutico, etc. Al día siguiente se volverán a reunir para la realización de la Historia Social. Posteriormente llevará un seguimiento y tratamiento social para la mejora de las condiciones sociofamiliares del ludópata y de su familiar.

De ahí se pasará al tratamiento de las redes de apoyo, aspectos intrínsecos a la vida de la familia, trabajo comunitario de apoyo, proyecto de vida del paciente, entre otros.

Después de la acogida, y si esta procede, tanto el usuario como el familiar entrarán en el programa de tratamiento para su rehabilitación, insertándolos en los grupos de inicio. Con el paso del tiempo, y con la consolidación de actitudes y los cambios de conducta necesarios entrarán en los grupos de rehabilitación para profundizar en otras temáticas.

Como hemos podido ver en el apartado 4.1. de la presente memoria, a continuación, las personas afectadas por adicciones sin sustancias entran en los grupos de autoayuda y ayuda mutua hasta complementar su tratamiento.

9. PRESUPUESTO ECONÓMICO AÑO 2013.

9.1. PREVISIÓN DE INGRESOS.

INGRESOS		
CONCEPTO	DESGLOSE	EUROS
FINANCIACIÓN PROPIA	Cuotas Socios	15.668,00
	Extraordinarios	0,00
	Protectores	0,00
	SUB-TOTAL	15.668,00
FINANCIACIÓN EXTERNA	Subvención de otros Organismos Oficiales	18.841,00
	Convenio Colaboración Ayuntamiento	3.600,00
	SUB-TOTAL	22.441,00
TOTAL INGRESOS		38.109,00

9.2. PREVISIÓN DE GASTOS.

GASTOS		
CONCEPTO	DESGLOSE	EUROS
MANTENIMIENTO DE SEDE	Limpieza	3.422,00
	Teléfono	2.300,00
	Electricidad	800,00
	Agua	340,00
	Alquiler de Locales	589,00
	Seguros de locales	380,00
	Reparación y Conservación	900,00
	Varios	500,00
	SUB-TOTAL	9.231,00
REHABILITACION DEL JUGADOR PATOLOGICO	Personal	9.464,00
	Asesoría y Gestoría	3124,00
	Seguros de Vida de voluntarios/as	90,00
	Material de Oficina y fungible	1.500,00
	Material de Propaganda	1.100,00
	Dietas y Kilometrajes	1.200,00
	SUB-TOTAL	15.478,00
ACTUACIONES COMPLEMENTARIAS AL TRATAMIENTO	Personal	6.000,00
	Dietas y Kilometraje	800,00
	Material de Propaganda	1.500,00
	Material Fungible	500,00
	SUB-TOTAL	8.800,00
PROGRAMA DE PREVENCION Y DIA SIN JUEGO DE AZAR	Personal	1.000,00
	Dietas y Kilometraje	1.100,00
	Material de Propaganda	2.000,00
	Material Fungible	500,00
	SUB-TOTAL	4.600,00
TOTAL GASTOS		38.109,00

10. OTROS DATOS DE INTERÉS:

10.1. XXII CONGRESO DE FAJER.

En el XXII Congreso Andaluz de Jugadores de Azar Rehabilitados, organizado por la FAJER (Federación Andaluza de Jugadores de Azar Rehabilitados) celebrado en el Hotel Elimar de El Rincón de la Victoria (Málaga) entre los días 06 y 09 de Diciembre de 2012, el programa fue el siguiente:

PROGRAMA XXII CONGRESO ANDALUZ DE JUGADORES DE AZAR REHABILITADOS "FAJER"

JUEVES DÍA 6 DE DICIEMBRE

12:00h. Recepción y entrega de documentación.

13:30-15:00h. Almuerzo

18:00-19:00h. Proyección de la película "El Jugador"

19:00h. Descanso

19:30h. Debate sobre la proyección

20:30-22:00h. Cena.

22:00h. Asamblea Extraordinaria de Fajer

VIERNES DÍA 7 DE DICIEMBRE

8:00-10:00h. Desayuno.

10:30h. Acto inaugural a cargo de:

Doña Magdalena Sánchez Fernández, directora general de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias de la Junta de Andalucía.

Don Daniel Pérez Morales, Delegado Territorial de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía de Málaga.

Don Martín Valero Hervás, Vicepresidente de Fajer.

Don Francisco Abad Domínguez, Presidente de Amalajer.

11:30h. Conferencia a cargo de **D. Miguel Ángel Palacios Navarro;** psicólogo clínico de APLIJER con un máster en diagnóstico y terapia por el Instituto Maslow Catell.

Título: *El movimiento Asociativo como Herramienta en la Rehabilitación de Enfermos y Familiares.*

13:30-15:00h. Almuerzo

PROGRAMA XXII CONGRESO ANDALUZ DE JUGADORES DE AZAR REHABILITADOS "FAJER"

17:30h. Conferencia a cargo de **D. Cristóbal Gangoso Aragón;** Médico y Dr. en Psicología; Director Técnico de Alcohólicos Rehabilitados Onubenses (ARO) de Huelva, especialista en adicciones con dedicación profesional desde hace más de 40 años.
Título: *Adicciones Emocionales*

19:00h. Descanso

19:30h. Comunicados libres

20:30-22:00h. Cena.

SÁBADO DÍA 8 DE DICIEMBRE

8:00-9:30h. Desayuno.

10:00 h. Conferencia a cargo de **D.Fernando Díez Sánchez;** Psicólogo clínico de Amalajer.

Título: *Diferencias entre diversas adicciones sin sustancias.*

11:30h. Descanso.

12:00h. Intercambios de experiencias

13:30-15:00h. Almuerzo

16:00h. Tarde libre.

22:00h. Cena de gala servida. A continuación baile.

DOMINGO DÍA 9 DE DICIEMBRE

8:00-10:00h. Desayuno.

10:00-10:30h. Desalojo de habitaciones y entrega de llaves.

10:30h. Conferencia de clausura a cargo de **D. Justo Aliceda Miranda;** Presidente de la Fundación Fulgencio Benítez. Master en Drogodependencias.

Título: *Nueva Sociedad y Otras Génesis de la Adicción.*

CONCLUSIONES XXII CONGRESO DE FAJER

En el XXII Congreso Andaluz de Jugadores de Azar Rehabilitados, organizado por la FAJER (Federación Andaluza de Jugadores de Azar Rehabilitados) celebrado en el Hotel Elimar de El Rincón de la Victoria (Málaga) los días 06,07,08 y 09 de Diciembre de 2012, se han tratado, entre otros, los siguientes aspectos:

- El movimiento Asociativo como Herramienta en la Rehabilitación del enfermo y del familiar.
- Las Adicciones Emocionales.
- Diferencias entre diversas adicciones sin sustancias.
- Nueva Sociedad y otras Génesis de la Adicción.

De todo lo tratado, el XXII Congreso, se extraen las siguientes conclusiones:

- 1) El Juego Patológico es una enfermedad que tiene tratamiento y rehabilitación.
- 2) Que se reconozca el tratamiento a las familias de jugadores patológicos que estamos llevando a cabo en nuestras Asociaciones y se nos dote de la cantidad económica suficiente para continuar con esta labor.
- 3) La prevención será más efectiva cuanto más pronto se lleve a cabo. Pedimos poder realizarla en el ámbito escolar.
- 4) Y por último exigimos:
 - a) Gestionar de forma eficaz el uso de todo tipo de juego por medio de un software de control para menores y autoprohibidos.
 - b) Control de acceso en todos los Salones de Juego.
 - c) Que se prohíba la publicidad de juego en todos los eventos deportivos.
 - d) Que cumpla el III Plan Andaluz sobre drogas y adicciones.
 - e) Que por parte de las Administraciones, se cumplan los plazos de pago de subvenciones concedidas a nuestras Asociaciones, para no ocasionar el cierre de las mismas.

10.2. FAJER Y SUS ASOCIACIONES

<i>ACOJER</i>	Dirección: Avenida Agrupación s/n, antiguo hospital militar. C.P.: 14007. Córdoba. Teléfono: 957 40 14 49. Fax: 957 40 14 49 Correo electrónico: acojer@andaluciajunta.es
<i>ASEJER</i>	Dirección: C/Luís Fuentes Bejarano, nº60, planta 4º, módulos A y C. Edificio Nudo Norte. C.P.: 41002. Sevilla. Teléfono: 954 90 83 00. Fax: 954 90 83 23. Correo electrónico: presidencia@asejer.org
<i>AMALAJER</i>	Dirección: C/ Diego Vázquez Otero, nº 5, local. C.P.: 29007. Málaga Teléfono: 952 64 12 96 Correo electrónico: amalajer@amalajer.org , www.amalajer.org
<i>AONUJER</i>	Dirección: Avda. Cristóbal Colón nº 91. C.P.: 21002. Huelva. Teléfono: 959 28 50 78 Correo electrónico: aonujer@teleline.es , www.aonujer.org
<i>AGRAJER</i>	Dirección: Avenida de la Sierra Nevada nº 35, bajo. C.P.:18190. Cenes de la Vega (Granada). Teléfono: 958 48 92 93. Fax: 958 48 97 50 Correo electrónico: info@agrajer.org , www.agrajer.org
<i>INDALAJER</i>	Dirección: Avda. del Mediterráneo, nº 222.C.P.: 04006. Almería. Teléfono: 950 27 25 44. Fax: 950 24 28 31 Correo electrónico: indalajer@terra.es
<i>APLIJER</i>	Dirección: C/ Bailén, nº 22, bajo. C.P.: 23700. Linares (Jaén). Teléfono: 953 69 37 84 Correo electrónico: aplijer@yahoo.es
<i>JARCA</i>	Dirección: Avda. Virgen de la Palma, Edif. Doña Inés nº 1 y 2, entreplanta, locales 4 y 5. C.P.: 11203. Algeciras (Cádiz). Teléfono: 956 66 38 09. Fax: 956 63 47 75 Correo electrónico: jarca_asoc@hotmail.com
<i>ALUJER</i>	Dirección: Adarves bajos, nº 20. C.P.:23001. Jaén Teléfono: 953 23 29 71 Correo electrónico: alujer@hotmail.com
<i>ALSUBJER</i>	Dirección: Ronda Paseo Viejo, nº 1. C.P.: 14900. Lucena (Córdoba). Teléfonos: 957 59 08 86 Correo electrónico: alsubjerlucena@yahoo.es
<i>FAJER</i>	Dirección: C/Manuel España Lobo nº5. C.P.: 29007. Málaga. Teléfonos: 958 80 47 57 Fax: 952 27 39 62 Correo electrónico: info@fajer.org , www.fajer.org

10.3. GALERÍA FOTOGRÁFICA.



ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA Y EXTRAORDINARIA DE AONUJER 20/01/12



I CONGRESO ANDALUZ DE ASOCIACIONES DE DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS ADICCIONES 27-29/01/12



ENTREGA DE MEDALLA DE HUELVA 20/01/12



ENTREGA DE MEDALLA DE HUELVA 20/01/12



XLVIII CONVIVENCIA DE FAJER, ROMPIDO 14-15/04/12



XLVIII CONVIVENCIA DE FAJER, ROMPIDO 14-15/04/12



CONVIVENCIA AONUJER
20/05/12



ALTA GRUPO TERAPÉUTICO
12/06/12



XLIX JORNADAS DE CONVIVENCIA DE FAJER
2-3/06/12



XLIX JORNADAS DE CONVIVENCIA DE FAJER
2-3/06/12



XXI ANIVERSARIO AONUJER
13/06/12



XXI ANIVERSARIO AONUJER
13/06/12



I TROFEO DE FUTBOL 7 DE FAJER
16/06/12



I TROFEO DE FUTBOL 7 DE FAJER
16/06/12



CENA HERMANDAD AONUJER
28/07/12



DIRECTIVOS DE FAJER CON LA DIRECTORA
GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES Y ATENCIÓN
A LA DROGODEPENDENCIA 01/08/12



VISITA DEL DIRECTOR DE ATLANTIC CUPER
AONUJER 09/08/12



VISITA DE LA JUNTA RECTORA DE AONUJER A
LA DELEGADA DE LA CONSEJERÍA DE SALUD
30/08/12



ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA Y EXTRAORDINARIA DE AONUJER 05/09/12



OFRENDA FLORAL DE AONUJER A LA VIRGEN DE LA CINTA 08/09/12



XIV CONGRESO FEJAR 28/09/12



MESA INFORMATIVA EN ARACENA 20/10/12



RUEDA DE PRENSA EN DIPUTACIÓN DÍA SIN JUEGO EN AONUJER 23/10/12



MESA INFORMATIVA EN LEPE 27/10/12



DÍA SIN JUEGO-AONUJER
29/10/12



DÍA SIN JUEGO-AONUJER
29/10/12



DÍA SIN JUEGO-AONUJER
29/10/12



DÍA SIN JUEGO-AONUJER
29/10/12



DÍA SIN JUEGO-AONUJER
29/10/12



DÍA SIN JUEGO-AONUJER
29/10/12



XXII CONGRESO FAJER
6-9/12/12



XXII CONGRESO FAJER
6-9/12/12



CENA NAVIDAD AONUJER 2012



CENA NAVIDAD AONUJER 2012



CENA NAVIDAD AONUJER 2012



CENA NAVIDAD AONUJER 2012