

# PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN TRASTORNO POR JUEGO EN POBLACIÓN INMIGRANTE



FINANCIADO POR:



MINISTERIO  
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO  
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

## **RESPONSABLE DEL PROYECTO:**

**Rosa Ana Santolaria Gómez. Psicóloga Sanitaria.**

Coordinadora del departamento de Psicología FEJAR y Responsable del Servicio de Terapia Online de FEJAR.

## **COORDINACIÓN:**

**Rosa Ana Santolaria Gómez. Psicóloga Sanitaria.**

Coordinadora del departamento de Psicología FEJAR y Responsable del Servicio de Terapia Online de FEJAR.

## **FINANCIACIÓN:**

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Secretaría de Estado de Sanidad.

Convocatoria de ayudas económicas a entidades privadas sin fines de lucro y de ámbito estatal, para la realización de programas supracomunitarios sobre adicciones, según resolución de 3 de marzo de 2025.

“Las opiniones vertidas en este documento no son necesariamente las de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas o las del Ministerio de Sanidad”.

## **EDITADO POR:**

Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados. c/ Pasteur, 30, Bajo. 15008. A Coruña

Tel.: 900 200 225

[www.fejar.org](http://www.fejar.org)

Abril 2026

## **DISEÑO Y MAQUETACIÓN:**

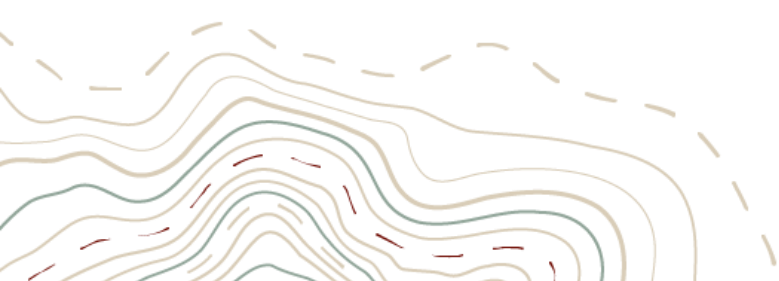
Tinta de Fuego – Estudio de Dirección Cultural y Comunicación Institucional. Paulina Rivera de la Fuente.

D.L.: C 829-2026

## **INCLUIDO EN EL PROGRAMA:**

“SITUACIÓN DE POBLACIÓN INMIGRANTE EN ESPAÑA CON TRASTORNO POR JUEGO E INTERVENCIÓN”

“Esta publicación está disponible para su uso y está permitida la reproducción, almacenamiento o transmisión total o parcial de esta obra por cualquier medio sin autorización del editor, siempre que se cite la fuente: “FEJAR (2026). *Protocolo de intervención en trastorno por juego en población inmigrante*”. A Coruña: <https://fejar.org/que-hacemos/publicacion/>”



## **RELACIÓN DE AUTORES/AS:**

**ROSA ANA SANTOLARIA GÓMEZ.** Psicóloga Sanitaria. Coordinadora del departamento de Psicología FEJAR y Responsable del Servicio de Terapia Online de FEJAR.

**CRISTOBAL FRANCISCO BOHÓRQUEZ ZAYAS.** Psicólogo y responsable de residencia del Centro de Acogida de Protección Internacional de Sevilla. Secretaría de Estado de Migraciones. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

**ALBA PALOMO MOLINA.** Psicóloga Sanitaria y Trabajadora Social. Coordinadora del programa ISTMO.

**ANA ESTÉVEZ GUTIÉRREZ.** Catedrática de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Deusto.

**MAIDER MORENO GARCÍA.** Doctora en Antropología y Sociología. Asociación Progestión.

**MONICA GOMEZ PEÑA.** Doctora en Psicología. Psicóloga especialista en Psicología Clínica. Facultativa especialista en el Servicio de Psicología Clínica del Hospital Universitario de Bellvitge.

**FRANCISCO LUCAS CABALLERO.** Psicólogo Coordinador del Centro de Día Heliotropos (Fundación Diagrama).

**Mª VIRTUDES MICÓ VALERO.** Secretaria Técnica y Trabajadora Social de FEJAR.

## **COLABORADORES/AS:**

**Mª VIRTUDES MICÓ VALERO.** Secretaria Técnica y Trabajadora Social de FEJAR.

**VÍCTOR JAVIER GARCÍA DE SANTOS.** Psicólogo de FEJAR.

**JUAN JOSÉ LAMAS ALONSO.** Director Técnico de FEJAR

**LUCÍA FERNÁNDEZ LÓPEZ.** Trabajadora Social de FEJAR.

**ANDREA SÁNCHEZ LÓPEZ.** Técnica Administrativa de FEJAR.



# PRESENTACIÓN

*«La vulnerabilidad no es una debilidad individual, sino una condición producida socialmente.»*

**Judith Butler**

La realidad social de España en el siglo XXI se caracteriza por una creciente diversidad cultural, fruto de los distintos procesos migratorios que han configurado una sociedad plural y compleja. En este contexto, resulta imprescindible analizar de qué manera determinados problemas de salud y de carácter psicosocial afectan de forma específica a las personas migrantes, atendiendo a sus condiciones de vida, trayectorias vitales y factores de vulnerabilidad. El trastorno por juego constituye uno de estos fenómenos, cuya comprensión requiere una mirada rigurosa, contextualizada y sensible a la diversidad sociocultural.

El **Protocolo de intervención en trastorno por juego en población inmigrante** surge de la necesidad de profundizar, desde una perspectiva científica y aplicada, en el conocimiento de la población migrante residente en nuestro país y, de manera específica, de aquellas personas que presentan un trastorno por juego. A través de este trabajo se analizan sus características sociodemográficas, perfiles de riesgo, vulnerabilidades específicas y los principales retos a los que se enfrentan en relación con el acceso al juego y a las apuestas, así como con los recursos de prevención, tratamiento y rehabilitación disponibles.

Los resultados recogidos en este manual ponen de manifiesto que la población migrante no constituye un grupo homogéneo, sino que presenta una amplia diversidad de situaciones personales, económicas, administrativas y culturales que influyen de forma directa tanto en la aparición del trastorno por juego como en su evolución y en su abordaje terapéutico. Factores como el duelo migratorio, la precariedad laboral,

el aislamiento social, las barreras idiomáticas, la ausencia o fragilidad de redes de apoyo y el desconocimiento de los recursos sociosanitarios pueden incrementar el riesgo y dificultar el acceso a una intervención eficaz.

El objetivo fundamental de este trabajo es contribuir al diseño y establecimiento de un protocolo específico de intervención y tratamiento del trastorno por juego dirigido a personas inmigrantes, que tenga en cuenta sus necesidades particulares y garantice una atención integral, equitativa y culturalmente competente. Desde FEJAR consideramos imprescindible avanzar hacia modelos de intervención adaptados, basados en la evidencia científica y orientados a reducir las desigualdades en salud, así como a favorecer una respuesta terapéutica ajustada a la realidad social y cultural de cada persona.

Este proyecto ha sido posible gracias a la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, cuyo apoyo resulta esencial para impulsar programas que permitan mejorar el abordaje de las adicciones desde una perspectiva social y de salud pública.

Confiamos en que este manual constituya una herramienta útil para profesionales, entidades y responsables institucionales, y que contribuya a reforzar el compromiso colectivo con una atención eficaz, inclusiva, integral y basada en el conocimiento científico. Asimismo, esperamos que favorezca el desarrollo de respuestas más ajustadas a las situaciones de vulnerabilidad social que pueden atravesar las personas inmigrantes con trastorno por juego.

**Gerardo Rodríguez Velo**

**Presidente de FEJAR**

**Abril de 2026**



# ÍNDICE

1.	JUSTIFICACIÓN DEL PROTOCOLO	5
2.	INTRODUCCIÓN A LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES	12
3.	PERFIL Y CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LAS PERSONAS INMIGRANTES. ASPECTOS LEGALES Y CULTURALES	15
4.	FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN	36
5.	PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DESDE EL ENFOQUE INTERCULTURAL	44
6.	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL Y GRUPAL	54
7.	COORDINACIÓN ENTRE ENTIDADES Y DERIVACIÓN EFECTIVA	59
8.	PREVENCIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL	62
9.	BUENAS PRÁCTICAS	66
10.	EVALUACIÓN DE RESULTADOS E INDICADORES DE IMPACTO	75
11.	BIBLIOGRAFÍA	78
12.	ANEXOS	82

- Anexo I. Protocolo (versión abreviada)

- Anexo II. Coordinación y derivación (Cuadro-resumen)

- Anexo III. Prevención y reinserción social (Cuadro-resumen)

- Anexo IV. Buenas prácticas (Cuadro-resumen)

- Anexo V. Entidades integradas en FEJAR

# 1. JUSTIFICACIÓN DEL PROTOCOLO

España ha experimentado una transformación demográfica sin precedentes, convirtiéndose de país emisor en receptor de inmigración internacional. En 1980 residían en España apenas 184.000 personas nacidas en el extranjero, mientras que en 2024 esta cifra alcanzó los 8,8 millones (FOESSA, 2025).

A fecha 31/12/2024, la procedencia de personas migrantes en España se distribuía de la siguiente forma, según las personas con documentación de residencia en España en vigor (Observatorio Permanente de Inmigración, 2025):

## DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MIGRANTE EN ESPAÑA SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA DE PROCEDENCIA

### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL



AELC: Asociación Europea de Libre Comercio

### CIFRAS ABSOLUTAS

Oceanía	4.383 PERSONAS
No consta	13.799 PERSONAS

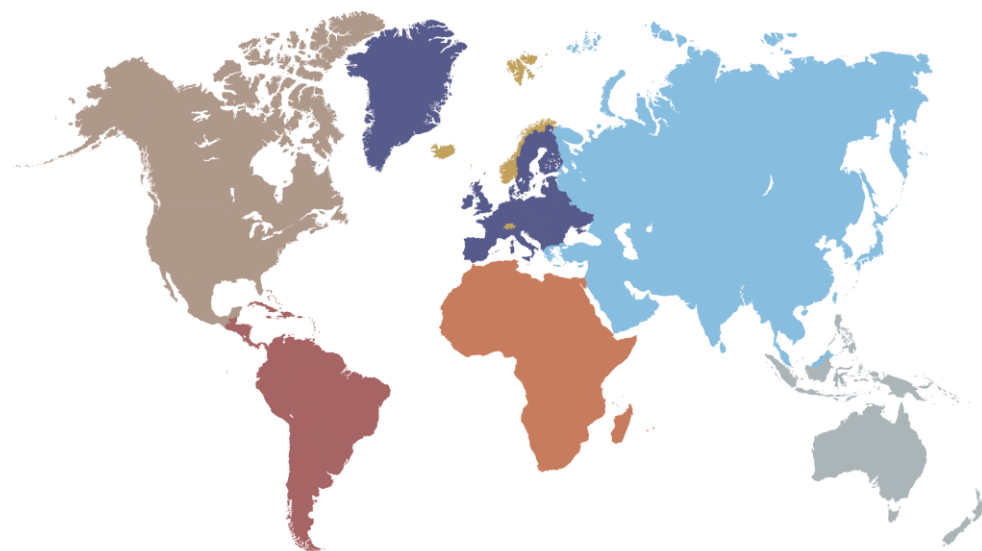


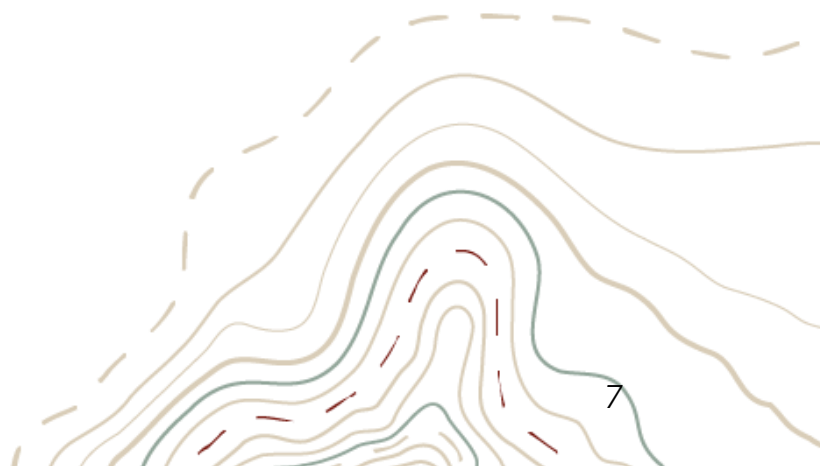
IMAGEN 1.

Fuente. Observatorio Permanente de Inmigración.

En España, la población de origen inmigrante presenta un notable grado de arraigo social y familiar. Según Iglesias Martínez et al. (2020), la estancia media en el país es de 13 años y predominan claramente los hogares familiares, que representan en torno al 73% del total de hogares de la población de origen inmigrante.

La relación entre inmigración y conductas adictivas no puede considerarse ajena ni excepcional, ya que las personas migrantes pueden verse expuestas a múltiples factores de riesgo y a factores de protección más limitados o frágiles. En este contexto, conocer sus características culturales, sus realidades familiares y la forma en que éstas se articulan, con la experiencia de las conductas adictivas, resulta imprescindible para diseñar modelos y enfoques de intervención adecuados. Todo ello plantea, además, el reto de desarrollar respuestas sensibles a la multiculturalidad (Cáritas Diocesana de Valencia, 2021).

La exclusión social, la privación material y el desempleo constituyen factores de vulnerabilidad que pueden comprometer el bienestar psicosocial y restringir el acceso a oportunidades de participación, apoyo comunitario y ocio saludable. Asimismo, la evidencia disponible indica que los problemas de salud mental y de conducta presentan una mayor frecuencia en hogares afectados por la pobreza o la falta de empleo, lo que refuerza la necesidad de incorporar estos determinantes sociales en la valoración y en la intervención preventiva (Save the Children España, 2021, 2023).



En FEJAR observamos el **incremento de personas inmigrantes que solicitan ayuda por problemas relacionados con el juego patológico y otras adicciones comportamentales**, tanto desde las llamadas recibidas en la línea de ayuda (900 200 225) y los contactos a través de la web en el apartado de consultas, como en los propios centros integrados, por lo que se refleja la **necesidad urgente de formar en intervención y rehabilitación adaptadas a las características de esta población, así como de diseñar un protocolo específico que contemple sus particularidades culturales, sociales y psicológicas.**

En FEJAR, tan sólo un **5% de media de las personas usuarias en rehabilitación son de nacionalidad diferente a la española**, con predominio de personas  **europeas** (mayoritariamente de Rumanía) y de **América Central** y del **Sur**, seguido de personas originarias de **África** (mayoritariamente Senegal y Marruecos). Sin embargo, **la totalidad de personas extranjeras que solicitan tratamiento en nuestras entidades, superan el 14%**. Es decir, realizan una petición de ayuda o información inicial, pero no llegan a iniciar tratamiento. Estos datos nos llevan a valorar la posibilidad de barreras que obstaculicen el acceso a la ayuda que necesitan, por lo que, **el porcentaje de personas con juego problemático o trastorno por juego que no llegan a solicitar ayuda podría ser aún superior.** De ahí la importancia de ahondar en la realidad de este grupo poblacional, para poder adaptar nuestros tratamientos de rehabilitación a sus necesidades y contextos culturales, idiomáticos, administrativos, etc.

En este contexto, es preciso extraer y analizar datos de la situación de población inmigrante en España con trastorno por juego y profundizar en ello, con formación y material técnico específico, que estandarice procesos de detección, atención,

intervención e integración, favoreciendo un abordaje eficaz y coordinado en todo el territorio nacional para entidades que trabajen con población inmigrante vulnerable.

La literatura científica coincide en señalar que la relación de la población inmigrante con el juego de azar está profundamente condicionada por el contexto social, cultural y familiar derivado del proceso migratorio. Estudios comparativos realizados en población adulta ponen de manifiesto que, si bien las tasas de participación en el juego pueden ser similares a las de la población autóctona, las personas migrantes que desarrollan un trastorno por juego presentan con mayor frecuencia niveles superiores de gravedad clínica y mayor impacto psicosocial (Penelo, E. et al., 2012).

La literatura especializada sugiere que la experiencia migratoria puede ir acompañada de factores específicos de vulnerabilidad frente al juego problemático y a los daños asociados al juego. Entre ellos destacan el estrés aculturativo (Jacoby et al., 2013), junto con la soledad o el aislamiento social, las dificultades de adaptación a la sociedad de acogida, la inestabilidad laboral y otras barreras sociales, culturales y lingüísticas derivadas del proceso de asentamiento (Wardle et al., 2019). En estas situaciones, tales condiciones pueden dificultar la detección precoz, la petición de ayuda y el acceso a recursos de apoyo adecuados (Wardle et al., 2019).

En este contexto, el juego puede llegar a funcionar, en algunas personas migrantes, como una estrategia de afrontamiento desadaptativa frente al malestar, especialmente cuando concurren estrés aculturativo, aislamiento social, dificultades de adaptación a la sociedad de acogida y situaciones de

subempleo o desempleo (Wardle et al., 2019). Asimismo, la literatura ha señalado que variables como los valores culturales, las creencias sobre el azar y determinadas normas sociales pueden desempeñar un papel relevante en la iniciación y el mantenimiento del juego problemático (Raylu y Oei, 2004). Por otra parte, un estudio cualitativo realizado en Suecia sugiere que las experiencias vinculadas a la migración y la integración, junto con factores culturales y familiares, pueden influir en la relación con el juego y en el desarrollo del trastorno por juego (Nilsson et al., 2024).

La evidencia disponible en población adolescente y joven indica que la condición migratoria puede asociarse a una mayor vulnerabilidad frente al juego problemático. Algunos estudios han identificado una mayor gravedad del problema en adolescentes inmigrantes, especialmente cuando concurren determinados factores individuales y familiares, como una estructura familiar más vulnerable o una elevada búsqueda de sensaciones (Canale et al., 2017a; Donati et al., 2020). Asimismo, la desigualdad socioeconómica constituye un factor contextual que puede agravar dicha vulnerabilidad y favorecer una mayor severidad del juego problemático en la adolescencia (Canale et al., 2017b). Estos resultados refuerzan la conveniencia de incorporar una perspectiva preventiva, comunitaria y sensible a los determinantes sociales en la intervención con menores y jóvenes.

De manera transversal, la literatura revisada identifica barreras relevantes en el acceso y utilización de los servicios de salud mental por parte de la población migrante, entre ellas la percepción de los recursos como poco accesibles o poco adecuados, las barreras lingüísticas, las dificultades de comunicación clínica y la

limitada competencia cultural de algunos dispositivos asistenciales (Bhugra et al., 2011; Tribe, 2011). Asimismo, se ha subrayado que la formación en competencia cultural puede contribuir a mejorar la adecuación y efectividad de las intervenciones, favoreciendo una respuesta terapéutica más ajustada a las necesidades de esta población (Schouler-Ocak et al., 2015).

En conjunto, la bibliografía revisada pone de manifiesto la necesidad de promover respuestas preventivas y asistenciales culturalmente competentes, flexibles y sensibles a la diversidad de situaciones que atraviesa la población migrante. Desde esta perspectiva, la evidencia disponible avala la conveniencia de disponer de orientaciones o protocolos específicos para la atención del trastorno por juego en esta población, orientados a mejorar la accesibilidad, la adecuación de la respuesta y la capacidad de los servicios para identificar y abordar sus necesidades específicas (Wardle et al., 2019).

El presente manual es resultado de la incorporación a la experiencia de intervención en trastorno por juego y adicciones comportamentales en población inmigrante desde las entidades y servicio de terapia online de FEJAR, así como de la información obtenida en los dos seminarios de formación previos que forman parte del Programa "Situación de población inmigrante en España con Trastorno por juego e Intervención", financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. El alcance del proyecto es nacional, con una atención integral en el proceso de intervención.

## 2. INTRODUCCIÓN A LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES

También llamadas **adicciones sin sustancia**, ocurren cuando una persona pierde el control sobre una actividad específica. El problema no es la actividad en sí (como jugar videojuegos o apostar), sino la **relación de dependencia** que se establece con ella, hasta el punto de que daña la vida personal, laboral o social.

Las características principales son:

- **Pérdida de control:** No poder detener la actividad a pesar de querer hacerlo.
- **Deseo intenso (craving):** Una necesidad irreprimible de realizar la conducta.
- **Síndrome de abstinencia:** Sentir ansiedad, irritabilidad o malestar físico cuando no se puede realizar la actividad.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), *“las personas de culturas y grupos raciales/étnicos específicos tienen mayor tendencia a participar en algunos tipos de actividades de juego que otros”*.

Vivimos en sociedades cada vez más dinámicas y cambiantes donde las nuevas tecnologías presentan un uso prácticamente generalizado. En este contexto, existe una preocupación creciente por el potencial uso problemático de Internet, los medios digitales y las redes sociales, así como por el papel de las nuevas tecnologías como facilitadoras del acceso, o potenciadoras de otras conductas adictivas, como la pornografía o los juegos de azar online, especialmente entre adolescentes (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA], 2024, p. 5).

En cuanto al **perfil sociodemográfico de las personas que solicitan admisión a tratamiento (adicciones comportamentales)**: “Viven con la familia de origen (43,0%), en alojamientos estables (casas, pisos, etc... 95,8%) y un **11,2% son extranjeros**. No se observan diferencias reseñables respecto a 2021” (OEDA, 2024, p. 76).



### 3. PERFIL Y CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS INMIGRANTES. ASPECTOS LEGALES Y CULTURALES.

Para entender el contexto de las personas inmigrantes, debemos, obligatoriamente, hablar del concepto de interseccionalidad. Pero... ¿qué es la interseccionalidad?

Según Palomo Molina (2026), siguiendo el planteamiento de Kimberlé Crenshaw (1989), la **interseccionalidad** permite comprender que categorías como el género, la raza, la clase social o la orientación sexual no pueden entenderse de forma aislada, sino en su interrelación, configurando experiencias específicas de opresión o privilegio.



IMAGEN 2.

**Nota.** Imagen de elaboración propia a partir de material de formación interna no publicada de Palomo Molina, presentado el 10 de febrero de 2026 en el Seminario sobre situación y características en la población inmigrante con adicciones comportamentales en la sociedad actual, organizado por la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR).



tratamiento. En el caso de las mujeres migrantes, esta realidad puede verse agravada por situaciones de doble o triple discriminación, lo que exige incorporar una mirada integral que tenga en cuenta de forma simultánea el origen, la clase social, el género y la situación administrativa en el análisis y la intervención profesional.



IMAGEN 4.

**Nota.** Imagen de elaboración propia a partir de material de formación interna no publicada de Palomo Molina, presentado el 10 de febrero de 2026 en el Seminario sobre situación y características en la población inmigrante con adicciones comportamentales en la sociedad actual, organizado por la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR).

Según Bohórquez Zayas (2026), la precariedad administrativa y documental que afecta a muchas personas migrantes tras su llegada al país de acogida constituye un importante factor de vulnerabilidad psicosocial. Esta situación dificulta los procesos de integración y limita el acceso efectivo a derechos y recursos básicos, especialmente en ámbitos como el empleo, la vivienda y determinados servicios, en un contexto marcado por la incertidumbre y la lentitud de los trámites de regularización.

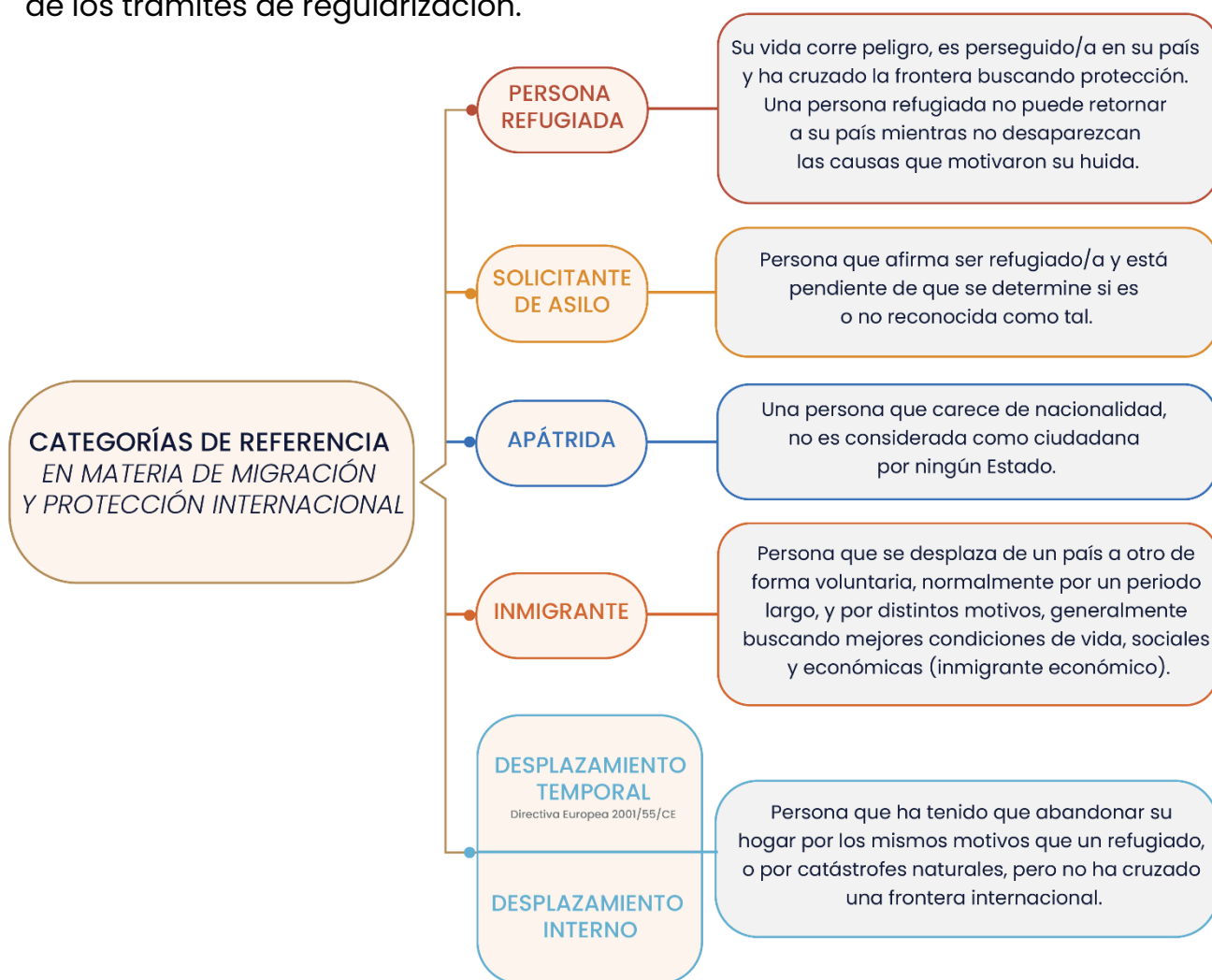


IMAGEN 5.

**Nota.** Imagen de elaboración propia a partir de material de formación interna no publicada de Bohórquez Zayas, presentado el 10 de febrero de 2026 en el Seminario sobre situación y características en la población inmigrante con adicciones comportamentales en la sociedad actual, organizado por la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR).

A continuación se recogen, de forma sintetizada, diversas consideraciones expuestas por Cristóbal Francisco Bohórquez Zayas en la formación celebrada el 10 de febrero de 2026, relativas al contexto actual de la protección internacional y a los principales perfiles de población migrante atendidos en el sistema de acogida.

En la actualidad, España ocupa una posición destacada en el contexto europeo en materia de acogida internacional, situándose entre los países con mayor número de solicitudes de asilo registradas. En 2025 se contabilizaron más de 180.000 solicitudes de protección internacional, formuladas por personas que alegan haber sufrido persecución o encontrarse en situación de grave riesgo en sus países de origen por motivos bélicos, políticos, religiosos u otras causas recogidas en la normativa de protección internacional. Dentro de este contexto, los principales países de procedencia de las personas solicitantes en España son Venezuela y Colombia y, de forma secundaria, Ucrania, Siria, Malí y, más recientemente, Senegal. La relevancia de las solicitudes procedentes de Colombia y Venezuela no responde únicamente a factores coyunturales, sino también a elementos de proximidad lingüística y cultural, así como a las condiciones de acceso al país de acogida, entre ellas la exigencia o no de visado.

Junto a estos perfiles, debe considerarse también la situación de las personas apátridas, como sucede en algunos casos con población procedente del Sáhara Occidental. Se trata de personas que, aun procediendo de territorios reclamados por distintos Estados, no cuentan con el reconocimiento efectivo de una nacionalidad y reivindican una identidad jurídica propia. En estos supuestos, la respuesta administrativa puede variar en función de los antecedentes y

circunstancias de cada caso, pudiendo llegar a contemplarse el acceso a la nacionalidad española.

Otro grupo relevante en los últimos años es el conformado por personas acogidas bajo fórmulas de **desplazamiento temporal**. Aunque la regulación europea en esta materia fue aprobada en 2001, su aplicación efectiva no se produjo hasta el contexto de la guerra de Ucrania. Las personas acogidas por esta vía acceden a un régimen de protección equiparable en determinados aspectos al de las personas refugiadas, aunque con carácter temporal y sujeto a revisión periódica. Hasta la fecha, esta medida ha sido prorrogada en varias ocasiones, dado que persisten las causas que dieron origen al desplazamiento.

En términos globales, el desplazamiento forzado continúa representando una de las principales crisis humanitarias contemporáneas. En la actualidad, se contabilizan cerca de 100 millones de personas desplazadas en el mundo. En el ámbito europeo, una parte importante de estas personas permanece en zonas fronterizas próximas a sus países de origen, con la expectativa de poder regresar cuando finalicen los conflictos. Esta realidad también se observa en contextos como Mali, donde existen importantes movimientos de población hacia países limítrofes, como Mauritania, con la consiguiente creación de grandes campos de personas refugiadas en los que, en ocasiones, se prolonga la estancia durante años. Asimismo, se constata la llegada de población procedente de Mali a España a través de la ruta canaria.

En términos más amplios, el escenario internacional actual se caracteriza por la persistencia de numerosos conflictos armados y situaciones de inestabilidad prolongada, algunos de ellos enquistados desde hace décadas, como ocurre en

países como Sudán, Costa de Marfil o Afganistán. En este marco, el reasentamiento en países de la Unión Europea constituye, en determinados casos, una de las respuestas posibles para personas refugiadas que no pueden retornar a sus lugares de origen ni permanecer en condiciones seguras en los territorios de primera acogida.

## FASES DEL PROCESO MIGRATORIO



IMAGEN 6.

**Nota.** Imagen de elaboración propia a partir de material de formación interna no publicada de Bohórquez Zayas, presentado el 10 de febrero de 2026 en el Seminario sobre situación y características en la población inmigrante con adicciones comportamentales en la sociedad actual, organizado por La Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR).

## **FASE DE PREPARACIÓN:**

### **Requisitos y compromisos económicos:**

Posesión de pasaporte, venta de propiedades, pagos en frontera, sufrimiento de violencia y sobornos. Cuando se adopta la decisión, se selecciona a una persona de la familia con capacidades para alcanzar el objetivo. La persona seleccionada adquiere un compromiso con su familia. En ocasiones, se solicitan préstamos a otras personas para la obtención del billete al país de destino. El tráfico constituye una constante. La mayoría de las personas que transitan por las rutas africanas son "traficadas": pagan a una persona para que las traslade de un lugar a otro. Esta situación también se produce en la ruta iraquí o siria; algunas personas que vienen ocultas en barcos pueden pagar 3.000 € por el traslado.

## **FASE DE TRÁNSITO:**

Supone un periodo prolongado. Las personas que transitan por la ruta afgana, por ejemplo, deben esperar durante un tiempo prolongado en Pakistán o Irán. La ruta africana, en ocasiones, implica el cruce de mares y desiertos, lo que conlleva situaciones de riesgo con resultado de muerte en numerosas ocasiones (por ejemplo: ruta canaria o estrecho de Gibraltar). Además, los viajes a menudo implican situaciones de violencia extrema: mujeres secuestradas o vendidas en redes de "trata" (obligadas a realizar algún tipo de actividad delictiva en el país de origen u obligadas a ejercer la prostitución en países de Europa, por ejemplo).

## **FASE DE LLEGADA:**

Constituye un momento de euforia por haber llegado, pero comienza una nueva etapa de desafíos: un proceso legal complejo y prolongado, que no siempre finaliza con resultados positivos, sino, en muchos casos, en una situación de irregularidad y marginación, sin documentación. La llegada supone adaptarse a las nuevas condiciones de vida y también cumplir con la expectativa que se generó en su familia de origen con su partida.

Tras la llegada, el país de acogida busca la integración de la persona migrante. Se procura que la persona establezca un equilibrio entre su cultura y valores de origen y los del país de acogida (el objetivo no es que la persona adquiera y se arraigue a todos los valores del país de destino). En ocasiones, se producen núcleos de personas extranjeras en determinadas zonas, motivados por las condiciones económicas (viviendas más baratas...),

En el marco de la normativa española vigente, las personas migrantes no solicitantes de asilo que suelen acogerse a las distintas figuras de arraigo deben afrontar plazos prolongados hasta poder regularizar su situación administrativa. Según señala Palomo Molina (2026), durante este periodo muchas de estas personas permanecen en una situación de elevada vulnerabilidad social, con escaso acceso a ayudas y programas, expuestas a empleos más precarios y a barreras añadidas, como las dificultades idiomáticas o las limitaciones de acceso al ocio y a los recursos comunitarios.

Asimismo, Palomo Molina (2026) subraya que, en muchas personas migrantes, se produce una ruptura entre las expectativas previas y la realidad encontrada en el país de acogida. Con frecuencia, especialmente en varones sobre quienes recae

una expectativa familiar de apoyo económico desde el país de origen, emerge un proceso de ajuste forzado de expectativas, acompañado de vivencias de frustración, pérdida de estatus y duelo por el proyecto migratorio inicialmente imaginado.

Esta situación puede llevar a la persona a buscar estrategias de afrontamiento negativas con el fin de evadirse de la realidad que encuentra a su llegada. No obstante, también destaca que muchas personas desarrollan una cierta capacidad para ajustar sus expectativas a dicha realidad, especialmente cuando esta resulta mucho más dura de lo que imaginaron al planificar el proyecto migratorio, debido a la precariedad laboral, el rechazo social o las dificultades de acceso a la vivienda (Bohórquez Zayas, 2026).



IMAGEN 7.

**Nota.** Imagen de elaboración propia a partir de material de formación interna no publicada de Bohórquez Zayas, presentado el 10 de febrero de 2026 en el Seminario sobre situación y características en la población inmigrante con adicciones comportamentales en la sociedad actual, organizado por la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR).

## FORMAS DE AFRONTAMIENTO DE LA RUPTURA

ENTRE LAS EXPECTATIVAS Y LA REALIDAD:



IMAGEN 8.

**Nota.** Imagen de elaboración propia a partir de material de formación interna no publicada de Bohórquez Zayas, presentado el 10 de febrero de 2026 en el Seminario sobre situación y características en la población inmigrante con adicciones comportamentales en la sociedad actual, organizado por la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR).

Asimismo, las personas que emplean estrategias de afrontamiento positivas – como la búsqueda de apoyo social, la adopción de hábitos saludables, la comunicación, la búsqueda de ayuda profesional o la práctica de ejercicio físico– suelen superar la situación de estrés con mayor eficacia que aquellas que recurren a estrategias de afrontamiento negativas, tales como el aislamiento, las autolesiones, las adicciones, los hábitos inadecuados relacionados con el sueño y la alimentación o la agresividad (Bohórquez Zayas, 2026).

## Psicopatología en la inmigración:

No se observan diferencias significativas en términos de psicopatología entre las personas que llegan y la población de la sociedad de acogida. Incluso, existen algunos trastornos que no están presentes en la población migrante —por ejemplo, en poblaciones africanas—, debido a que la psicopatología se encuentra fuertemente mediada por factores culturales, y a que determinados trastornos son más propios de contextos occidentales o de las sociedades europeas (Bohórquez Zayas, 2026).

Sin embargo, sí se identifican trastornos específicos en la población migrante y, de manera particular, en la población refugiada. Con frecuencia, las personas inmigrantes, especialmente las refugiadas, han estado expuestas a situaciones de violencia extrema: encarcelamientos en el país de origen, torturas o vivencias como testigos de la muerte de personas de su entorno, o en el trayecto. Estas experiencias se traducen en el desarrollo de trastornos por estrés postraumático (TEP) en los meses posteriores a la llegada. Se trata de un trastorno de frecuencia considerable.

Asimismo, los trastornos adaptativos presentan una mayor incidencia en la población migrante y refugiada que en la población general o en la población local de acogida, dado que la migración en sí, constituye un duelo de gran relevancia.

No obstante, se desconoce la prevalencia exacta de estos trastornos, ya que este grupo poblacional tiende a acudir con menor frecuencia a los servicios de salud mental y/o a profesionales de la psicología o la psiquiatría, en parte debido a la existencia de falsas creencias, como la idea de que el diagnóstico de alguna

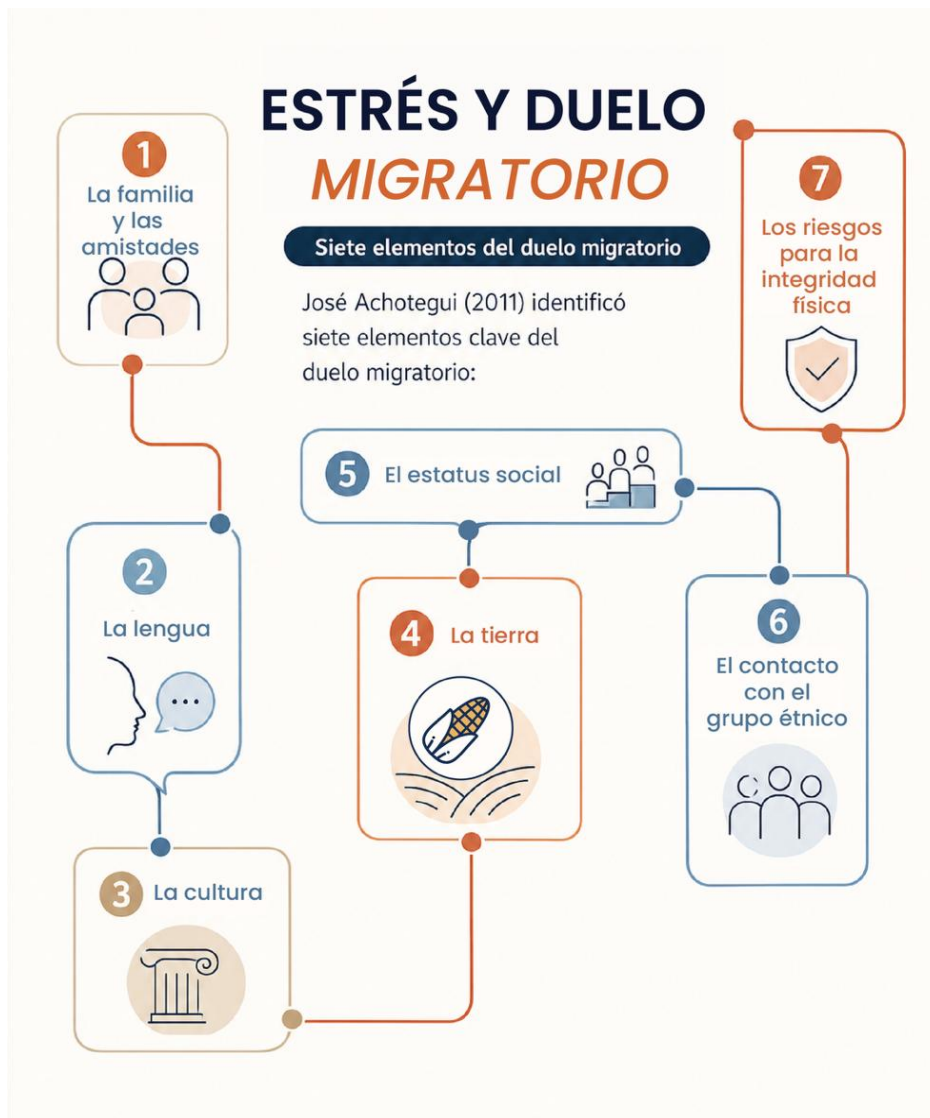
patología pueda repercutir en la no obtención de la documentación o de la regularización (Bohórquez, 2026).

En su intervención sobre los marcos de (des)atención a personas migrantes con adicciones, Moreno García (2026) señala que el endurecimiento de las políticas migratorias genera condiciones cada vez más peligrosas para las personas en desplazamiento, circunstancia que se intensifica en función de variables como el sexo, la identidad y la orientación sexual, el origen geográfico, étnico o religioso, la edad en el momento de la salida y de la llegada, el entorno social de procedencia, el estatus socioprofesional en la sociedad de acogida, la situación jurídica y el estado de salud de la persona migrante (White et al., 2019; Priebe et al., 2016).

Moreno García (2026) indica también que siguen siendo escasos los estudios que analizan específicamente la relación entre migración y drogodependencias (Sánchez Huesca et al., 2006). Este cambio de enfoque ha permitido reconocer que las adicciones no pueden abordarse como fenómenos aislados, sino como procesos condicionados por las condiciones de vida, la precariedad, las redes de apoyo y los mecanismos de exclusión social.

En este marco, Moreno García (2026) presenta un estudio realizado en la Asociación Progestión desde una perspectiva sociológica, politológica y de género, titulado "Estudio para la mejora de la atención de las personas con problemas de adicciones de origen migrante desde una perspectiva de género" (2025). Dicho estudio se construyó a partir de diez entrevistas en profundidad realizadas a personas migrantes con adicciones, un grupo focal integrado por cinco personas migrantes con adicciones a sustancias, veinte entrevistas a

profesionales que acompañan a personas con este perfil —entre ellas y ellos, trabajadoras y trabajadores sociales, integradoras e integradores sociales, educadoras y educadores sociales, psicólogas y psicólogos, así como un psiquiatra—, treinta y tres cuestionarios dirigidos a profesionales de entidades que trabajan con esta población y una observación participante con equipos de calle.



**IMAGEN 9.**

**Nota.** Imagen de elaboración propia a partir de material de formación interna no publicada presentada por Moreno García el 10 de febrero de 2026 en el Seminario sobre situación y características en la población inmigrante con adicciones comportamentales en la sociedad actual, organizado por la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR).

En relación con el panorama español, además de la inestabilidad social y de factores como la soledad, los problemas de vivienda, las dificultades administrativas y las distintas formas de violencia, deben tenerse en cuenta las tres etapas del proceso migratorio ya mencionadas anteriormente: preparación, tránsito y llegada. Añade, además, que las particularidades de cada itinerario migratorio son determinantes, ya que no resulta comparable migrar siendo una persona blanca, con determinados recursos y llegada por vía aérea —aunque también exista desarraigo y duelo migratorio— que hacerlo a través de rutas altamente peligrosas, como la de los Balcanes, marcadas por la exposición a experiencias traumáticas y a elevados niveles de estrés postraumático (Moreno García, 2026).

Moreno García (2026) explica igualmente que la carga que representa la migración en la problemática asistencial de las adicciones es especialmente significativa, ya que al volumen de personas usuarias o pacientes debe añadirse la complejidad del propio proceso migratorio, el estrés de aculturación y el posible carácter traumático o violento de la experiencia migratoria. En este sentido, subraya que emigrar en situación de irregularidad incrementa las tasas de enfermedad mental en términos generales.

Moreno García señala que, en el caso de consumo de sustancias, éste puede estar ya presente en el país de origen; sin embargo, la experiencia migratoria, la imposibilidad de ejercer derechos universales de acceso a la asistencia sanitaria y social, la soledad, el aislamiento y, de manera muy especialmente, la situación de calle, constituyen factores que agravan e incrementan la propensión al desarrollo de consumos patológicos.

Asimismo, indica que en España no puede establecerse una correlación sólida entre el país de origen y una sustancia concreta, pero sí existen dos variables de especial relevancia que deben ser tenidas en cuenta: el género o las diferencias sexo-genéricas y la edad. Según expuso, las mujeres migrantes no consumen del mismo modo ni las mismas sustancias que los hombres migrantes, por lo que, ignorar estas diferencias introduce sesgos importantes en el acompañamiento.

Moreno García (2026) insiste en que las adicciones, en el contexto migratorio, no deben pensarse de forma lineal ni estrictamente individual, ya que suelen formar parte de procesos atravesados por expectativas, sueños y necesidades que implican simultáneamente varios países y múltiples planos de pertenencia, por lo que no responden a una lógica simple de “punto a punto”.

Del mismo modo, existen dos conceptos que aparecen de forma reiterada en el discurso de las personas migrantes en relación con los procesos de acompañamiento en adicciones: la **espera** y la **infantilización**. Según detalla, muchas personas sobreviven en una espera constante —de documentación, atención sanitaria, empleo, vivienda, empadronamiento o derivaciones entre recursos— mientras son tratadas como si fueran niñas o niños, indicándoles de forma continua lo que “deben” hacer (Moreno García, 2026).

En el estudio al que hizo referencia, una persona demandante de asilo afirmaba: “Yo tuve que irme voluntariamente de ahí” (Asociación Progestión, 2025). Moreno García (2026) utiliza este testimonio para aludir a entornos percibidos como hostiles, definidos por tensión, robos, miradas amenazantes entre personas usuarias, violencia, peleas, suciedad y hacinamiento. En esa misma línea, otro testimonio recogía que “el recurso te hace daño emocional, te denigra, es mucho

peor que estar en la calle” (testimonio de P., varón de 24 años, tras dos años en situación de calle).

Por el contrario, algunas personas migrantes identifican los recursos y del acompañamiento recibido con una oportunidad e incluso con una posibilidad de salvación. En este sentido, recogió el testimonio de una mujer ucraniana que afirmaba que, de haber permanecido en su país, probablemente habría muerto (Moreno García, 2026).

Por otra parte, Moreno García (2026) subraya que muchas y muchos profesionales se encuentran desbordados, atendiendo desde la urgencia en contextos de condiciones laborales deficitarias, lo que dificulta el acompañamiento cuando incluso quienes intervienen se encuentran en situaciones de precariedad. A ello añade la discontinuidad de programas y proyectos, muchas veces dependientes de subvenciones, así como las políticas de expulsión de determinados recursos dirigidas a personas con consumos o recaídas en los procesos de rehabilitación. Incide también en la necesidad de que las personas profesionales que intervienen en adicciones con población migrante reciban formación específica en migración, así como en perspectiva de género y en enfoque interseccional, dado que las mujeres suelen encontrarse entre los perfiles más desatendidos. Añade que esta formación debe incluir una revisión crítica de los propios estigmas profesionales, ya que determinadas actitudes pueden vulnerar los derechos humanos de las personas acompañadas, como ocurriría, por ejemplo, cuando una persona profesional se niega a atender a una mujer migrante por llevar velo.

Finalmente, en su intervención Moreno García (2026) advierte de la necesidad de evitar una visión punitivista asentada en la tríada adicciones–origen extranjero–género. En términos generales, concluye que muchas personas migrantes perciben los recursos especializados desde categorías como la infantilización, la precariedad o el racismo, frente a lo que en realidad buscan: oportunidad, cuidado y salvación. Señala, además, que las personas profesionales que acompañan a población migrante con adicciones perciben que este acompañamiento se desarrolla entre la urgencia y la ausencia de condiciones estructurales adecuadas para sostener los procesos. En el primer contacto, detalla que la intervención inmediata suele orientarse prioritariamente a la cobertura de necesidades básicas –documentación, alimentación, higiene y contención–, y sólo posteriormente puede abrirse un proceso de comprensión del problema y de construcción de adherencia terapéutica.

En sus intervenciones realizadas en el marco de la formación de febrero y marzo de 2026, Palomo Molina explica que, con excepción de los perfiles procedentes de Asia, la mayoría de las personas que llegan al **Programa ISTMO**<sup>1</sup> lo hacen en situación administrativa irregular.

Según expone Palomo Molina (2026), los perfiles atendidos en ISTMO presentan características diferenciadas en función del origen geográfico. En el caso del origen **asiático**, suelen llegar principalmente varones menores de edad. Dado que el programa no atiende a personas menores, éstas son derivadas a otros

---

<sup>1</sup> **ISTMO**: se creó en 2005 dentro de la red municipal de adicciones de Madrid, con la finalidad de informar y/o facilitar el acercamiento de las personas migrantes con adicciones a los recursos de tratamiento ofertados por la Red Municipal de Atención a las Adicciones del Ayuntamiento de Madrid.

recursos. En este grupo predominan las problemáticas relacionadas con los videojuegos y los teléfonos móviles, y su detección se realiza habitualmente a través de los centros educativos o de los Servicios de Intermediación Cultural. Asimismo, se observan apuestas deportivas y participación en loterías. En el caso de las personas asiáticas de mayor edad, se trata, por lo general, de varones que juegan presencialmente a la ruleta.

En relación con la población procedente de **Latinoamérica**, Palomo Molina (2026) señala que predominan las apuestas deportivas. Añade, además, que este sector poblacional sí incluye mujeres derivadas al programa, principalmente por problemáticas vinculadas a las TIC.

Respecto a la población de origen **marroquí**, Palomo Molina (2026) indica que predominan la ruleta y las máquinas tragaperras en modalidad presencial, y que el inicio del juego suele producirse ya en el país de destino. Subraya también que la vergüenza tiene una fuerte presencia en este grupo, vinculada al componente religioso del país de origen. Según detalla, la única mujer registrada en este perfil presentaba comorbilidad entre juego, alcohol y trabajo sexual.

En cuanto a la variable de **género**, Palomo Molina (2026) advierte que las mujeres con adicciones rara vez acceden en primera instancia a los servicios especializados en adicciones, sino que suelen llegar antes a otros recursos, como los servicios sociales o los servicios de atención a víctimas de violencia de género. En consecuencia, cuando acceden a los dispositivos adecuados lo hacen tras trayectorias más prolongadas de consumo o de conducta adictiva y, además, siendo juzgadas con mayor dureza que los hombres, incluso desde los propios servicios de ayuda. Según expone, estas mujeres deben atravesar un triple

estigma —género, migración y adicción—, lo que favorece que oculten sus dependencias durante más tiempo y que, con frecuencia, finalicen en situaciones de medicalización o con pautas farmacológicas, especialmente benzodíacepinas, dirigidas a tratar síntomas o consecuencias de la propia adicción, como la ansiedad.

Por último, destaca la relevancia del trabajo de calle desarrollado desde ISTMO, ya que permite captar e identificar a personas con consumos problemáticos en los propios lugares de uso, facilitando así el conocimiento de los recursos existentes y el acceso efectivo a los dispositivos de ayuda.

Para evaluar la influencia de los factores culturales en la vivencia y expresión del problema, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) recomienda la Entrevista de Formulación Cultural (Cultural Formulation Interview, CFI), una herramienta semiestructurada que explora el significado cultural del problema, las redes de apoyo, los estresores, las barreras idiomáticas, la experiencia migratoria y las expectativas respecto a la ayuda. Además, esta entrevista dispone de módulos complementarios específicos para poblaciones con necesidades concretas, entre ellas las personas inmigrantes y refugiadas.

## 4. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

## FACTORES DE RIESGO:

Según Palomo Molina (2026), entre los factores de riesgo asociados a las adicciones en las personas usuarias del programa ISTMO, se consideran causas de origen:

- **Biológicas:** vulnerabilidades genéticas que pueden incrementar la predisposición al desarrollo de comportamientos adictivos.
- **Psicológicas:** factores individuales que influyen en la capacidad de afrontamiento y en la regulación emocional.
- **Sociales:** contexto social y estructural que condiciona el acceso a recursos y oportunidades.

Los factores de vulnerabilidad asociados al desarrollo de adicciones, según Palomo Molina, son también múltiples y se encuentran interrelacionados.

Una vez en el país de acogida, muchas personas migrantes se enfrentan a una situación de vulnerabilidad estructural que repercute de forma directa en su bienestar psicosocial y, en algunos casos, puede favorecer la aparición de consumos o conductas adictivas como forma de afrontamiento del malestar. Esta vulnerabilidad se expresa, entre otros elementos, a través del **duelo migratorio múltiple**, que implica pérdidas no sólo familiares, sino también lingüísticas, territoriales, identitarias y de pertenencia; del denominado **síndrome de Ulises**, asociado a un estado de estrés crónico y sostenido, intensificado por la ausencia de redes de apoyo; y del **desclasamiento social**, cuando personas que en su país de origen contaban con un determinado estatus profesional o social pasan a ocupar posiciones de mayor precariedad en la sociedad receptora. La interacción de todos estos factores genera un contexto de estrés psicosocial

prolongado que afecta a múltiples dimensiones de la vida y reduce la capacidad de afrontamiento adaptativo.

**Vulnerabilidad una vez en el país de acogida**

El proceso migratorio genera un estado de **vulnerabilidad estructural** que influye en la salud mental y, en algunos casos, en el consumo, como respuesta a condiciones de estrés sostenido y desigualdad social.

**Duelo Migratorio Múltiple**  
Pérdida de la familia, en algunos casos de la lengua, de la tierra, del estatus social, del grupo de pertenencia...  
No es un momento puntual, sino una condición sostenida en el tiempo

**Síndrome de Ulises**  
Condición de **estrés crónico y múltiple** intensificado cuando las personas carecen de redes de apoyo en el país de destino.  
Genera **desgaste emocional constante** y afecta la capacidad de afrontamiento

**Desclasamiento Social**  
Personas que en su país eran profesionales y, al llegar aquí, terminan trabajando en sectores no cualificados.  
Pérdida de **capital económico, social y simbólico** que impacta la autoestima

Todos estos factores se entrelazan con otros elementos de vulnerabilidad, creando un contexto de estrés psicosocial prolongado que afecta múltiples ámbitos de la vida.

IMAGEN 10.

**Nota.** Imagen reproducida con autorización de Palomo Molina, a partir de material de formación interna no publicado presentado el 10 de febrero de 2026 en el Seminario sobre situación y características en la población inmigrante con adicciones comportamentales en la sociedad actual, organizado por la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR).

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de adicciones comportamentales en población migrante no actúan de forma aislada, sino que se combinan y se refuerzan mutuamente en contextos de especial vulnerabilidad. Entre ellos, destacan el **aislamiento social**, vinculado a la ruptura de redes de apoyo, la distancia respecto de la familia y la pérdida de vínculos significativos; la **precariedad económica**, que incrementa la presión por obtener dinero de forma rápida y puede favorecer fantasías de solución inmediata; los **tiempos de espera** derivados de trámites administrativos, búsquedas de empleo frustradas y periodos prolongados de inactividad, que dificultan la estructuración de una rutina; y la **ausencia de espacios de ocio e integración accesibles**, limitada por

barreras económicas, idiomáticas o de desconocimiento del entorno. A ello se suma, en muchos casos, la vivencia de un **proyecto migratorio frustrado**, especialmente cuando la persona llega con expectativas de mejora económica que no logra materializar, lo que puede intensificar la frustración, el malestar emocional y la búsqueda de estrategias de evasión o alivio inmediato (Palomo Molina, 2026).



IMAGEN 11.

**Nota.** Imagen de elaboración propia a partir de material de formación interna no publicada de Palomo Molina, presentado el 10 de febrero de 2026 en el Seminario sobre situación y características en la población inmigrante con adicciones comportamentales en la sociedad actual, organizado por la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR).

Por su parte, Bohórquez Zayas (2026), determina los siguientes factores de riesgo de adicciones en la población migrante:

En ocasiones, las personas prestamistas que financiaron el viaje migratorio pueden reclamar la **devolución del dinero** mediante amenazas, lo que puede propiciar la búsqueda de ingresos rápidos.

Por otro lado, el **aislamiento** puede favorecer el recurso a otras actividades con distinto grado de adaptación, como el uso de pantallas o tecnologías, en la búsqueda de otras formas de relación. Asimismo, el contexto de separación familiar hace que, en ocasiones, se mantenga una mayor **dependencia de los dispositivos electrónicos** para preservar el contacto con las y los familiares. Esta necesidad de contacto también puede dar lugar a alteraciones de hábitos saludables relacionados con los horarios o el **sueño/descanso**, debido a las diferencias horarias con los países de origen.

Por último, el “sueño” occidental y la expectativa de prosperidad pueden facilitar el desencadenamiento de adicciones como el trastorno por juego.

Otro factor es la **ruptura de expectativas**. Con frecuencia, existe una discrepancia entre las prioridades de la persona migrante tras la llegada —por ejemplo, la búsqueda inmediata de empleo— y las que consideran las y los profesionales que trabajan en los recursos de acogida —por ejemplo, el aprendizaje del idioma para poder socializar y adquirir capacidades para la firma de contratos, por ejemplo—. La frustración derivada de no alcanzar objetivos acordes con sus expectativas también puede llevar a la persona a refugiarse en conductas adictivas.

Otro factor adicional es la sociedad tecnológica. Aunque vivimos en un mundo globalizado, no todos los países presentan el mismo acceso a las tecnologías ni

la misma accesibilidad al juego online. En España, la oferta de juego online es amplia y puede constituir un atractivo o una vía de escape para las personas migrantes.

### ELEMENTOS DE RIESGO ADICCIONES

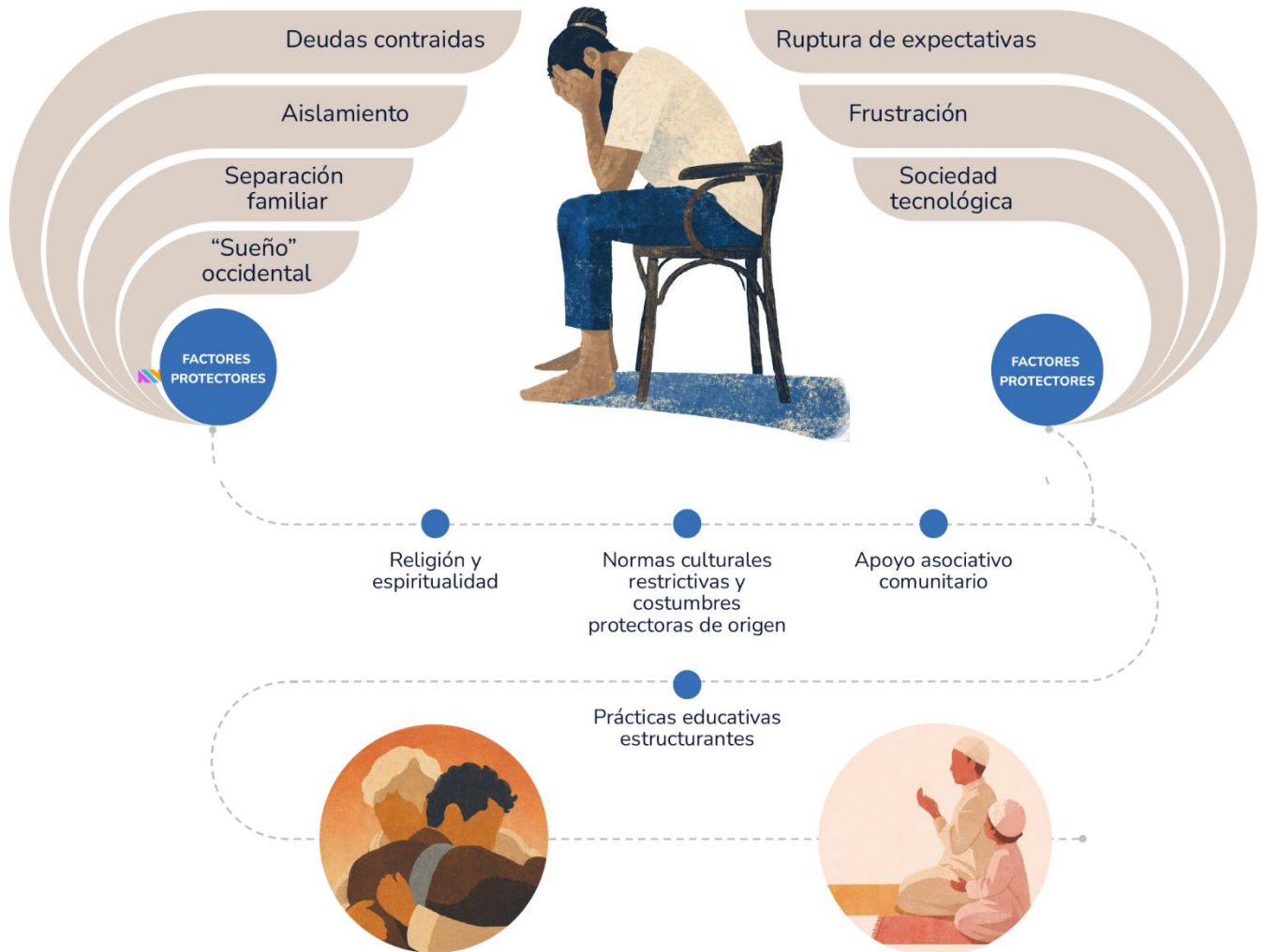


IMAGEN 12.

**Nota.** Imagen de elaboración propia a partir de material de formación interna no publicada de Bohórquez Zayas, presentado el 10 de febrero de 2026 en el Seminario sobre situación y características en la población inmigrante con adicciones comportamentales en la sociedad actual, organizado por la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR).

Por su parte, Palomo Molina (2026), plantea que: una vez desarrollada la adicción en España, con frecuencia desconocen los recursos de rehabilitación. Si bien es cierto que, desde una perspectiva interseccional, el juego no afecta por igual a todas las personas migrantes, existen algunos factores de riesgo específicos en esta población:

- La necesidad de dinero y la expectativa generada por las apuestas de obtenerlo de forma rápida;
- La proliferación de casas de apuestas ubicadas en barrios obreros o en contextos de precariedad laboral;
- La accesibilidad al juego online en nuestro país a través de dispositivos como los teléfonos inteligentes, a los que algunas personas no tienen acceso en su país de origen.

En relación a los factores expuestos de accesibilidad al juego, debemos tener en cuenta que en cada país la legislación sobre juego de apuestas es diferente. Por considerar algunos ejemplos (según Palomo Molina):

**Latinoamérica:** habitualmente, la oferta de juego se encuentra limitada al juego presencial en lugares concretos, como los casinos.

**Marruecos (o países árabes):** el juego de azar está prohibido; además de la limitación religiosa, puesto que se considera “pecado”.

**África subsahariana:** no existen establecimientos físicos de juego.

**China:** presenta mayores restricciones legales que Europa.

**España:** desde la legalización del juego online en 2011, su práctica se encuentra mucho más extendida y resulta más accesible.

## FACTORES PROTECTORES DEL DESARROLLO DE ADICCIONES EN POBLACIÓN INMIGRANTE

Según Bohórquez Zayas (2026), los siguientes son los principales factores protectores:

- La religión puede constituir, en algunas personas migrantes, un factor de protección frente al consumo de juego o alcohol (por ejemplo: Senegal, Mali).
- En otros casos, puede no existir consumo porque no forma parte de las costumbres o porque nunca se ha realizado o ser una práctica prohibida en su país de origen.
- Algunas prácticas educativas tradicionales (disciplina) también pueden actuar como factores de protección.
- Asociaciones de personas migrantes en el país de destino.

# 5. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DESDE EL ENFOQUE INTERCULTURAL

## PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DESDE EL ENFOQUE INTERCULTURAL

El presente protocolo de intervención desde el enfoque intercultural integra y sistematiza las principales aportaciones presentadas en el Seminario *Intervención en trastorno por juego en población inmigrante*, organizado por FEJAR y celebrado el 11 de marzo de 2026. En concreto, se incorporan las contribuciones de Ana Estévez Gutiérrez sobre intervención con menores migrantes; de Mónica Gómez-Peña sobre abordaje clínico especializado en el ámbito hospitalario; de Francisco Lucas Caballero sobre intervención desde centro de día; de Cristóbal Francisco Bohórquez Zayas sobre prevención e intervención temprana en el sistema de acogida de protección internacional; y de Alba Palomo Molina sobre intervención comunitaria desde el modelo de reducción de daños (Estévez Gutiérrez, 2026; Gómez-Peña, 2026; Lucas Caballero, 2026; Bohórquez Zayas, 2026; Palomo Molina, 2026).

### 5.1. Bases conceptuales

La totalidad de participantes en estas formaciones y en este documento, coinciden en que la intervención en trastorno por juego con población inmigrante debe desarrollarse desde un enfoque intercultural, biopsicosocial e integral. Este planteamiento parte de que la conducta de juego no puede analizarse de forma aislada, sino en relación con el proceso migratorio, el contexto de acogida, las experiencias de pérdida y duelo, la presión económica, las barreras de acceso a los recursos, la construcción identitaria, las redes de apoyo y las condiciones de integración social. En este sentido, aunque la intervención no requiere necesariamente un modelo terapéutico completamente distinto al utilizado con

población no migrante, sí exige una formulación clínica más amplia y una adaptación cultural, relacional y contextual de la evaluación y del tratamiento.

Asimismo, existe una coincidencia unánime en señalar que la población inmigrante puede presentar factores específicos de vulnerabilidad, entre ellos el estrés migratorio, la precariedad documental o laboral, la incertidumbre jurídica, la ruptura de redes significativas, el aislamiento, la vergüenza, el estigma, la exposición a discursos de éxito económico rápido y la dificultad de acceso precoz a recursos especializados. En consecuencia, la respuesta profesional no debe limitarse a la supresión de la conducta de juego, sino orientarse también a reducir los factores de riesgo y a fortalecer los recursos protectores, individuales, familiares, comunitarios e institucionales.

## **5.2. Principios generales de intervención**

Como base general, toda intervención debe regirse por una **comprensión integral del caso**, incorporando no sólo los indicadores clínicos habituales del trastorno por juego, sino también la historia migratoria, el estrés de adaptación, las expectativas económicas del proyecto migratorio, la presión financiera, las obligaciones familiares, la situación administrativa, las condiciones de vivienda, la red de apoyo real y las creencias culturales sobre el dinero, el azar, la salud mental y la demanda de ayuda.

Junto a ello, la intervención debe sostenerse en una **alianza terapéutica culturalmente sensible**, basada en una actitud no juzgadora, la adaptación de la comunicación, la escucha activa y el interés genuino por la cultura concreta de la persona. Tal como se ha señalado por algunas de las personas formadoras, el vínculo asistencial constituye en sí mismo una herramienta terapéutica y un

factor determinante para la adherencia, especialmente en contextos atravesados por vergüenza, ocultación, desconfianza institucional o baja motivación al cambio.

Del mismo modo, Estévez Gutiérrez, Bohórquez Zayas, Palomo Molina y Gómez-Peña (2026) coinciden en señalar que el protocolo de intervención debe contemplar de manera explícita la existencia de **barreras de acceso, continuidad y adherencia**. La baja demanda espontánea de ayuda no debe interpretarse como ausencia de necesidad clínica, sino como posible expresión de estigma, miedo, barreras idiomáticas, dificultades administrativas, falta de información, dependencia de circuitos previos de derivación o escasa accesibilidad real de los dispositivos. Por ello, deben incorporarse medidas de bajo umbral, estrategias de acompañamiento, flexibilización del acceso, mediación intercultural y coordinación con otros recursos.

Otro principio compartido es la necesidad de **abordar el malestar emocional, el trauma y el duelo migratorio**. En muchos casos, el juego puede funcionar como forma de escape, regulación emocional o alivio temporal del vacío, la ansiedad, la soledad o el sufrimiento asociado a experiencias traumáticas, tensión identitaria o desarraigo. Por ello, la intervención no debe centrarse exclusivamente en el control conductual, sino incorporar trabajo sobre regulación emocional, afrontamiento, trauma, pertenencia y reconstrucción de sentido (Estévez Gutiérrez y Lucas Caballero, 2026).

Finalmente, la intervención debe orientarse al **fortalecimiento de factores protectores y a la coordinación intersectorial**. Ello implica reforzar vínculos familiares y comunitarios, promover la estabilidad educativa o laboral, activar

apoyos comunitarios, facilitar itinerarios realistas de integración y coordinar la intervención con recursos sanitarios, sociales, educativos, jurídicos y comunitarios. La integración social y laboral no debe considerarse un objetivo externo a la intervención, sino un componente preventivo y terapéutico de primer orden (Bohórquez Zayas, Lucas Caballero y Palomo Molina, 2026).<sup>1</sup>

### 5.3. Secuencia general del protocolo de intervención

Con carácter general, la intervención debe seguir una secuencia ordenada. En primer lugar, según Estévez Gutiérrez y Bohórquez Zayas (2026) será necesaria la **detección temprana** de indicadores de riesgo en contextos clínicos, sociales, educativos, comunitarios o de acogida, especialmente cuando concurren endeudamiento, aislamiento, cambios bruscos de hábitos, malestar emocional, dificultades de integración, uso intensivo del teléfono móvil para apostar o expectativas irreales de obtención rápida de ingresos.

En segundo lugar, en la referida presentación de marzo de 2026, debe priorizarse una **acogida y vinculación inicial** basada en la escucha, la validación del malestar y la ausencia de juicio. En determinadas situaciones, especialmente cuando existan alta vulnerabilidad, ambivalencia o baja motivación, el objetivo inicial no sería necesariamente la abstinencia inmediata, sino la permanencia en el sistema de atención, la construcción del vínculo y la reducción del daño (Palomo Molina, 2026).

A continuación, debe realizarse una **evaluación intercultural integral**, que incluya gravedad y funcionalidad de la conducta de juego, motivación al cambio, comorbilidades, experiencias traumáticas, contexto migratorio, situación administrativa y económica, red de apoyo, barreras de acceso y recursos

disponibles. Sobre esta base, la o el profesional debe construir con la persona una **formulación compartida del caso** y definir objetivos de intervención realistas, graduados y consensuados, ajustados tanto a la situación clínica como al momento vital y administrativo (Gómez-Peña y Palomo Molina, 2026).

La **intervención psicológica y psicosocial** puede incorporar, según las necesidades detectadas, estrategias cognitivo-conductuales, entrevista motivacional, análisis funcional, trabajo sobre distorsiones cognitivas, regulación emocional, control de estímulos, autoexclusión, prevención de recaídas, abordaje del trauma, trabajo sobre identidad y pertenencia, fortalecimiento de rutinas y promoción de actividades alternativas de ocio saludable (Estévez Gutiérrez, Gómez-Peña y Palomo Molina, 2026).

De forma paralela, la intervención debe contemplar la **coordinación y derivación** a otros recursos cuando existan necesidades complementarias: salud mental, servicios de adicciones, trabajo social, recursos jurídicos, empleo, vivienda, protección internacional, mediación intercultural o asociaciones comunitarias. Por último, el **seguimiento y la prevención de recaídas**, deberán entender la recaída como parte posible del proceso, evitando respuestas expulsivas y favoreciendo la continuidad del vínculo, la revisión de riesgos y la reorganización del plan de intervención (Bohórquez Zayas, Palomo Molina y Gómez-Peña, 2026).

## 5.4. Recomendaciones específicas de actuación en distintos ámbitos, entornos y contextos

### **5.4.1. Intervención con menores**

En menores inmigrantes, la intervención debe atender de manera específica al momento evolutivo adolescente, a los procesos de construcción identitaria, a la necesidad de pertenencia grupal y a la influencia de redes sociales, publicidad y narrativas de éxito económico rápido. Asimismo, resulta especialmente relevante evaluar experiencias traumáticas, separación familiar, inseguridad, incertidumbre legal y dificultades de regulación emocional, dado que el juego puede funcionar como estrategia de afrontamiento desadaptativa frente al malestar. En este ámbito, se recomienda integrar entrevista motivacional adaptada a adolescentes, trabajo en regulación emocional y resiliencia, coordinación con familia, escuela y recursos sociales, así como promoción de ocio saludable y alfabetización digital crítica (Estévez Gutiérrez, 2026).

### **5.4.2. Intervención en el ámbito hospitalario (ambulatorio) y especializado**

En el ámbito hospitalario especializado, la intervención debe incorporar una evaluación sistemática de factores migratorios con relevancia terapéutica, tales como la historia migratoria, el estrés asociado, las expectativas económicas del proyecto migratorio, las obligaciones familiares, la disponibilidad real de redes de apoyo y las creencias culturales sobre el dinero y el éxito. El abordaje puede apoyarse en terapia cognitivo-conductual, siempre que se acompañe de adaptaciones culturales y de una formulación clínica ampliada. Asimismo, se recomienda valorar, cuando sea viable, la participación del entorno familiar como

apoyo a la gestión económica, al control de estímulos y a la reconstrucción de la confianza, sin imponer dicha implicación cuando existan barreras culturales o dificultades relacionales (Gómez-Peña, 2026).

#### **5.4.3. Intervención en centro de día**

En los recursos de centro de día, la lectura clínica debe incorporar de forma prioritaria los ejes de pertenencia, identidad y proceso migratorio. La intervención no debe centrarse únicamente en la conducta de juego, sino también en la necesidad de reconocimiento, el duelo migratorio, las pérdidas ambiguas, la ambivalencia entre país de origen y sociedad de acogida, y la posible fragilidad de las redes de apoyo. En este ámbito, resulta especialmente importante interesarse por la cultura concreta de la persona, trabajar el estigma y la vergüenza, no dar por supuesta la familia como sostén principal y coordinar con asociaciones, referentes comunitarios e integradores socioculturales. La integración social y laboral debe entenderse también como parte de la intervención terapéutica (Lucas Caballero, 2026).

#### **5.4.4. Intervención en centros de acogida de protección internacional**

En el sistema de acogida de protección internacional, la prevención e intervención temprana ante conductas adictivas debe concebirse como una tarea transversal del acompañamiento técnico cotidiano. La intervención debe incluir observación continuada, estructuración de rutinas, detección precoz, acompañamiento documental, orientación laboral, apoyo residencial, educación sobre uso de tecnologías y coordinación con el sistema sanitario. Se prestará especial atención a factores de riesgo como la fragilidad documental, la imposibilidad temporal de trabajar, las deudas del trayecto, el estigma, la ruptura de expectativas, la

ociosidad no estructurada, la institucionalización prolongada y la exposición a entornos con alta oferta de juego. En este ámbito, resultan imprescindibles la mediación intercultural, la adaptación comunicativa y la protocolización de derivaciones para evitar la pérdida de seguimiento al salir del recurso (Bohórquez Zayas, 2026).

#### **5.4.5. Intervención desde programas comunitarios y de proximidad**

Desde el ámbito comunitario, el modelo de reducción de daños puede constituir una estrategia útil en determinados casos de alta vulnerabilidad, baja motivación o dificultades de adherencia. Aunque el objetivo terapéutico preferente siga siendo la abstinencia cuando sea viable, en algunos casos puede resultar clínicamente útil priorizar la permanencia en el tratamiento, la reducción progresiva del daño, el control de estímulos, la limitación del acceso al dinero, la autoexclusión, la atención a comorbilidades y la coordinación jurídica o administrativa. Este enfoque requiere una actitud terapéutica basada en el no juicio, la aceptación de la ambivalencia, la validación de avances parciales y la comprensión de la recaída como parte del proceso (Palomo Molina, 2026).

### **5.5. Recomendaciones finales de intervención específica en población inmigrante con trastorno por juego**

Como síntesis final, y a partir de las principales aportaciones formuladas por las personas ponentes en el seminario, se recomienda que toda intervención profesional con población inmigrante y trastorno por juego incorpore, como mínimo, las siguientes pautas:

- No reducir la formulación clínica a la conducta problema.
- Explorar de forma sistemática la función que cumple el juego en cada caso.
- Desarrollar una alianza terapéutica culturalmente competente
- Reducir activamente las barreras de acceso y continuidad.
- Intervenir sobre trauma, duelo migratorio, regulación emocional y afrontamiento.
- Fortalecer factores protectores familiares, comunitarios, educativos y laborales.
- Trabajar de manera específica la accesibilidad digital al juego.
- Valorar la implicación del entorno cuando sea útil y viable.
- Entender la recaída y la baja motivación como elementos clínicos a trabajar y no como causas automáticas de exclusión.
- Asegurar una intervención coordinada e intersectorial orientada no solo a la remisión del juego problemático, sino también a la integración social, la autonomía y la mejora global del bienestar.

En el Anexo I puede verse un esquema-resumen del protocolo.

LA INTERVENCIÓN EN TRASTORNO POR JUEGO CON POBLACIÓN INMIGRANTE DEBE ORIENTARSE A UNA RESPUESTA CLÍNICA Y PSICOSOCIAL QUE COMBINE COMPETENCIA CULTURAL, COMPRENSIÓN DEL PROCESO MIGRATORIO, ABORDAJE DEL MALESTAR EMOCIONAL, FORTALECIMIENTO DE FACTORES PROTECTORES Y COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL. EL OBJETIVO NO ES ÚNICAMENTE REDUCIR O EXTINGUIR LA CONDUCTA DE JUEGO, SINO FAVORECER PROCESOS DE RECUPERACIÓN, INTEGRACIÓN Y BIENESTAR SOSTENIBLES.

## 6. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL Y GRUPAL

FEJAR en la línea de trabajo del resto de participantes en este programa, establece que la intervención en trastorno por juego con población inmigrante debe desarrollarse desde un enfoque integral, intercultural y adaptado a la singularidad de cada persona. Con carácter general, el tratamiento combina **psicoterapia individual** y **terapia grupal de autoayuda**, incorporando, cuando resulte indicado, el trabajo con la familia, la red social y los recursos comunitarios. Este modelo permite abordar tanto la dimensión clínica del trastorno como los factores emocionales, sociales, culturales y migratorios que pueden influir en su desarrollo, mantenimiento y evolución.

FEJAR no contempla la exclusión de las personas inmigrantes de las terapias grupales por razón de origen, cultura, idioma o trayectoria migratoria. La participación en el grupo forma parte del proceso terapéutico y constituye una herramienta relevante para la recuperación, el apoyo mutuo, la reducción del aislamiento y el fortalecimiento del cambio. No obstante, la intervención grupal debe desarrollarse con sensibilidad intercultural, teniendo en cuenta la idiosincrasia de cada persona, su contexto cultural, sus vivencias en su país de origen y las del proceso migratorio, sus posibles experiencias de duelo, trauma, discriminación o desarraigo, así como sus formas de expresar el malestar y su relación previa con el juego, la salud mental y la ayuda profesional.

## INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

La intervención individual constituye un eje esencial del tratamiento. Su finalidad es realizar una evaluación amplia del caso y desarrollar una respuesta terapéutica ajustada a la realidad clínica, emocional, social y migratoria de la

persona. En este marco, deben explorarse la conducta de juego, su gravedad y funcionalidad, la historia migratoria, la situación administrativa, el estrés de adaptación, las expectativas económicas, la red de apoyo, el trauma, el duelo migratorio, la identidad cultural y las barreras de acceso o adherencia.

La intervención individual puede incorporar, según valoración profesional, entrevista motivacional, terapia cognitivo-conductual adaptada culturalmente, análisis funcional, trabajo sobre distorsiones cognitivas, regulación emocional, abordaje del trauma, control de estímulos, limitación del acceso al dinero, autoexclusión y prevención de recaídas. En adolescentes y jóvenes se añadirá, cuando proceda, el trabajo sobre identidad, pertenencia grupal, influencia de redes sociales y alfabetización digital crítica.

La alianza terapéutica se considera un elemento central de esta modalidad de intervención. El vínculo clínico debe construirse desde el no juicio, la validación del malestar, la adaptación comunicativa y el respeto a la realidad cultural y social de la persona atendida.

## **INTERVENCIÓN GRUPAL**

La terapia grupal de autoayuda constituye un componente esencial del modelo de tratamiento de FEJAR. Su finalidad es ofrecer un espacio de identificación con iguales, apoyo mutuo, expresión compartida del problema, reducción del aislamiento y refuerzo del compromiso terapéutico. En población inmigrante, esta modalidad mantendrá plenamente su indicación y debe adaptarse para garantizar que el grupo sea accesible, seguro e inclusivo.

En el desarrollo de la terapia grupal se prestará atención a la comprensión lingüística, a las diferencias en la expresión del sufrimiento o la vergüenza, al posible peso del estigma cultural sobre el juego o la salud mental, y a la necesidad de que las experiencias migratorias puedan ser reconocidas sin estigmatización ni sobredimensionamiento. El objetivo es asegurar una participación terapéutica real, evitando tanto la exclusión como la neutralidad aparente que invisibilice las necesidades específicas de la persona inmigrante.

La intervención grupal resulta especialmente útil cuando la conducta de juego se vincula a necesidades de pertenencia, reconocimiento, socialización o afrontamiento de la soledad. Asimismo, puede contribuir al fortalecimiento de redes sociales saludables y a la creación de entornos de apoyo y reconocimiento alternativos al espacio de juego.

## **TRABAJO CON FAMILIA, RED SOCIAL Y COMUNIDAD**

El trabajo con la familia, la red social y la comunidad constituye un componente complementario y, en muchos casos necesario, en la intervención. Cuando resulte viable, se puede favorecer la supervisión económica, la limitación de acceso a recursos financieros, la reconstrucción de la confianza y el acompañamiento del proceso terapéutico. No obstante, esta implicación debe valorarse de forma individualizada, sin presuponer que la familia constituirá siempre un apoyo disponible, adecuado o seguro.

Asimismo, se promueve el fortalecimiento de redes familiares, comunitarias e institucionales, la coordinación con recursos sanitarios, sociales, educativos y

jurídicos, y la participación en contextos de integración social y ocio saludable. En población inmigrante, este trabajo de red adquiere especial relevancia por el peso del desarraigo, la fragilidad de apoyos, el estigma y las dificultades de integración.

## CRITERIO DE APLICACIÓN

FEJAR considera, por tanto, que la **psicoterapia individual** y la **terapia grupal de autoayuda** deben aplicarse de forma complementaria y coordinada. La intervención individual permite ajustar la formulación clínica a la singularidad de cada caso, mientras que el grupo aporta apoyo mutuo, pertenencia, contraste con iguales y reducción del aislamiento. Ambas modalidades deben incorporar las adaptaciones interculturales necesarias para que resulten accesibles, pertinentes y terapéuticamente útiles en población inmigrante.

# 7. COORDINACIÓN ENTRE ENTIDADES Y DERIVACIÓN EFECTIVA

El presente programa tiene como finalidad, además de promover una intervención en el trastorno por juego dirigida a población inmigrante que sea adecuada, adaptada, específica, integral e interseccional, fortalecer los mecanismos de coordinación entre recursos y servicios, tanto públicos como privados, desde atención primaria y especializada, es una cuestión fundamental. Facilitar el acceso y la coordinación entre las entidades de tratamiento de trastorno por juego, adicciones, y redes de salud mental es básico para abordar no solo problemas adictivos, sino también otras situaciones que se pueden dar en esta población.

Una acción conjunta y sostenida entre diferentes sectores y niveles institucionales es imprescindible puesto que están involucrados determinantes sociales, culturales, económicos y de género. Se deben establecer canales de colaboración entre los distintos sistemas sanitarios, servicios sociales, de salud mental y centros de rehabilitación de estas adicciones, para garantizar que las personas que lo precisen puedan acceder a intervenciones psicológicas adecuadas, espacios terapéuticos grupales y programas específicos de tratamiento. La derivación ágil y efectiva entre estos servicios es un componente fundamental para una atención integral.

En este marco, se pretende que las distintas entidades que desarrollan cualquier tipo de intervención con población inmigrante —entre ellas, asociaciones, centros de acogida o de atención a personas refugiadas, unidades de conductas adictivas, ayuntamientos, unidades de salud mental y otros recursos comunitarios— puedan derivar a las personas que requieran atención preventiva o terapéutica por trastorno por juego a cualquiera de las asociaciones integradas en FEJAR, así como a su servicio de terapia online.

Del mismo modo, se pretende que las entidades de FEJAR que intervienen con personas inmigrantes, cuando identifiquen la necesidad de acceso a otros recursos complementarios, puedan realizar una derivación adecuada a los dispositivos existentes en su ámbito territorial (ya sean a nivel local, provincial o autonómico). Estas derivaciones podrán orientarse tanto a favorecer una rehabilitación integral como a promover un nivel óptimo de bienestar físico, emocional y social, así como a facilitar la cobertura de necesidades básicas y su integración social.

En consecuencia, la coordinación y la derivación entre entidades y servicios se configuran como un proceso bidireccional, basado en la colaboración interinstitucional, el conocimiento mutuo de recursos y la continuidad de la atención, con el fin de ofrecer respuestas integrales y ajustadas a las necesidades de cada persona.

En el Anexo II puede verse un cuadro-resumen de la coordinación entre entidades y derivación efectiva.



## 8. PREVENCIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL

La prevención del trastorno por juego en población inmigrante debe entenderse como una actuación temprana, integral y continuada, orientada no solo a evitar la aparición o agravamiento de la conducta adictiva, sino también a fortalecer las condiciones personales, familiares, comunitarias y estructurales que favorecen la integración social. En este sentido, la prevención no puede limitarse a la información sobre riesgos, sino que debe incorporar la detección precoz, la evaluación del contexto migratorio, el abordaje del estrés y del trauma, la reducción del aislamiento, la estructuración del tiempo cotidiano y la promoción de alternativas de ocio saludable y participación comunitaria (Bohórquez Zayas y Palomo Molina, 2026).

Desde esta perspectiva, la intervención preventiva debe iniciarse en los contextos de mayor vulnerabilidad, especialmente en los recursos de acogida, en el ámbito educativo y en los dispositivos comunitarios, donde resulta posible identificar señales de alerta y actuar antes de que el problema se consolide. Para ello, se considera prioritario integrar la historia migratoria, las dificultades de adaptación social, las expectativas económicas asociadas al proyecto migratorio, la disponibilidad real de redes de apoyo y las barreras culturales o idiomáticas que dificultan la demanda espontánea de ayuda. Del mismo modo, en población menor y adolescente, la prevención requiere incorporar alfabetización digital crítica, trabajo sobre expectativas irreales de ganancia, regulación emocional y coordinación con la familia, el centro educativo y los recursos sociales del entorno (Estévez Gutiérrez, Bohórquez Zayas y Palomo Molina, 2026).

Por su parte, la reinserción social debe concebirse como una dimensión inseparable del tratamiento. La recuperación difícilmente puede sostenerse si no

va acompañada de condiciones mínimas de estabilidad personal y social, tales como acceso al empleo, vivienda digna, regularización administrativa, reorganización de la vida cotidiana y reconstrucción de redes de apoyo. En este marco, la integración laboral actúa simultáneamente como medida reparadora y preventiva, mientras que el acompañamiento social, el itinerario personal, la derivación a recursos comunitarios, la mediación intercultural y el fortalecimiento del sentido de pertenencia favorecen procesos de recuperación más estables. La reinserción no debe entenderse únicamente como abandono del juego, sino como reconstrucción progresiva de vínculos, roles, hábitos y proyectos de vida compatibles con la autonomía y la inclusión social (Lucas Caballero, Bohórquez Zayas y Palomo Molina, 2026).

Asimismo, la reinserción social requiere intervenciones terapéuticas flexibles, culturalmente competentes y sostenidas en el tiempo. En este sentido, se subraya la relevancia de una alianza terapéutica sólida, del respeto a la ambivalencia motivacional, de la prevención de recaídas y del mantenimiento del vínculo incluso en contextos de alta vulnerabilidad. La participación del entorno familiar cuando sea viable, el refuerzo de redes comunitarias positivas y el trabajo sobre identidad, pertenencia y equilibrio cultural se configuran como elementos protectores esenciales, especialmente en personas que experimentan soledad, vergüenza, conflicto identitario o dificultad para sentirse reconocidas en la sociedad de acogida (Estévez Gutiérrez, Gómez-Peña, Lucas Caballero, 2026).

En definitiva, la prevención y la reinserción social en población inmigrante con trastorno por juego deben abordarse desde un enfoque biopsicosocial e intercultural, capaz de articular intervención clínica, apoyo psicosocial y estrategias comunitarias. Solo desde esta mirada amplia resulta posible reducir

factores de riesgo, reforzar factores de protección y favorecer itinerarios reales de recuperación e inclusión (Estévez Gutiérrez, Gómez-Peña, Lucas Caballero, Bohórquez Zayas y Palomo Molina, 2026). También es preciso y necesario lanzar a la sociedad en general campañas para concienciar y sensibilizar respecto a estas situaciones, para una mayor y mejor comprensión y como posibles agentes preventivos de este tipo de situaciones y para favorecer la integración.



# 9. BUENAS PRÁCTICAS

La intervención en trastorno por juego en población inmigrante requiere una aproximación integral, culturalmente competente y orientada a la reducción de barreras de acceso. Las dificultades no se sitúan exclusivamente en el plano clínico, sino también en el ámbito administrativo, social, cultural, comunitario y organizativo. A continuación, se sintetizan los aspectos más relevantes a tener en cuenta en unas buenas prácticas de intervención en trastorno por juego en población inmigrante, a partir de las aportaciones formuladas en las formaciones celebradas en febrero y marzo de 2026 (Estévez Gutiérrez, Gómez-Peña, Lucas Caballero, Bohórquez Zayas y Palomo Molina, 2026):

## **1. GARANTIZAR EL ACCESO UNIVERSAL A LOS RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS**

Una primera buena práctica consiste en garantizar que todas las personas, con independencia de su situación administrativa, puedan acceder a los servicios y recursos sociales y sanitarios. La irregularidad documental, la inseguridad jurídica y el temor a consecuencias administrativas constituyen barreras de acceso decisivas, tanto para la atención a las adicciones como para la continuidad de los procesos terapéuticos. La mejora del acceso no debe entenderse como una cuestión meramente procedimental, sino como una condición básica de equidad asistencial y de prevención del agravamiento clínico y social (Palomo Molina, Moreno García, Bohórquez Zayas, 2026).

## **2. DESARROLLAR RECURSOS ESPECÍFICOS PARA POBLACIÓN MIGRANTE CON ADICCIONES**

Resulta igualmente necesario habilitar más recursos y servicios específicos para personas inmigrantes con adicciones en general y trastorno por juego en particular, o bien adaptar de manera efectiva los ya existentes para que puedan responder a sus necesidades particulares. La evidencia clínica y las experiencias profesionales aportadas indican que, aunque la estructura del trastorno por juego no difiere necesariamente de la observada en población nativa, su expresión, su curso y la adherencia al tratamiento sí pueden verse modulados por el estrés migratorio, la precariedad socioeconómica, las obligaciones familiares transnacionales, las barreras idiomáticas y la limitada red de apoyo. Por ello, la especificidad no debe plantearse como segregación asistencial, sino como capacidad real de adaptación cultural, social y organizativa del recurso (Gómez-Peña, Palomo Molina y Moreno García, 2026).

## **3. REFORZAR LA FORMACIÓN DE LAS Y LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON TRASTORNO POR JUEGO Y POBLACIÓN INMIGRANTE**

Otra buena práctica prioritaria es la formación específica en adicciones para las y los profesionales que trabajan con población en situación de vulnerabilidad. La detección temprana del trastorno por juego y de sus factores asociados exige competencias que permitan reconocer indicadores clínicos, sociales y conductuales que en muchos casos no se

verbalizan espontáneamente. Esta necesidad es especialmente relevante en recursos de acogida, centros educativos, dispositivos sociales, recursos comunitarios y servicios generales de salud, donde el problema puede permanecer invisibilizado si no existe una mirada profesional entrenada (Estévez Gutiérrez, Bohórquez Zayas, Palomo Molina y Moreno García, 2026).

#### **4. INCORPORAR FORMACIÓN EN INTERCULTURALIDAD Y PERSPECTIVA DE GÉNERO INTERSECCIONAL**

Junto con la formación en adicciones, debe contemplarse como buena práctica la formación en interculturalidad y en perspectiva de género interseccional para profesionales del tercer sector, del ámbito sanitario y del sistema social. La intervención resulta más eficaz cuando integra la historia migratoria, los valores culturales, la posición social, las dinámicas familiares y los mandatos de género que atraviesan la experiencia de la persona. Del mismo modo, se advierte del riesgo de interpretar el malestar exclusivamente desde parámetros occidentales o descontextualizados, así como de infraestimar el peso del estigma cultural, de la vergüenza o de los condicionantes familiares y comunitarios en la demanda de ayuda (Moreno García, Palomo Molina, Lucas Caballero y Gómez-Peña 2026).

#### **5. CREAR MESAS DE DIÁLOGO ENTRE LAS REDES DE INMIGRACIÓN Y ADICCIONES**

Se considera igualmente una buena práctica la creación de mesas de diálogo estables entre profesionales de las redes de inmigración y de adicciones. La experiencia existente muestra que el abordaje aislado desde

un único sistema de atención resulta insuficiente. La coordinación entre recursos sanitarios, sociales, educativos, jurídicos y comunitarios permite mejorar la detección, la derivación, el seguimiento y la continuidad asistencial, además de favorecer una comprensión compartida de los factores de riesgo y de protección. Estas mesas pueden funcionar como espacios de intercambio técnico, diseño de protocolos, actualización de circuitos y resolución de barreras estructurales detectadas en la práctica diaria (Moreno García, Lucas Caballero, Bohórquez Zayas y Gómez-Peña 2026).

## **6. DISPONER DE UN REPOSITORIO ACTUALIZADO DE RECURSOS Y SERVICIOS**

Otra recomendación operativa de especial utilidad consiste en la puesta en marcha de un repositorio actualizado y de fácil consulta con información sobre los servicios y recursos activos para personas en situación de vulnerabilidad. Las barreras de acceso no derivan únicamente de la inexistencia de recursos, sino también del desconocimiento de los circuitos disponibles, de la fragmentación institucional y de la dificultad para orientar de forma rápida y adecuada a las personas usuarias. Un repositorio accesible, actualizado y compartido entre profesionales facilitaría la derivación, mejoraría la coordinación interinstitucional y reduciría tiempos de espera, pérdidas de seguimiento y discontinuidades en la atención (Moreno García y Palomo Molina, 2026).

## **7. AMPLIAR LOS RECURSOS DESDE UNA PERSPECTIVA PREVENTIVA, DE REDUCCIÓN DEL RIESGO Y DE REDUCCIÓN DEL DAÑO**

Las buenas prácticas en este ámbito deben incluir la ampliación de los recursos con una perspectiva preventiva, de reducción del riesgo y de reducción del daño. Las aportaciones clínicas insisten en que una exigencia rígida de abstinencia inicial puede convertirse en barrera de acceso para personas con baja motivación, ambivalencia o situaciones vitales altamente desorganizadas. En este sentido, los enfoques pragmáticos, no moralizantes y centrados en la reducción del daño permiten sostener el vínculo terapéutico, intervenir sobre comorbilidades, trabajar metas progresivas y disminuir el impacto negativo del juego incluso cuando la abstinencia no es inmediata. A pesar de que esta metodología de intervención no es practicada por FEJAR, esta perspectiva resulta especialmente valiosa en población inmigrante, donde concurren con frecuencia precariedad material, aislamiento, miedo institucional y necesidades urgentes de supervivencia (Palomo Molina, Gómez-Peña y Lucas Caballero, 2026).

## **8. MEJORAR LAS CONDICIONES LABORALES DE QUIENES INTERVIENEN CON POBLACIONES VULNERABILIZADAS**

Debe reconocerse asimismo como buena práctica la mejora de las condiciones laborales de las personas profesionales que trabajan con poblaciones vulnerabilizadas. La calidad de la intervención depende en gran medida de la estabilidad de los equipos, de la posibilidad de sostener

vínculos terapéuticos en el tiempo, de la supervisión técnica del itinerario personalizado, del trabajo interdisciplinar y de unas cargas asistenciales compatibles con una atención de calidad. Cuando los equipos operan en condiciones precarias o insuficientes, se resienten la detección precoz, la continuidad del seguimiento, la coordinación externa y la capacidad de personalizar la intervención. La mejora de las condiciones laborales no es, por tanto, una cuestión ajena al modelo asistencial, sino una condición estructural de buena práctica (Moreno García y Lucas Caballero, 2026).

## **9. INCREMENTAR EL NÚMERO DE PROFESIONALES EN LOS RECURSOS**

De forma complementaria, resulta necesario aumentar el número de profesionales en los recursos. La complejidad biopsicosocial del trastorno por juego en población inmigrante exige tiempo de evaluación, seguimiento continuado, coordinación con otros sistemas, trabajo familiar, intervención comunitaria y acompañamiento en necesidades sociales y administrativas. Muchos de los factores que sostienen el problema no son exclusivamente clínicos, por lo que la respuesta requiere equipos suficientemente dotados para atender dimensiones psicológicas, educativas, sociales, jurídicas y comunitarias. Incrementar las plantillas no solo mejora la capacidad de atención, sino también la calidad de la prevención y de la intervención temprana (Moreno García, Bohórquez Zayas y Lucas Caballero, 2026).

## **10. REFORZAR LA PRESENCIA DE INTÉRPRETES Y MEDIACIÓN CULTURAL**

Una buena práctica especialmente relevante es incrementar los dispositivos de intérpretes y de mediación cultural en toda la red de atención social y de salud. Las barreras idiomáticas y culturales dificultan la comprensión del malestar, la formulación clínica, la adherencia terapéutica y el acceso efectivo a los recursos. La mediación intercultural no debe concebirse como un recurso accesorio, sino como un elemento central para interpretar adecuadamente los síntomas, comprender los significados culturales del juego, reducir malentendidos y generar confianza. Del mismo modo, la presencia de mediación y traducción, facilita la comunicación con las familias, la coordinación con otros sistemas y la adaptación del tratamiento a las particularidades del contexto de origen (Bohórquez Zayas, Moreno García y Lucas Caballero, 2026).

## **11. FACILITAR EL ACCESO CON MENORES A CARGO, ESPECIALMENTE EN RECURSOS DIRIGIDOS A MUJERES CON ADICCIONES**

También debe incorporarse como buena práctica permitir que las personas, especialmente en recursos destinados a mujeres con adicciones, puedan acceder o permanecer en el recurso junto con las y los menores a su cargo. La ausencia de alternativas de cuidado constituye con frecuencia una barrera de acceso o de permanencia en tratamiento, especialmente en mujeres inmigrantes que asumen responsabilidades de crianza en contextos de precariedad, soledad o escasa red de apoyo. Desde una

perspectiva de género interseccional, esta medida no sólo favorece la continuidad terapéutica, sino que reduce desigualdades estructurales y evita que las cargas de cuidado operen como mecanismo de exclusión asistencial (Moreno García, Palomo Molina y Estévez Gutiérrez, 2026).

## 12. GARANTIZAR CONDICIONES ADECUADAS DE SALUBRIDAD EN LOS RECURSOS

Finalmente, una buena práctica básica consiste en mejorar y garantizar las condiciones de salubridad de algunos recursos. La calidad del entorno material forma parte de la calidad de la intervención. Los dispositivos que atienden a personas en situaciones de alta vulnerabilidad deben ofrecer condiciones dignas, seguras y saludables, coherentes con los objetivos terapéuticos y con un enfoque de derechos. La precariedad de las infraestructuras o de las condiciones de habitabilidad no solo afecta al bienestar de las personas usuarias, sino también a la adherencia, a la sensación de reconocimiento institucional y a la posibilidad de construir procesos terapéuticos sostenibles (Moreno García, 2026).

EN SÍNTESIS, LAS BUENAS PRÁCTICAS EN ESTE ÁMBITO REQUIEREN UNA INTERVENCIÓN ACCESIBLE, INTERCULTURAL, COORDINADA Y CON ENFOQUE DE DERECHOS. ELLO IMPLICA REDUCIR BARRERAS DE ACCESO, ADAPTAR LOS RECURSOS A LA DIVERSIDAD DE SITUACIONES, REFORZAR LA FORMACIÓN Y ESTABILIDAD DE LOS EQUIPOS, E INCORPORAR MEDIACIÓN CULTURAL, PERSPECTIVA DE GÉNERO Y ORIENTACIÓN A LA INCLUSIÓN SOCIAL.

# 10. EVALUACIÓN DE RESULTADOS E INDICADORES DE IMPACTO

El presente programa, que incorpora este documento, se elabora con una evaluación continua de las actuaciones que cronológicamente se van realizando. En este sentido, si bien es cierto que los resultados de la implantación de este protocolo no los podemos detallar ni evaluar todavía, sí podemos detallar los resultados obtenidos de las actuaciones realizadas hasta su finalización.

Las actividades más representativas desarrolladas hasta la fecha, han sido las formaciones organizadas en los meses de febrero y marzo del 2026, en formato online por la plataforma Teams, contando con asistencia de 39 mujeres y 12 hombres en la primera formación donde se trató la situación y características en la población inmigrante con adicciones comportamentales en la sociedad actual, y con un total de 35 asistentes en la segunda formación que versó sobre la intervención en trastorno por juego en población inmigrante, siendo 24 mujeres y 11 hombres quienes asistieron virtualmente a ésta.

En la primera formación se ha valorado con una nota general de 3,72 puntos sobre 4, con un 85 % de organización muy buena, y un 15 % buena, teniendo una evaluación del programa del 78 % como muy bueno y un 22 % bueno.

En cuanto a los indicadores de impacto al 69 % de asistentes le han parecido unas exposiciones muy interesantes, y al 31 % le han parecido interesantes, sin haber obtenido ninguna puntuación de aspecto negativo en ninguna de las cuestiones planteadas, y con un 97 % de asistentes con adquisición de nuevos conocimientos, en una valoración de un 8,13 puntos sobre 10 respecto a éstos.

En cuanto a la evaluación y el impacto valorado de forma cualitativa se han recopilado observaciones muy interesantes y positivas respecto al contenido propicio de la formación, al aumento de conocimientos de quienes han realizado

las exposiciones, a la utilidad de los conocimientos adquiridos, y en general a la organización y a la necesidad de profundizar en esta materia tan necesaria para una mejora en el conocimiento de la situación actual.

En referencia a la segunda formación, se ha valorado con una nota general de 3,64 puntos sobre 4, siendo todas las valoraciones de índole positiva, obteniendo un 67 % de organización muy buena, y un 33 % buena, con una consideración del programa como muy bueno del 63 % y un 38 % evaluado como bueno.

Las exposiciones le han resultado muy interesantes al 63 % de asistentes, y al 38 % le han parecido interesantes.

Se ha analizado que el 97 % de asistentes ha adquirido nuevos conocimientos, obteniendo una puntuación de un 7,96 puntos sobre 10 respecto a éstos.

En cuanto a la evaluación y el impacto valorado de forma cualitativa se han recopilado observaciones muy positivas en referencia a lo pertinente del contenido, la calidad encontrada en la formación, así como las presentaciones y la necesidad de este tipo de conocimientos al intervenir con personas inmigrantes. Se ha destacado la adecuación de los medios utilizados, así como la necesidad de profundizar en esta materia.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2013). *Cultural formulation interview (CFI)* [Instrumento de evaluación]. American Psychiatric Association.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5.ª ed.), (pp. 588). Editorial Médica Panamericana.

Asociación Progestión (2025). *Estudio para la mejora de la atención de las personas con problemas de adicciones de origen migrante desde una perspectiva de género*. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Disponible en: <https://infoadicciones.org/wp-content/uploads/2026/01/estudio-para-la-mejora-de-la-atencion-de-las-personas-con-problemas-de-adicciones-de-origen-migrante-desde-una-perspectiva-de-genero.pdf>

Bhugra, D., Gupta, S., Bhui, K., Craig, T., Dogra, N., Ingleby, J. D., Kirkbride, J., Moussaoui, D., Nazroo, J., Qureshi, A., Stompe, T., & Tribe, R. (2011). *WPA guidance on mental health and mental health care in migrants*. *World Psychiatry*, 10(1), 2–10. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00002.x>

Bohórquez, C.F. (2026, 10 de febrero). *Influencias del proceso migratorio y reajuste de expectativas en el desarrollo de adicciones comportamentales*. [Presentación de conferencia]. Seminario sobre situación y características en la población inmigrante con adicciones comportamentales en la sociedad actual. Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR), online.

Bohórquez, C.F. (2026, 11 de marzo). *Análisis terapéutico y preventivo de las adicciones comportamentales en población refugiada*. [Presentación de conferencia]. Seminario Intervención en trastorno por juego en población inmigrante. Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR), online.

Canale, N., Vieno, A., Griffiths, M. D., Borraccino, A., Lazzeri, G., Charrier, L., Lemma, P., Dalmaso, P., & Santinello, M. (2017a). A large-scale national study of gambling severity among immigrant and non-immigrant adolescents: The role of the family. *Addictive Behaviors*, 66, 125–131. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.11.020>

Canale, N., Vieno, A., Lenzi, M., Griffiths, M. D., Borraccino, A., Lazzeri, G., Lemma, P., Scacchi, L., & Santinello, M. (2017b). Income inequality and adolescent gambling severity: Findings from a large-scale Italian representative survey. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 1318. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01318>

Cáritas Diocesana de Valencia. (2021, 20 de enero). *Migración y adicciones* (Proyecto Hombre Valencia). <https://www.caritasvalencia.org/blog/migracion-y-adicciones/>

Crenshaw, Kimberlé (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine*. University of Chicago Legal Forum, 1989: 139–168.

Donati, M.A., Primi, C., Mazzaresse M., Sanson, F., Leone, L.: (2020). Immigrant status and problem-gambling severity in adolescents: Evidence for moderation by sensation seeking. *Addictive Behaviors*, (107). <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106395>

Estévez, A. (2026, 11 de marzo). *Intervención en trastorno por juego en menores inmigrantes: integración de estrategias motivacionales, abordaje del trauma y apoyo social*. [Presentación de conferencia]. Seminario Intervención en trastorno por juego en población inmigrante. Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR), online.

Fundación FOESSA (2025). *IX Informe sobre exclusión y desarrollo social en España* (p. 21). <https://www.foessa.es/ix-informe/>

Gómez-Peña, M. (2026, 11 de marzo). *Intervención psicológica en adicciones comportamentales en población migrante*. [Presentación de conferencia]. Seminario Intervención en trastorno por juego en población inmigrante. Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR), online.

Iglesias Martínez, J. Á., Rúa Vieites, A., & Ares Mateos, A. (2020). *Un arraigo sobre el alambre. La integración social de la población de origen inmigrante en España*. FOESSA-Cáritas Española.

Jacoby, N., von Lersner, U., Schubert, H. J., Loeffler, G., Heinz, A., & Mörsen, C. P. (2013). *The role of acculturative stress and cultural backgrounds in migrants with pathological gambling*. *International Gambling Studies*, 13(2), 240–254.

Lucas, F. (2026, 11 de marzo). *Una mirada a los contextos de pertenencia en la intervención*. [Presentación de conferencia]. Seminario Intervención en trastorno por juego en población inmigrante. Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR), online.

Moreno, M. (2026, 10 de febrero).  *Marcos de (des)atención a personas migrantes con adicciones: un análisis con perspectiva de género*. [Presentación de conferencia]. Seminario sobre situación y características en la población inmigrante con adicciones comportamentales en la sociedad actual. Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR), online.

Nilsson, A., Demetry, Y., Shahnava, S., Gripenberg, J., Kvillemo, P. (2024). *Gambling and Migration – The Role of Culture and Family*. *Journal of Gambling Studies* (40:1157–1170). <https://doi.org/10.1007/s10899-024-10292-9>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. *Informe sobre Adicciones Comportamentales y Otros Trastornos Adictivos 2024: Indicador admitidos a tratamiento por adicciones comportamentales. Juego de azar, uso de videojuegos, uso problemático de internet y otros trastornos adictivos en las encuestas de drogas en España EDADES y ESTUDES*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2024. 90 p. (pp. 5, 76) [Archivo PDF]. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024\\_OEDA\\_Informe\\_AdiccionesComportamentales.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_OEDA_Informe_AdiccionesComportamentales.pdf)

Observatorio Permanente de la Inmigración (OPI) – Secretaría de Estado de Migraciones (MISSM). *Indicadores Migratorios España*. Junio 2025. [https://www.inclusion.gob.es/documents/d/opi/indicadores\\_Espana](https://www.inclusion.gob.es/documents/d/opi/indicadores_Espana)

Palomo, A. (2026, 10 de febrero). *Población migrante y adicciones comportamentales: Vulnerabilidad y factores psicosociales desde una mirada contextual*. [Presentación de conferencia]. Seminario sobre situación y características en la población inmigrante con adicciones comportamentales en la sociedad actual. Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR), online.

Palomo, A. (2026, 11 de marzo). *Reducción de daños en adicciones conductuales con población migrante: aproximación desde tres contextos culturales*. [Presentación de conferencia]. Seminario Intervención en trastorno por juego en población inmigrante. Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR), online.

Penelo, E., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Moragas, L., Santamaría, J. J., Custal, N., Menchón, J. M., & Jiménez-Murcia, S. (2012). *Comparison between immigrant and Spanish native-born pathological gambling patients*. *Psychological Reports*, 110(2), 555–570. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2466/02.18.pr0.110.2.555-570>

Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (2016). *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/326308>

Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2004). *Role of culture in gambling and problem gambling*. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1087–1114.

Sánchez-Huesca, R., Pérez-Islas, V., Rodríguez-Kuri, S. E., Arellanez-Hernández, J. L., & Ortiz-Encinas, R. M. (2006). *El consumo de drogas en migrantes desde una perspectiva de género: Un estudio exploratorio*. *Región y sociedad*, 18(35), 131–164.

Save the Children España. (2021).  *Crecer Saludable(mente). Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia*. Save the Children España.

Save the Children España. (2023). *Ser pobre en España. El retrato de mil familias*. Save the Children España.

Schouler-Ocak, M., Graef-Calliess, I. T., Tarricone, I., Qureshi, A., Kastrup, M. C., & Bhugra, D. (2015). EPA guidance on cultural competence training. *European Psychiatry*, 30(3), 431–440. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.012>

Tribe, R. (2011). *Migrants and mental health: Working across culture and language*. En D. Bhugra & S. Gupta (Eds.), *Migration and mental health* (pp. 261–273). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511760990.022>

Vallejo, M. A. (2012). *Manual de terapia de conducta, vol I*. Madrid. Dynkinson.

Wardle, H., Bramley, S., Norrie, C. and Manthorpe, J. (2019) What do we know about gambling-related harm affecting migrants and migrant communities? A rapid review. *Addictive Behaviors*, 93, pp. 180–193. Doi: 10.1016/j.addbeh.2019.01.017

White, L. C., Cooper, M., & Lawrence, D. (2019). *Mental illness and resilience among sexual and gender minority refugees and asylum seekers*. *The British Journal of General Practice*, 69(678), 10. Doi: 10.3399/bjgp19X700349

#### OTRAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Se incluyen en este protocolo algunas otras referencias relacionadas sobre el área que pueden resultar de interés:

Blaszczynski, A., Ladouceur, R., & Shaffer, H. J. (2004). A science-based framework for responsible gambling: The Reno model. *Journal of Gambling Studies*, 20(3), 301–317.

Bramley, S., Norrie, C., & Manthorpe, J. (2020). Exploring the support for UK migrants experiencing gambling-related harm: Insights from two focus groups. *Public Health*, 184, 22–27. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.04.005>

Echeburúa, E., & De Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: Un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91–96.

Estévez, A. (2021). *Factores de vulnerabilidad y motivos de juego de azar en jóvenes y adolescentes*. <https://cendocbogani.org/Archivos/Temas/2021-05-03-Factores%20de%20vulnerabilidad%20y%20motivos%20de%20juego%20de%20azar%20en%20jovenes%20y%20adolescentes.pdf>

Estévez, A. (2023). *Consecuencias y factores de vulnerabilidad y protectores de familiares en el trastorno de juego de azar*. [https://www.cendocbogani.org/Archivos/Temas/Consecuencias%20del%20trastorno%20de%20juego%20de%20azar%20en%20familiares\\_cast.doc.pdf](https://www.cendocbogani.org/Archivos/Temas/Consecuencias%20del%20trastorno%20de%20juego%20de%20azar%20en%20familiares_cast.doc.pdf)

Estévez, A., Jauregui, P., Momeñe, J., Etxaburu, N. y Lopez-González. (2023). Hopelessness in gambling disorder: relationship with affect, alexithymia and gambling motives in young adults. *Journal of International Gambling Studies*. 39(3), 1225–1238. doi: 10.1007/s10899-022-10178-8. Epub 2022 Dec 26.

Estévez, A., Jauregui, P., Momeñe, J. y López-González, H. (2023). Relationship of gambling disorder with traumatic life events and emotion rgulation in adolescents and young adults. *Journal of Behavioral Addictions*, 12(2):500–509. Doi: 10.1556/2006.2023.00016.

EUDA (2025). *European Drug Report 2025: Trends and Developments*. European Union Drugs Agency.

Falgas-Bague, I., Wang, Y., Banerjee, S., Ali, N., DiMarzio, K., Palao Vidal, D., & Alegría, M. (2019). Predictors of adherence to treatment in behavioral health therapy for Latino immigrants: The importance of trust. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 817. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00817>

Flores Martos, R. (Coord.). (2025). *IX Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Cáritas Española; Fundación FOESSA.

Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS). (2023). *Reducción de daños y disminución de riesgos en drogadicciones*. Guía: Modelos y estrategias de intervención. *Programa ActualizaT 2023*. Ministerio de Sanidad. [https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2024/10/Guia-ActualizaT-jul2023.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2024/10/Guia-ActualizaT-jul2023.pdf?utm_source=chatgpt.com)

- Harris, A., & Griffiths, M. D. (2016). A critical review of the harm-minimisation tools available for electronic gambling. *Journal of Gambling Studies*, 33(1), 187–221. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9624-8>
- Hedoux, E. (2017). Tendencias, desafíos y respuestas en el desarrollo de servicios transculturales. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 3(1), 1–3.
- Estévez, A., Jauregui, P., Momeñe, J., Etxaburu, N. y Lopez-González. (2023). Hopelessness in gambling disorder: relationship with affect, alexithymia and gambling motives in young adults. *Journal of International Gambling Studies*. 39(3), 1225–1238. doi: 10.1007/s10899-022-10178-8. Epub 2022 Dec 26.
- García-Maza, I., Momeñe, J., Etxaburu, N. y Estévez, A. (2025). Factores psicosociales de riesgo del trastorno de juego de azar en situación de exclusión social. *Psicología Conductual*. 33(1): 42774 <https://doi.org/10.31083/BP42774>
- Kemkem, S., Ivandić-Zimić, J., Pichides, A., Savvopoulou, F., Nemeth, A., Caputo, M., Artimová, P., Barreiros, F., Carmona, M., & Pérez-Lopez, M. (2023). *Réponses interculturelles aux défis liés aux drogues pour les réfugiés, les migrants et les personnes déplacées: Manuel à l'usage des professionnels travaillant avec les réfugiés, les migrants et les personnes déplacées dans le domaine des addictions*. Conseil de l'Europe. <https://rm.coe.int/handbook-for-professionals-pompidou-group-reponses-refugies-migrants-f/1680ab440b>
- García-Maza, I., Momeñe, J., Etxaburu, N. y Estévez, A. (2025). Factores psicosociales de riesgo del trastorno de juego de azar en situación de exclusión social. *Psicología Conductual*. 33(1): 42774 <https://doi.org/10.31083/BP42774>
- Laespada Martínez, T. & Arostegui Santamaría, E. (coords.). (2011). *Diversidad sociocultural y drogodependencias. Avances en drogodependencias*. Universidad de Deusto.
- McMahon, N., Thomson, K., Kaner, E., & Bamba, C. (2019). Effects of prevention and harm reduction interventions on gambling behaviours and gambling related harm: An umbrella review. *Addictive Behaviors*, 90, 380–388.
- Ministerio de Trabajo y Economía Social. (2025). Informe del mercado de trabajo de las personas extranjeras en España: Datos recientes. <https://www.mites.gob.es>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2024). Informe 2023. *Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas*. Ministerio de Sanidad.
- Sánchez Pardo, L. (2024). *Manual para el abordaje de los procesos de incorporación social de las personas con trastornos adictivos*. Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Sordo, L., Indave, B. I., Vallejo, F., Belza, M. J., Sanz-Barbero, B., Rosales-Statkus, M., & Barrio, G. (2015). Effect of country-of-origin contextual factors and length of stay on immigrants' substance use in Spain. *The European Journal of Public Health*, 25(6), 930–936.
- Van Selm, L., White, T. M., Picchio, C. A. et al., (2023). Drug use and access to drug dependency services for vulnerable migrants who use drugs in the European Union: consensus statements and recommendations from civil society experts in Europe. *International Journal of Drug Policy*, 118, 104087.

## 12. ANEXOS









## ANEXO I:

### PROTOCOLO TRATAMIENTO INTERVENCIÓN EN TRASTORNO POR JUEGO EN POBLACIÓN INMIGRANTE (*VERSIÓN ABREVIADA*)

Este protocolo parte de una intervención biopsicosocial, intercultural, integral e interseccional. Su finalidad es adaptar la respuesta profesional al contexto migratorio, cultural, social y clínico de cada persona, incorporando tanto la intervención sobre la conducta de juego como el abordaje de los factores de vulnerabilidad y protección que la rodean.

DIMENSIÓN	CONTENIDO OPERATIVO
ENFOQUE GENERAL	Intervención biopsicosocial, intercultural, integral e interseccional.
OBJETIVO PRINCIPAL	Ofrecer una atención ajustada al contexto migratorio, cultural, social y clínico de la persona con trastorno por juego.
PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN	No juicio, competencia cultural, accesibilidad, continuidad asistencial, coordinación interinstitucional, flexibilidad terapéutica y respeto a la singularidad de cada proceso.
ASPECTOS A EVALUAR	Conducta de juego, función del juego, motivación al cambio, historia migratoria, situación administrativa, trauma, duelo migratorio, red de apoyo, barreras de acceso, situación económica y laboral, creencias culturales sobre dinero, azar y salud mental.
FACTORES DE RIESGO	Estrés migratorio, aislamiento, precariedad laboral o residencial, incertidumbre jurídica, presión económica, ruptura de expectativas, trauma, estigma, barreras idiomáticas y accesibilidad digital al juego.
FACTORES DE PROTECCIÓN	Redes de apoyo, integración social, estabilidad educativa o laboral, valores culturales protectores, participación comunitaria, vínculo terapéutico, mediación intercultural y hábitos saludables.
ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	Entrevista motivacional, terapia cognitivo-conductual adaptada, regulación emocional, trabajo sobre trauma y duelo migratorio, control de estímulos, autoexclusión, prevención de recaídas, fortalecimiento de apoyos y coordinación con otros recursos.
COORDINACIÓN NECESARIA	Salud mental, adicciones, servicios sociales, empleo, vivienda, recursos jurídicos, recursos educativos, sistema de acogida, asociaciones comunitarias y mediación intercultural.

Fuente: Elaboración propia a partir de las aportaciones formuladas por las personas ponentes en las formaciones de febrero y marzo de 2026. Estas adaptaciones recogen la especificidad de cada contexto de intervención y permiten operacionalizar un mismo protocolo común en dispositivos con funciones, tiempos y marcos de trabajo distintos.

RECOMENDACIÓN	APLICACIÓN PRÁCTICA
 <p><b>NO CENTRAR LA INTERVENCIÓN SOLO EN LA CONDUCTA DE JUEGO</b></p>	<p>Explorar proceso migratorio, identidad, trauma, situación económica, contexto administrativo y red de apoyo.</p>
 <p><b>CONSTRUIR UNA ALIANZA TERAPÉUTICA SÓLIDA</b></p>	<p>Priorizar escucha, confianza, adaptación cultural, validación del malestar y ausencia de juicio.</p>
 <p><b>REDUCIR BARRERAS DE ACCESO</b></p>	<p>Explicar recursos con claridad, acompañar, flexibilizar, coordinar y facilitar mediación o interpretación.</p>
 <p><b>EXPLORAR LA FUNCIÓN DEL JUEGO</b></p>	<p>Identificar si actúa como escape, regulación emocional, expectativa económica, pseudoacogida social o respuesta al vacío.</p>
 <p><b>FORTALECER FACTORES PROTECTORES</b></p>	<p>Activar apoyos familiares y comunitarios, rutinas, integración social, empleo, formación, participación comunitaria y hábitos saludables.</p>
 <p><b>TRABAJAR EL ACCESO DIGITAL AL JUEGO</b></p>	<p>Incluir alfabetización digital crítica, análisis funcional del móvil y estrategias de control del entorno.</p>
 <p><b>ENTENDER LA RECAÍDA COMO PARTE DEL PROCESO</b></p>	<p>Evitar respuestas punitivas y reforzar seguimiento, revisión de riesgos y readaptación del plan.</p>
 <p><b>COORDINAR CON OTROS RECURSOS</b></p>	<p>No intervenir de forma aislada; activar red sanitaria, social, jurídica, educativa y comunitaria.</p>

La intervención en trastorno por juego con población inmigrante debe orientarse a una respuesta clínica y psicosocial que combine competencia cultural, comprensión del proceso migratorio, abordaje del malestar emocional, fortalecimiento de factores protectores y coordinación interinstitucional. El objetivo no es únicamente reducir o extinguir la conducta de juego, sino favorecer procesos de recuperación, integración y bienestar sostenibles.

Fuente: Elaboración propia a partir de las aportaciones formuladas por las personas ponentes en las formaciones de febrero y marzo de 2026.

## ANEXO II:

### CUADRO-RESUMEN COORDINACIÓN ENTRE ENTIDADES Y DERIVACIÓN EFECTIVA

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
FINALIDAD GENERAL	Garantizar una intervención en trastorno por juego dirigida a población inmigrante que sea adecuada, adaptada, específica, integral e interseccional.
OBJETIVO OPERATIVO	Reforzar la coordinación entre entidades y servicios para facilitar circuitos de derivación eficaces, accesibles y ajustados a las necesidades de cada persona.
ENTIDADES DERIVANTES HACIA FEJAR	Asociaciones, centros de acogida o atención a personas refugiadas, unidades de conductas adictivas, ayuntamientos, unidades de salud mental y otros recursos comunitarios que trabajen con población inmigrante.
DESTINO DE LA DERIVACIÓN	Asociaciones integradas en FEJAR y servicio de terapia en línea de FEJAR.
MOTIVO DE DERIVACIÓN HACIA FEJAR	Detección de necesidades de prevención, orientación o intervención terapéutica relacionadas con el trastorno por juego.
ENTIDADES DERIVANTES DESDE FEJAR	Asociaciones y recursos de FEJAR que, en el desarrollo de la intervención, identifiquen necesidades complementarias en personas inmigrantes atendidas.
DESTINO DE LA DERIVACIÓN DESDE FEJAR	Recursos sociales, sanitarios, psicológicos, comunitarios o especializados existentes en el ámbito territorial correspondiente.
MOTIVO DE DERIVACIÓN DESDE FEJAR	Favorecer la rehabilitación integral, promover el bienestar físico, emocional y social, y facilitar la cobertura de necesidades básicas..
MODELO DE COORDINACIÓN	Bidireccional, colaborativo e interinstitucional.
RESULTADO ESPERADO	Continuidad asistencial, mejor articulación entre recursos y respuesta integral ajustada a la situación de cada persona.

Fuente: Elaboración propia a partir de las aportaciones formuladas por las personas ponentes en las formaciones de febrero y marzo de 2026.

## ANEXO III:

### CUADRO-RESUMEN PREVENCIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL

EJE	CLAVE OPERATIVA
 <p><b>PREVENCIÓN TEMPRANA</b></p>	<p>Detectar señales de riesgo en recursos de acogida, ámbito educativo y dispositivos comunitarios</p>
 <p><b>INTERVENCIÓN INTEGRAL</b></p>	<p>Incorporar variables clínicas, sociales, culturales y migratorias en la evaluación y el acompañamiento</p>
 <p><b>REDUCCIÓN DE VULNERABILIDAD</b></p>	<p>Actuar sobre aislamiento, estrés, trauma, ociosidad, precariedad y barreras de acceso a recursos.</p>
 <p><b>TRABAJO COMUNITARIO</b></p>	<p>Favorecer redes de apoyo, participación social y alternativas de ocio saludable</p>
 <p><b>REINSERCIÓN SOCIAL</b></p>	<p>Vincular la recuperación a empleo, vivienda, regularización y reorganización de la vida cotidiana</p>
 <p><b>ACOMPañAMIENTO TERPÉUTICO</b></p>	<p>Mantener una intervención flexible, continuada y culturalmente competente.</p>
 <p><b>FACTORES DE PROTECCIÓN</b></p>	<p>Mantener una intervención flexible, continuada y culturalmente competente</p>
 <p><b>OBJETIVO FINAL</b></p>	<p><b>PROMOVER RECUPERACIÓN ESTABLE, AUTONOMÍA PERSONAL E INCLUSIÓN SOCIAL</b></p>

Fuente: Elaboración propia a partir de las aportaciones formuladas por las personas ponentes en las formaciones de febrero y marzo de 2026.

## ANEXO IV:

### CUADRO-RESUMEN. BUENAS PRÁCTICAS PARA LA INTERVENCIÓN EN TRASTORNO POR JUEGO EN POBLACIÓN MIGRANTE

ÁMBITO DE ACTUACIÓN	BUENAS PRÁCTICAS	FINALIDAD OPERATIVA
ACCESO A DERECHOS	Garantizar el acceso universal a los recursos sociales y sanitarios con independencia de la situación administrativa	Reducir barreras de entrada, favorecer la equidad asistencial y prevenir el agravamiento clínico y social
ADAPTACIÓN DE RECURSOS	Desarrollar recursos específicos o adaptar los ya existentes para población migrante con adicciones	Ajustar la intervención a necesidades culturales, sociales, lingüísticas y administrativas específicas
CAPACITACIÓN PROFESIONAL	Reforzar la formación en adicciones de las y los profesionales que trabajan con población vulnerable.	Mejorar la detección precoz, la evaluación del riesgo y la intervención temprana
COMPETENCIA INTERCULTURAL	Incorporar formación en interculturalidad y perspectiva de género interseccional	Favorecer intervenciones culturalmente pertinentes, no estigmatizantes y sensibles a desigualdades múltiples
COORDINACIÓN INSTITUCIONAL	Crear mesas de diálogo entre las redes de migración y adicciones	Mejorar la coordinación, la derivación, la continuidad asistencial y el abordaje integral de los casos
INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN	Disponer de un repositorio actualizado de recursos y servicios	Facilitar la orientación profesional, reducir pérdidas de seguimiento y optimizar el acceso a dispositivos adecuados
MODELO DE INTERVENCIÓN	Ampliar los recursos desde una perspectiva preventiva, de reducción del riesgo y de reducción del daño	Sostener el vínculo terapéutico, aumentar la adherencia y ofrecer respuestas graduales y realistas
SOSTENIBILIDAD DE EQUIPOS	Mejorar las condiciones laborales de quienes intervienen con poblaciones vulnerabilizadas	Favorecer la estabilidad de los equipos, la calidad del acompañamiento y la continuidad terapéutica
DOTACIÓN PROFESIONAL	Incrementar el número de profesionales en los recursos	Responder a la complejidad biopsicosocial de los casos y mejorar la atención interdisciplinar
ACCESIBILIDAD COMUNICATIVA	Reforzar la presencia de intérpretes y mediación cultural	Reducir barreras idiomáticas y culturales, mejorar la comprensión mutua y fortalecer la adherencia
PERSPECTIVA DE CUIDADOS	Facilitar el acceso con menores a cargo, especialmente en recursos dirigidos a mujeres con adicciones	Evitar exclusión asistencial derivada de las responsabilidades de cuidado y favorecer la continuidad del tratamientos
CALIDAD DEL ENTORNO	Garantizar condiciones adecuadas de salubridad en los recursos	Asegurar entornos dignos, seguros y coherentes con un enfoque de derechos y de atención de calidad

Fuente: elaboración propia a partir de las aportaciones formuladas por las personas ponentes en las formaciones de febrero y marzo de 2026.

## ANEXO V:

# ENTIDADES INTEGRADAS EN FEJAR

### ABAJ

Asociación Burgalesa para la Rehabilitación del Juego Patológico  
c/ Cruz Roja, s/n. / 09006 Burgos  
Tel. 627 409 707  
administrador@ludopatiaburgos.es - [www.ludopatiaburgos.es](http://www.ludopatiaburgos.es)



### ACAJER

Asociación Cacerreña de Jugadores de Azar en Rehabilitación  
c/ Valdesalor, 1, 4º C / 10005 Cáceres  
Tel. 610 392 497  
nuevoacajer@gmail.com - [www.acajer.es](http://www.acajer.es)



### ACOJER

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



### AEXJER

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



### AFAVAL

Asociación de familias AFAVAL  
c/ Atarazana, 25 / 06800 Mérida (Badajoz).  
Tel. 633 305 165 / 657 944 367  
afavalextramadura@gmail.com - [www.afavalextramadura.blogspot.com](http://www.afavalextramadura.blogspot.com)



### AGAJA

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



### AGALURE

c/ Pasteur, 30 / 15008 A Coruña  
Tel. 981 289 340  
Lugo Tel. 982 991 670  
agalure@agalure.com - [www.agalure.com](http://www.agalure.com)



### AJER

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



**AJUPAREVA**

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



**ALUBIZ BILBAO**

Asoc. de Afectados por la Ludopatía y otras Adicciones Sin Sustancia  
 Alubiz-Bilbao  
 c/ San Nicolás de Olabeaga, 25, 1º C / 48013 Bilbao (Vizcaya)  
 Tel. 640 386 115  
 alubiz.bilbao@gmail.com - [www.ekintzaaluviz.com](http://www.ekintzaaluviz.com)



**AMETAC**

Asociación Madrileña para el Estudio y Tratamiento de Adicciones Conductuales  
 Paseo Reina Cristina, 6, piso 1, of. 2. Barrio Pacífico en Distrito Retiro / 28014 Madrid  
 Tel. 604 234 382  
 info.ametac@gmail.com - [www.ametac.org](http://www.ametac.org)



**APAL**

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



**APREX**

Asociación de Personas en Riesgo de Exclusión Social Don Benito  
 Paseo de Feval, s/n Módulo 1. Primera Planta. / 06400 Don Benito (Badajoz)  
 Tel. 672 693 722  
 aprex@aprex.org - [www.aprex.wordpress.com](http://www.aprex.wordpress.com)



**ARALAR**

Asociación Ludópatas de Navarra  
 C/ Miguel Astrain, 10. Entreplanta / 31006 Pamplona  
 Tel. 848 41 48 49 / 665 802 545  
 asociacionaralar@yahoo.es - [www.asociacionaralar.org](http://www.asociacionaralar.org)



**ASEJER**

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



**EKINTZA ALUVIZ**

Asociación de Ayuda a Ludópatas de Vizcaya  
 c/ San Juan, 26 Bajo / 48901 - Barakaldo (Bizkaia)  
 Tel. 944 388 665  
 ekintza.aluviz@telefonica.net - [www.ekintzaaluviz.com](http://www.ekintzaaluviz.com)



**LAR**

Ludópatas Asociados Rehabilitados  
 c/ Escritor Rafael Pavón, 3 / 14007 - Córdoba  
 Tel. 957 257 005  
 asoc.cordobesa.lar@gmail.com - [www.larcordoba.com](http://www.larcordoba.com)



**LARCAMA**

Ludópatas Asociados en Rehabilitación de Castilla La Mancha  
 Sede Toledo:  
 Fundación Fislem. Avda. Purísima Concepción, 31 Bis / 45006 Toledo  
 Tel. 615 838 206  
 toledo@larcama.com - [www.larcama.com](http://www.larcama.com)  
 Sede Ciudad Real:  
 Avda Pío XII s/n (Centro de Especialidades) / 13002 Ciudad Real  
 Tel. 633 443 483  
 ciudadreal@larcama.com - [www.larcama.com](http://www.larcama.com)



**LARPA**

Ludópatas Asociados en Rehabilitación del Principado de Asturias  
c/ Juan Antonio Vallejo-Nágera Botas, 1, Bajo / 33013 Oviedo (Asturias)  
Av. Constitución nº58, 2ºA / 33207 Gijón (Asturias)  
Tels. 984 181 183 / 667 796 862  
larpa@larpa.es - [www.larpa.es](http://www.larpa.es)



**NUEVA ESPERANZA**

Asociación de Ayuda a Jugadores en Rehabilitación de la Región de Murcia  
Pza. de San Julián, 5, 3ºC / 30004 Murcia  
Tel. 647 858 761  
nuevaesperanzamurcia@hotmail.com - [www.asocnuevaesperanza.com](http://www.asocnuevaesperanza.com)



**NUEVA VIDA**

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



**PATIM**

Asociación para la Intervención e Integración en Adicciones y Otras Conductas  
*Sede Castellón:*  
Plaza Tetuán, 9 / 12001 Castellón de la Plana  
Tel. 635 898 568  
*Sede Valencia:*  
c/ Guillem Despuig, 9, bajo / 46018 Valencia  
Tel. 961 113 627 / 641 763 034  
patim@patim.org - [www.patim.org](http://www.patim.org)



**VIDA LIBRE**

Asociación Alicantina de Afectados por la Ludopatía y Otras Adicciones  
c/ Serrano, 5 Bajo / 03003 Alicante  
Tel. 966 377 779 / 644 845 992  
vidalibre.ludopatia@gmail.com - [www.vidalibre-alicante.org](http://www.vidalibre-alicante.org)



**FAJER**

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



**FECYLJAR**

Federación Castellano Leonense de Jugadores de Azar Rehabilitados  
Avda. del Valle de Esqueva, 8 / 47011 Valladolid  
Tel. 635 957 473  
federacioncyl@ajupareva.es - [www.fecyljar.es](http://www.fecyljar.es)





[www.fejar.org](http://www.fejar.org)

Tel. 900 200 225

FINANCIADO POR:



MINISTERIO  
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO  
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS