



Facultad de Psicología

Trabajo de
fin de máster

La relación entre
apoyo social
y tratamiento y recaída
en el juego patológico

Una revisión de la literatura
y propuesta de intervención

Autora del TFM

Lucía Lorenzo Fernández

Máster en Psicología:

Especialidad en Psicología de la Intervención Social y Comunitaria

Curso 2020-2021

Trabajo de Fin de Máster presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del Máster en Psicología

Índice

Índice.....	2
Resumen.....	5
Abstract.....	6
Introducción	7
Características del Juego Patológico	7
Definición y modelos de Apoyo Social.....	9
Importancia del apoyo social en el tratamiento del abuso de sustancias.....	11
Apoyo social y juego patológico	13
Objetivos del trabajo	14
Método	15
Búsqueda inicial	15
Búsqueda sistemática	16
Búsqueda manual	16
Resultados.....	18
1 Principales características de los estudios.....	32
1.1 Objetivos de las investigaciones en relación con el apoyo social	33

1.2	Instrumentos de medida del apoyo social.....	34
2	Resultados obtenidos en los estudios seleccionados.....	35
2.1	Apoyo social durante el tratamiento.....	35
2.1.1	Severidad de la conducta de juego y apoyo social.....	35
2.1.2	Búsqueda de tratamiento y apoyo social.....	36
2.1.3	Características del apoyo social.....	37
2.1.4	Adherencia al tratamiento y apoyo social.....	38
2.1.5	Éxito o fracaso en el tratamiento y apoyo social.....	38
2.1.6	Provisión de apoyo social.....	39
2.2	Apoyo social y mantenimiento de la abstinencia tras el tratamiento	39
2.3	Apoyo social y recaída	40
2.4	El apoyo social como estrategia para el control de la conducta de juego	41
	Discusión	43
	Limitaciones.....	45
	Líneas de investigación futuras	46
	Propuesta de intervención.....	47
1	Introducción	47
1.1	Fundamentación teórica de la propuesta	47
1.2	Contexto de implantación de la intervención	48
2	Población objetivo	50
3	Objetivos generales y específicos	51
4	Evaluación.....	52
5	Procedimiento	53
6	Cronograma.....	55
7	Sesiones y actividades.....	57
7.1	Sesiones con el grupo de jugadores.....	57

7.2	Sesiones con el grupo de familiares	65
8	Recursos necesarios y presupuesto	69
8.1	Recursos necesarios.....	69
8.2	Presupuesto	70
Conclusiones		71
Referencias bibliográficas		73
Índice de tablas.....		78
Índice de figuras.....		79

Resumen

El juego de azar es un tipo de juego en el que una cantidad monetaria se arriesga para conseguir una ganancia mayor. En ocasiones, las personas que juegan pueden desarrollar conductas problemáticas que requieren de un abordaje que va más allá de la intervención individual. En estos contextos, el refuerzo del apoyo social y familiar es esencial. Diversos autores han analizado la relación entre apoyo social y juego patológico, pero sus aportaciones han sido dispares. Es por eso que existe la necesidad de profundizar en este ámbito de estudio y explorar la aplicación de estos conocimientos en la intervención. El propósito de este trabajo era llevar a cabo una revisión sistemática de la investigación psicológica sobre la relación entre el apoyo social y el tratamiento y la recaída en el juego patológico, así como elaborar una propuesta de intervención relacionada. Para ello se realizó una revisión bibliográfica en la que se seleccionaron 24 estudios. La revisión de los estudios mostró que el apoyo social tenía un efecto positivo sobre el tratamiento del juego patológico y sobre otros aspectos relacionados con este, como la búsqueda de tratamiento y la abstinencia postratamiento. Los resultados sobre la capacidad predictora del apoyo social en el caso de la recaída no son concluyentes. Respecto al papel del apoyo social en la intervención, son escasos los estudios que lo abordan. Las estrategias relativas al apoyo social que son analizadas se han tenido en consideración en el diseño de la propuesta de intervención de este trabajo.

Palabras clave:

Apoyo social, juego patológico, tratamiento, recaída.

Número de palabras del trabajo:

19.142

Abstract

Gambling is a type of game in which a monetary amount is risked to obtain a bigger profit. Sometimes people who gamble can develop problematic behaviors that require an approach that goes beyond individual intervention. In this context, strengthening social and family support is essential. Several authors have analyzed the relationship between social support and pathological gambling, but their contributions have been mixed. For this reason, there is a need to deepen the knowledge in this field of study and explore its application in intervention. The purpose of this paper was to conduct a systematic review of the psychological research on the relationship between social support and treatment and relapse in pathological gambling, as well as to develop a related intervention proposal. To this end a bibliographic review was conducted, from which 24 studies were selected. The review of the studies showed that social support had a positive effect on the treatment of pathological gambling and other aspects related to it, such as search for treatment and post-treatment abstinence. The results on the predictive capacity of social support in the case of relapse are inconclusive. Regarding the role of social support in intervention, few are the studies that address it. The social support strategies analyzed have been considered in the design of the intervention proposal for this paper.

Keywords:

Social support, pathological gambling, treatment, relapse.

Introducción

El presente trabajo explora la relación entre el Apoyo Social (AS) y el Juego Patológico, desde la perspectiva del potencial efecto del apoyo social sobre el tratamiento y la recaída en este trastorno.

A lo largo de la introducción, se hará una breve exposición sobre el juego patológico como trastorno y sobre el apoyo social como constructo, así como del empleo de AS en la intervención sobre diferentes trastornos adictivos.

Características del Juego Patológico

Según la Real Academia Española (2020), el juego de azar es “un juego cuyo resultado no depende de la habilidad o destreza de los jugadores, sino exclusivamente de la suerte”. Más allá de que existan diferentes opiniones sobre si la habilidad juega un papel en algunos juegos que en principio son de azar, podemos añadir que el juego de azar es un tipo de juego en el que una cantidad monetaria u objeto con valor económico se arriesga para conseguir una ganancia mayor (Navas & Perales, 2020).

Por supuesto, el juego de azar está presente en muchas sociedades y culturas, sin que por ello las personas que juegan desarrollen un trastorno o una conducta problemática. Hay muchos motivos para jugar que las personas manifiestan: financieros, sociales, de diversión o como distracción o forma de evitar estados afectivos no deseados, entre otros (Navas & Perales, 2020). El juego presencial es la modalidad de juego más empleada (salas de apuestas,

tragaperras, casino, concursos, apuestas hípicas, juegos de cartas...), pero en los últimos años, el juego *online* se ha vuelto más popular. Independientemente de la modalidad, un 76% de personas afirmaban haber participado en juegos de azar en el Estudio sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azar en España (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA], 2017).

El juego patológico como trastorno de adicción excede la experiencia de juego como mera actividad de ocio. Se trata de un trastorno multicausal, en el cual se integran factores de riesgo biológicos, psicológicos (impulsividad y búsqueda de sensaciones, déficits en estrategias de afrontamiento y solución de conflictos, etc.) y ambientales, como el género y la edad, pero también la disponibilidad y oferta del juego, entre otros.

En él destacan la sensación de pérdida de control sobre la conducta de juego, los intentos de recuperar ese control y la continuación de la conducta para recuperar los bienes perdidos a causa de esta. La conducta de juego, para muchas personas, está también íntimamente ligada a un estado alterado de conciencia, similar a un trance, y que se conoce como la “zona” (Navas & Perales, 2020). Estos y otros síntomas recogidos en la tabla 1 provocan un gran malestar a la persona afectada.

El índice de prevalencia del juego patológico en España, según datos de 2015, es de un 0,9% de jugadores patológicos, de un 1% de jugadores problemáticos y de un 4,4% de jugadores con algún tipo de riesgo. Los valores se reducen a 0,3 %, 0,6 %, y 2,6% teniendo en cuenta los datos del año anterior en lugar de los totales (OEDA, 2017). La edad media de inicio en el juego se halla en los 19 años, pero un 44,8% de las personas que presentan patología relacionada con el juego reconoce haber jugado antes de los 18 años (OEDA, 2017). Esto es consistente con la idea de que los problemas con la conducta de juego suelen comenzar en la adolescencia en los hombres y en edades más avanzadas en mujeres (OEDA, 2019).

En los últimos años, especialmente tras la legalización del juego *online* en España la edad de inicio y el tiempo de desarrollo de la adicción han ido disminuyendo (FEJAR, 2018). La amplia oferta y la publicidad intensa del juego *online*, así como las estrategias de *marketing* agresivas y dirigidas a los jóvenes han contribuido a un aumento del número de personas con problema de adicción al juego y a un cambio en los perfiles de los jugadores (siendo estos más jóvenes y con un mayor nivel de estudios). Además, aunque un 83% de los jugadores *online*

son hombres, se ha producido un incremento del 53% en el número de mujeres jugadoras, respecto a los datos de 2014 (OEDA, 2017).

Tabla 1

Criterio A de Juego patológico (DSM-5; APA, 2013).

- | |
|--|
| <p>A. Juego patológico problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta cuatro (o más) de los siguientes criterios durante un periodo de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.2. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.3. Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.4. A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (p. ej. reviviendo continuamente con la imaginación experiencias de apuestas pasadas, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar).5. A menudo apuesta cuando siente desasosiego (p. ej. desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).6. Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar (“recuperar” las pérdidas).7. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.9. Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego. |
|--|

Definición y modelos de Apoyo Social

Definir el apoyo social como la provisión de apoyo como un acto de ayuda a otras personas no es lo suficientemente específico ni operativo, pues podría abarcar muchos aspectos distintos de las relaciones sociales y de la interacción (Lin, 1986).

Ha habido muchos intentos de definir el apoyo social y también muchos conceptos paralelos a este, como la integración social o *social integration* de Myers, la fuerza del ego o *ego strength* de Nuckolls, y otras variables que se han empleado como forma de medida, como

el estado civil (Lin, 1986). El concepto del apoyo social se popularizó a partir de 1970, mediante los trabajos de Cassel, Cobb y Caplan (Song et al., 2011).

Lin (1986) ofrece una definición “sintética” del Apoyo Social consistente en la provisión instrumental o expresiva/emocional, percibida o real de este, por parte de la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas y de confianza que se dan entre dos personas. Esta definición es especialmente interesante, pues sugiere la importancia de tanto el apoyo percibido por el individuo como aquel que realmente llega a recibir. Otras concepciones multidimensionales del concepto, como la de Laireiter y Baumann incluyen de igual manera el apoyo percibido, además del recibido y el realizado o provisto, que algunos estudios tienen también en cuenta (Hombrados, 2013).

El apoyo social se ha estudiado desde varias perspectivas diferentes. Desde la perspectiva funcional, el apoyo se clasifica en emocional, material o instrumental e informativo (Hombrados, 2013). El apoyo emocional incluye la provisión de cariño y el acto de reconfortar a la persona, mientras que el instrumental consiste en la provisión de asistencia tangible en forma de servicios, dinero o bienes, y el informativo ocurre cuando un individuo ayuda a otro a comprender un evento estresante y a averiguar qué recursos y estrategias de afrontamiento pueden ser necesarios para lidiar con él (Taylor, 2011).

Por parte de la perspectiva estructural, el interés se centra en el análisis de la red social. Autores como Kaplan, Cassel y Gore apuntan a que el apoyo social es el contenido de los vínculos sociales y es contingente con las características estructurales y de interacción de las redes sociales (Song et al., 2011). Entre estas características de la red, las más estudiadas serían el tamaño, la composición y la calidad del apoyo, la densidad, la reciprocidad, la frecuencia, la multiplicidad, la dispersión y la homogeneidad (Hombrados, 2013).

Por último, la perspectiva contextual analiza la naturaleza y características del estresor, la valoración del sujeto sobre el apoyo recibido y las fuentes de apoyo (Hombrados, 2013).

Como vemos, existen diferentes formas de definir y operativizar el apoyo social, que los investigadores también emplean en su análisis de la relación entre el apoyo y el tratamiento de las conductas adictivas.

Importancia del apoyo social en el tratamiento del abuso de sustancias

Existen estudios que han analizado el efecto del apoyo social en el tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de diversas sustancias. En estas investigaciones, el apoyo social se estudia en diferentes momentos (durante el desarrollo del problema; antes, durante o después del tratamiento) y desde diferentes perspectivas (apoyo percibido y apoyo recibido, apoyo emocional e instrumental, etc.). A continuación, se presentarán algunos resultados interesantes del efecto del apoyo social en el tratamiento de los trastornos adictivos, teniendo en cuenta estos momentos y perspectivas.

En cuanto a la aparición de los trastornos adictivos, hay estudios que indican que el apoyo social juega un papel importante en el desarrollo del abuso de sustancias (Petry & Weiss, 2009). Los déficits en el apoyo social han sido relacionados de forma consistente con la aparición de problemas con el consumo de alcohol y diversas drogas ilegales, así como con adicciones conductuales como el juego patológico y el abuso de videojuegos (Kim & Hodgins, 2018). Aquellos individuos sin redes sociales fuertes, compuestas por familiares y amigos que puedan proporcionar el apoyo social adecuado, tienen una mayor probabilidad de desarrollar conductas adictivas (Petry & Weiss, 2009).

El apoyo social también muestra una relación inversa con la severidad de los síntomas físicos y psicológicos mostrados por diferentes muestras. Entre los síntomas relacionados con un peor apoyo social, destaca la gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión (Petry & Weiss, 2009). La ausencia de apoyo social correlaciona con síntomas depresivos, ansiedad y desesperanza en personas dependientes de alcohol y otras drogas (Montesinos et al., 2016).

En otros estudios, los pacientes con un bajo apoyo social muestran también una mayor severidad del abuso del alcohol u otras sustancias (Dobkin et al., 2002). Por el contrario, unos niveles más altos de apoyo social percibido (emocional e instrumental) se han relacionado con menos síntomas de depresión en el tratamiento del alcoholismo (Dobkin et al., 2002).

Una vez que los problemas de abuso de sustancias o de juego ya se han desarrollado, es más probable que aquellas personas con redes sociales más fuertes comiencen antes la búsqueda de ayuda o tratamiento profesional y obtengan más beneficios de esta ayuda o

tratamiento (Petry & Weiss, 2009). En general, se considera que familia y amigos pueden ser un factor importante durante el proceso de rehabilitación. Pese a estos resultados prometedores, debemos tener en cuenta la perspectiva de que en muchas ocasiones, estas redes de apoyo ya han sido deterioradas por el consumo o por el juego, especialmente si estos se han dado durante un largo período de tiempo. Podemos ver cómo en muestras españolas, el porcentaje de personas solteras, separadas o divorciadas se incrementa a medida que la problemática con el juego empeora (OEDA, 2017).

En cuanto a la intervención en los trastornos adictivos, el refuerzo del apoyo social y familiar se ha empleado a menudo en el tratamiento de los trastornos adictivos, pues se considera que tiene ciertos beneficios terapéuticos. Entre estas intervenciones, destacan las terapias grupales y los programas de doce pasos en los que se recibe el apoyo de un *sponsor* o padrino, así como las terapias de familia y pareja (Kim & Hodgins, 2018).

Algunos autores expresaban en los años ochenta y noventa que la investigación sobre la relación entre apoyo social y trastornos adictivos no era abundante, pero pese a ello se consideraba que el apoyo social tenía una influencia positiva y significativa en el éxito en el tratamiento (Havassy et al., 1991).

Hoy en día, diversos estudios sugieren que los pacientes que se sienten más apoyados por sus familias o por los técnicos sanitarios presentan un mejor pronóstico, y que este factor puede contribuir a la adherencia al tratamiento. El apoyo social parece contribuir también al éxito en el tratamiento del alcoholismo y la adicción a otras drogas, bajo la concepción de que el apoyo social puede funcionar como un amortiguador ante estados de ánimo negativos (Montesinos et al., 2016).

En el caso de que se consiguiera un resultado positivo en el tratamiento, hay datos que indican que el apoyo social también ayuda a mantener la abstinencia durante el seguimiento o postratamiento. Ciertos estudios indican que un mayor apoyo social está asociado con una abstinencia más larga entre personas fumadoras y alcohólicas (Havassy et al., 1991). Estos resultados se dan también entre pacientes consumidores de cocaína, encontrando que aquellos que reportaban mayores niveles de apoyo emocional durante el seguimiento (12 semanas) tenían una mayor probabilidad de mantener la abstinencia durante ese período (Dobkin et al., 2002).

Sobre el apoyo social, no solo se han constatado sus efectos positivos sobre el tratamiento, sino también los efectos negativos de su ausencia. Una falta de apoyo social se ha asociado con peores resultados en el tratamiento de trastornos adictivos (Kim & Hodgins, 2018).

Esta falta se ha asociado también con un incremento en la probabilidad de recaída dentro del tratamiento (Havassy et al., 1991), siendo un precipitante de esta en el consumo de sustancias y el juego patológico (Petry & Weiss, 2009). De igual manera, la ausencia de una red social fuerte podría estar relacionada con la recaída postratamiento (Havassy et al., 1991).

Apoyo social y juego patológico

Por lo general, se considera que el apoyo social es un constructo ausente en la mayor parte de los modelos teóricos relacionados con el juego (Thomas et al., 2009). A lo largo del apartado anterior hemos podido ver cómo hay cierta evidencia aislada sobre el efecto del apoyo social en el juego patológico. Algunos autores relacionan los déficits en el apoyo social con la expresión del trastorno de juego patológico (Thomas et al., 2009), mientras que otros indican que un apoyo social pobre puede ser un factor precipitante de la recaída en el juego (Petry & Weiss, 2009). También hay datos, aunque no concluyentes, que indican que el apoyo social modera la relación entre el afecto negativo y el control sobre la conducta de juego (Thomas et al., 2009).

En cuanto al tratamiento, algunos estudios previos han planteado que ya que el juego patológico y el abuso del alcohol o de otras sustancias tienen puntos en común, no es descabellado asumir que los predictores del éxito en el tratamiento de esas problemáticas podrían ser similares a los del juego patológico (Cummings & Gambino, 1992).

El tratamiento del juego patológico bebe en gran medida de los programas de tratamiento de otras adicciones, por lo general, con un gran énfasis en la abstinencia (Cummings & Gambino, 1992). La abstinencia es la meta y la duración de la abstinencia suele ser una de las medidas de la efectividad del tratamiento (Avery & Davis, 2008).

De entre estos tratamientos, las terapias grupales son las más usadas para el juego problemático o patológico, así como las terapias de familia y pareja (Hutchison et al., 2018). Uno de los mayores problemas que podemos encontrar es que el estrés continuado relacionado con el juego puede agotar los recursos de apoyo social, volviendo reacios a familiares y amigos en cuanto a seguir proporcionando ese apoyo (Thomas et al., 2009).

Objetivos del trabajo

El principal propósito de este trabajo es llevar a cabo una revisión sistemática de la investigación psicológica sobre la relación entre el apoyo social y el tratamiento o la recaída en el juego patológico. Nos interesa conocer si el apoyo social tiene un efecto positivo sobre el tratamiento o el éxito en el mismo, así como si tiene un efecto protector sobre la recaída, como parecen indicar los datos sobre el apoyo social en otros trastornos adictivos. Además, esta información se empleará para el diseño de un programa de intervención propio.

En el apartado siguiente, se describirá el proceso de búsqueda de información sobre la relación entre el apoyo social y el juego patológico, de acuerdo con la finalidad del trabajo. Posteriormente, se analizarán los artículos resultantes de esa búsqueda.

Método

La búsqueda se realizó en tres bases de datos: PsycINFO, Psychology Database y PubMed. Además, se consultó ProQuest Dissertations & Theses Global, con la intención de identificar temas y palabras clave relevantes en relación con el objetivo del trabajo.

Se detalla a continuación la búsqueda en cada una de sus fases.

Búsqueda inicial

La primera fase de la búsqueda consistió en identificar palabras clave relacionadas con el objetivo del trabajo. Se realizó también una búsqueda inicial en PsycINFO, ProQuest Dissertations & Theses Global y Psychology Database, con la intención de localizar otras posibles palabras clave y hacer una estimación del volumen general de literatura sobre el tema.

Se escogieron los términos más frecuentes. Estos fueron *gambl**, *social support*, *family support*, *relapse*, *relapse prevention*, *treatment*, *treatment outcome*, *drop out*. Se incluyeron en un primer momento algunos términos de búsqueda adicionales como *recovery*, *rehabilitation*, *significant other* y *treatment compliance*, debido a que aparecían junto a los anteriores en la búsqueda inicial. Sin embargo, se descartaron porque los resultados eran escasos o estaban incluidos entre aquellos que proporcionaban el resto de los términos.

Búsqueda sistemática

La siguiente fase de la búsqueda se centró en PsycINFO, Psychology Database y PubMed.

En la búsqueda en estas tres bases de datos, se emplearon los términos *gambling*, *social support*, *treatment* y *relapse*. Los cuatro se buscaron en el *abstract* o resumen de los documentos. *Gambling* se empleó truncado (*gambl**), para no excluir resultados que pudieran ser relevantes; mientras que *social support* se empleó entrecomillado para evitar artículos que se desviaran del tema principal. La secuencia de búsqueda quedaría, por tanto, del siguiente modo: *ab(gambl*) AND ab("social support") AND ab(treatment OR relapse)*. En un primer momento, se obtuvieron 83 resultados, que se redujeron a 52 tras eliminar los duplicados.

Como criterio en cuanto a idioma de la publicación se indicaron el inglés y el español. Debido al reducido número de artículos, no se empleó ninguna limitación temporal. A continuación, se revisaron los resúmenes de las publicaciones hasta seleccionar un total de 25 artículos. En esta selección, se excluyeron aquellos que se alejaban del objetivo del estudio, bien porque no se le daba la relevancia suficiente al apoyo social o porque este se mencionaba solo en el resumen.

Finalmente, esos 25 artículos fueron analizados a texto completo y 20 de ellos fueron incluidos en la revisión.

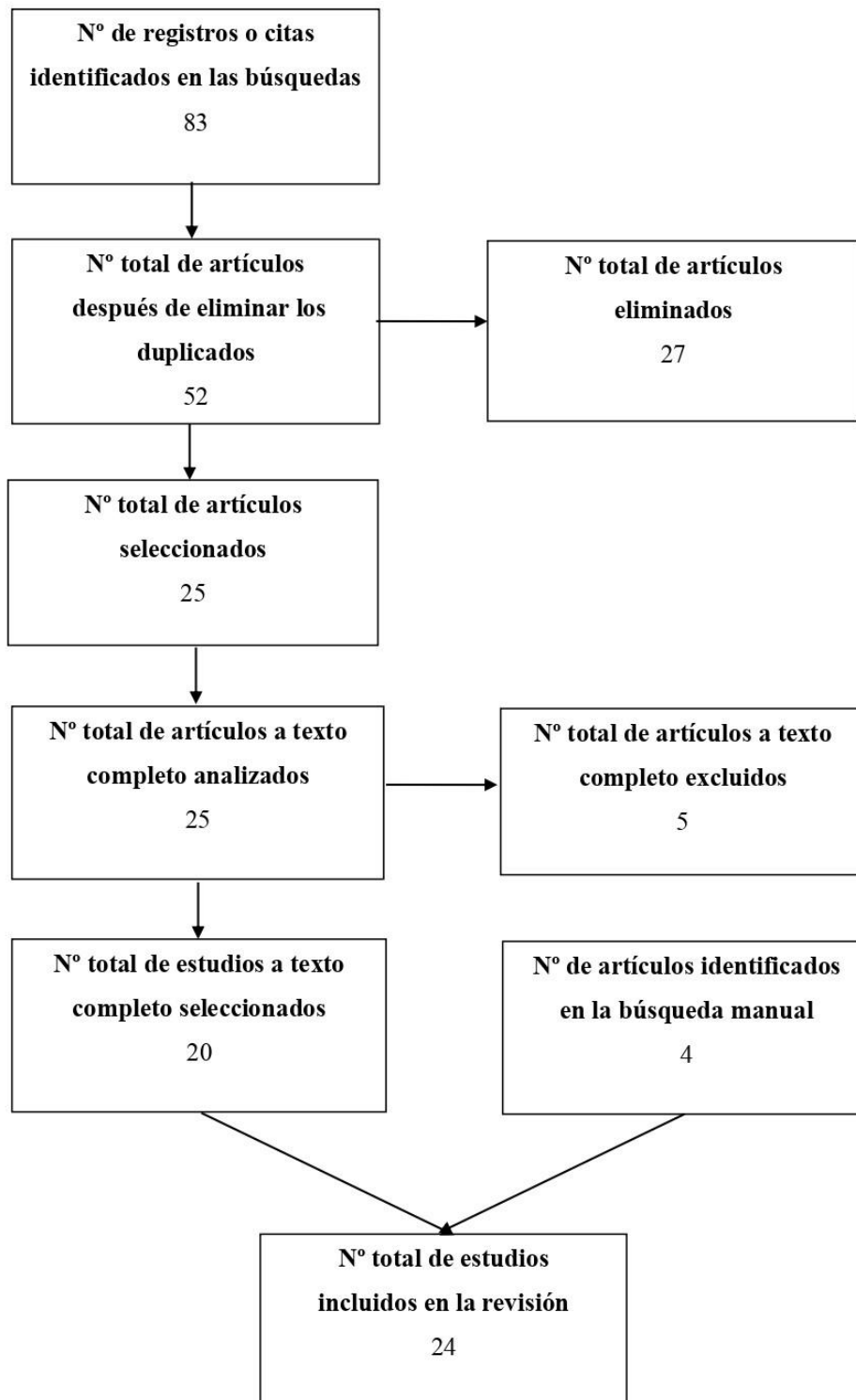
Búsqueda manual

A partir de la bibliografía de los documentos seleccionados en la búsqueda sistemática se realizó una búsqueda manual complementaria, con el fin de localizar artículos adicionales que pudieran ser de relevancia para la revisión. Finalmente, se seleccionaron cuatro artículos que también fueron incluidos en la revisión, dando lugar a un total de 24 artículos.

La búsqueda en las bases de datos se da por finalizada el 28 de octubre de 2020. El proceso de selección de los artículos se recoge en la Figura 1.

Figura 1

Diagrama de Flujo de las Fases de la Búsqueda.



Resultados

A lo largo de las últimas décadas, se han realizado estudios que examinaban la relación entre el apoyo social y el tratamiento y rehabilitación de diversos trastornos adictivos. Algunos de estos estudios se han centrado en investigar las adicciones comportamentales o adicciones sin sustancia, entre las cuales se encuentra el juego patológico.

Siendo el objetivo principal de esta revisión investigar la relación entre el apoyo social y el tratamiento y recaída en el juego patológico, se han examinado un total de 24 artículos, publicados entre el año 1992 y el año 2020. En este apartado se analizarán y se describirán los resultados obtenidos a partir de estos estudios, tratando de proporcionar una visión completa sobre esta relación. El resumen de las investigaciones analizadas se recoge en la Tabla 2. En dicha tabla se incluyen los objetivos de los estudios, datos acerca de las muestras utilizadas, una relación de los instrumentos empleados para la medición del apoyo social y un resumen de los resultados principales de cada estudio.

Tabla 2

Resumen de Características y Resultados de los Estudios.

Autores (año)	Objetivo del estudio	País N.º de participantes (N)	Medida del Apoyo Social (AS)	Resumen de resultados
<i>Cummings & Gambino (1992)</i>	Determinar qué tareas realizadas por los profesionales de un tratamiento para el juego patológico se consideran más importantes por parte de estos para la rehabilitación de los pacientes. Algunas de estas tareas se basan en ayudar al paciente en la identificación del apoyo social (AS) presente en su entorno o la provisión directa de AS por parte del personal clínico o de los grupos de Jugadores Anónimos.	EE. UU. N = 75. Profesionales evaluados: trabajadores/as sociales, consejeros/as, psicólogos/as, psiquiatras, enfermeros/as, terapeutas de rehabilitación, otros.	- Cuestionario compuesto por 89 descripciones de tareas y responsabilidades de los profesionales, que se puntúan según su importancia percibida.	Las tareas se agruparon mediante un análisis de conglomerados. El primer conglomerado de tareas que emergió (denominado “autoayuda y otros sistemas de apoyo”) contenía aquellas que estaban más relacionadas con el AS. Este conjunto de tareas representó el 32,1% de la varianza de respuesta, siendo aquellas a las que los profesionales daban mayor importancia.
<i>Báez et al. (1994)</i>	Analizar las características demográficas, de personalidad y psicopatología de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento. Los autores encuadran la medida del AS dentro del apartado de las variables psicopatológicas, junto con el estrés.	España. N = 64. Pacientes del Programa de Juego Patológico del Centro de Salud Mental de Rentería (País Vasco).	- Escala Autoaplicada para la Evaluación del Estrés-Apoyo Social (Departamento de Salud Mental de California, 1981).	La media obtenida por los participantes en la subescala de Apoyo Social fue: 18,9 ($\sigma = 7,2$). Los autores indicaron que estos datos se encontraban dentro de los niveles medios de AS en personas que sufrían “trastornos angustiosos y depresivos”. Sin embargo, no se puede determinar si esos niveles medios se deben a variables como el tratamiento recibido, por ejemplo. Son datos de carácter descriptivo, por lo que no se puede saber si la puntuación en AS es un efecto del tratamiento o viceversa.

Tabla 2

Resumen de Características y Resultados de los Estudios (cont.).

Autores (año)	Objetivo del estudio	País N.º de participantes (N)	Medida del Apoyo Social (AS)	Resumen de resultados
<i>Hodgins & El-Guebaly (2000)</i>	Estudiar las barreras percibidas a la hora de buscar un tratamiento por parte de los jugadores problemáticos no rehabilitados, así como el proceso de rehabilitación de aquellos que lo han conseguido. El AS se analiza solo en aquellos jugadores que se han rehabilitado, relacionándolo con el Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska, DiClemente & Norcorss, 1992).	Canadá. N = 106. Jugadores rehabilitados: 43. Jugadores no rehabilitados: 63.	- Entrevista estructurada con 7 dimensiones relacionadas con la historia de juego y la historia de rehabilitación.	El 23% de los jugadores rehabilitados mencionó el AS (apoyo familiar o de amigos) como una razón relevante para decidir que van a cambiar su conducta (dimensión 4, estadios de contemplación y determinación) y un 30% aludió a él como un factor que ayuda a mantener el cambio en el comportamiento (dimensión 6, estadio de mantenimiento).
<i>Pietrzak & Petry (2006)</i>	Examinar la relación entre la gravedad de los problemas con el juego y el funcionamiento psicosocial de adultos mayores de 60 años. Como variables que forman parte de este funcionamiento, se incluyen el AS y la Soledad.	EE. UU. N = 31. Jugadores patológicos: 21. Jugadores problemáticos: 10. Todos los participantes eran mayores de 60 años.	- <i>UCLA Loneliness Scale</i> (UCLA-LS). - <i>Social Provisions Scale</i> (SPS).	La gravedad de la conducta de juego resulta ser un predictor significativo de las puntuaciones en UCLA y SPS. Los jugadores patológicos puntúan más bajo en el nivel de AS, así como más alto en Soledad, que los jugadores problemáticos. Los resultados sugieren que el apoyo social y familiar podría mediar entre la conducta de juego y el estrés relacionado con la misma.

Tabla 2

Resumen de Características y Resultados de los Estudios (cont.).

Autores (año)	Objetivo del estudio	País N.º de participantes (N)	Medida del Apoyo Social (AS)	Resumen de resultados
<i>Avery & Davis (2008)</i>	Explorar las características de la rehabilitación de mujeres con problemas con el juego. Dentro de estas características, se analiza la importancia percibida por estas mujeres acerca de las personas que forman parte de sus redes de apoyo social, formal e informal.	EE. UU. <i>N</i> = 136. Mujeres que habían logrado mantenerse sin jugar durante 6 meses.	- Cuestionario creado por los propios autores con 5 dimensiones: (a) características demográficas, (b) historia familiar de adicción y salud mental, (c) historia de juego, (d) historia de rehabilitación, (e) beneficios de la rehabilitación. El AS está presente en las dos últimas dimensiones.	Las participantes señalaron que los sistemas de apoyo informales eran los más importantes para su rehabilitación. Entre las personas de estos sistemas de apoyo se valoró a los compañeros de los grupos de Jugadores Anónimos como los más relevantes, siendo mencionados por un 70% de la muestra. Les siguieron amigos/as (40%), pareja (36%), hijos/as (29%) y progenitores (18%).
<i>Oei & Gordon (2008)</i>	Discriminar entre aquellos miembros de Jugadores Anónimos que mantienen la abstinencia de juego y aquellos que recaen dentro de un período de 12 meses. El AS se encuentra entre las variables investigadas en el análisis discriminante.	Australia. <i>N</i> = 75. Miembros de Jugadores Anónimos.	- <i>MOS Social Support Survey</i> (MOS; Sherbourne & Stewart, 1991).	Los resultados revelaron que el AS era una variable significativa a la hora de establecer diferencias entre el grupo de abstinencia y el grupo de recaída. Un nivel más alto de AS se asoció con fases de abstinencia más largas.

Tabla 2

Resumen de Características y Resultados de los Estudios (cont.).

Autores (año)	Objetivo del estudio	País N.º de participantes (N)	Medida del Apoyo Social (AS)	Resumen de resultados
<i>Saint-Charles et al. (2008)</i>	Comparar las características de red social de jugadores de bingo y Terminal de Vídeo Lotería (VLT, del inglés <i>Video Lottery Terminal</i> , Terminal de Vídeo Lotería) en tratamiento y no en tratamiento. Dentro de estas características, se analiza el AS percibido.	Canadá. <i>N</i> = 90. Jugadores de bingo: 30. Jugadores de VLT no en tratamiento: 30. Jugadores de VLT en tratamiento: 30.	- Cuestionario construido por los autores del artículo que contiene preguntas sobre los tipos de apoyo (compañerismo, servicios, apoyo emocional, apoyo financiero) ofrecidos por una persona de la red social.	Los jugadores de VLT que no estaban en tratamiento informaron de redes sociales más pequeñas y densas, con un bajo nivel de AS. Los jugadores de VLT en tratamiento comunicaron tener más personas de su red social que les ofrecían diferentes tipos de apoyo que aquellos que no estaban en tratamiento. La red social de los jugadores de bingo era significativamente más grande que la de los otros dos grupos y contenía tantas personas de apoyo como la red de los jugadores de VLT en tratamiento.
<i>Matheson et al. (2009)</i>	Explorar las asociaciones entre las respuestas de estrés (valoraciones del riesgo de la conducta de juego y estilos de afrontamiento) de los jugadores, sus síntomas depresivos, las actitudes que mantienen hacia la búsqueda de tratamiento y la cantidad síntomas de juego patológico que reportan. Entre las estrategias que componen los estilos de afrontamiento se encuentra la búsqueda de apoyo social.	Canadá. <i>N</i> = 400. Jugadores.	- <i>Survey of Coping Profile Endorsement</i> (SCOPE; Matheson & Anisman, 2003).	Aquellos participantes que estaban más inclinados a emplear la búsqueda de AS como estrategia para afrontar factores estresantes, mantenían actitudes más favorables hacia la búsqueda de tratamiento. De todas las estrategias, solo un nivel bajo en “búsqueda de apoyo social” predijo la conducta de juego en mujeres.

Tabla 2

Resumen de Características y Resultados de los Estudios (cont.).

Autores (año)	Objetivo del estudio	País N.º de participantes (N)	Medida del Apoyo Social (AS)	Resumen de resultados
<i>Petry & Weiss (2009)</i>	Comparar los índices de conductas problemáticas de jugadores patológicos con bajo AS y alto AS. Evaluar la asociación entre los niveles de AS y los resultados del tratamiento a corto y largo plazo.	EE. UU. <i>N</i> = 231. Jugadores patológicos en tratamiento.	- <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i> (MSPSS; Zimet et al., 1988).	Las personas con niveles más bajos de AS al comienzo del estudio mostraron problemas más graves relacionados con el juego, con los síntomas psiquiátricos y con las relaciones familiares. El AS se incrementó a lo largo del tratamiento de los jugadores patológicos, especialmente de aquellos con un nivel bajo de AS en línea base, y se asoció con menos problemas durante el seguimiento.
<i>Thomas et al. (2009)</i>	Examinar las características situacionales y estructurales que influyen en el mantenimiento de la conducta de juego problemático (concretamente en EGM, <i>electronic gaming machine</i> o tragaperras). Entre estas características se encuentra la imposibilidad de acceder al AS. Se entrevista a jugadores como fuente principal de información sobre la experiencia de juego y a consejeros como fuente adicional, que además permite el acceso secundario a muchas otras experiencias de jugadores y a su percepción desde la práctica clínica.	Australia. <i>N</i> = 19. Jugadores de EGM: 13. Consejeros: 6.	- Entrevista semiestructurada sobre la experiencia de juego.	Los participantes no nombraron el AS en las entrevistas realizadas, pero de sus relatos se desprendía que era un tema relevante para ellos. Para la mayor parte de los participantes el AS estaba restringido o era inaccesible, debido a que no tenían pareja, se encontraban en una relación conflictiva/empeorada por el problema con el juego o no querían cargar a sus amigos con sus problemas. Un nivel bajo de AS se relacionó con la continuidad en el juego.

Tabla 2

Resumen de Características y Resultados de los Estudios (cont.).

Autores (año)	Objetivo del estudio	País N.º de participantes (N)	Medida del Apoyo Social (AS)	Resumen de resultados
<i>Thomas et al. (2009)</i>	Examinar las características situacionales y estructurales que influyen en el mantenimiento de la conducta de juego problemático (concretamente en EGM, <i>electronic gaming machine</i> o tragaperras). Entre estas características se encuentra la imposibilidad de acceder al AS. Se entrevista a jugadores como fuente principal de información sobre la experiencia de juego y a consejeros como fuente adicional, que además permite el acceso secundario a muchas otras experiencias de jugadores y a su percepción desde la práctica clínica.	Australia. <i>N</i> = 19. Jugadores de EGM: 13. Consejeros: 6.	- Entrevista semiestructurada sobre la experiencia de juego.	Los participantes no nombraron el AS en las entrevistas realizadas, pero de sus relatos se desprendía que era un tema relevante para ellos. Para la mayor parte de los participantes el AS estaba restringido o era inaccesible, debido a que no tenían pareja, se encontraban en una relación conflictiva/empeorada por el problema con el juego o no querían cargar a sus amigos con sus problemas. Un nivel bajo de AS se relacionó con la continuidad en el juego.
<i>Smith et al. (2010)</i>	Analizar los resultados del tratamiento del servicio estatal australiano de terapia de juego (<i>Statewide Gambling Therapy Service</i> , SGTS) e identificar factores relacionados con el abandono del tratamiento. El AS se encuentra entre los factores investigados.	Australia. <i>N</i> = 127. Jugadores problemáticos.	- <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i> (MSPSS; Zimet et al., 1988).	El AS no resultó un predictor significativo del abandono del tratamiento y no se incluyó en el modelo final de regresión logística.

Tabla 2

Resumen de Características y Resultados de los Estudios (cont.).

Autores (año)	Objetivo del estudio	País N.º de participantes (N)	Medida del Apoyo Social (AS)	Resumen de resultados
<i>Oakes et al. (2011a)</i>	Describir el proceso de recaída en el juego patológico (concretamente en EGM, <i>electronic gaming machine</i> o tragaperras). Identificar posibles factores de riesgo que llevan a una recaída, con la ayuda de cuatro grupos de personas (jugadores, <i>significant others</i> o seres queridos, terapeutas y consejeros) que se considera que tienen un conocimiento profundo sobre este proceso y que pueden aportar perspectivas distintas sobre este. Entre estos factores de riesgo, se tiene en cuenta la falta o la limitación del AS.	Australia. N = 30. Jugadores: 10. Seres queridos o parejas (SOs, del inglés <i>significant others</i>): 5. Terapeutas: 8. Consejeros: 7.	- <i>Focus groups</i> sobre el proceso de recaída en el juego patológico (EGM).	El AS resultó ser una variable relevante y común en el análisis de las transcripciones de los grupos, en relación con el proceso de recaída. Se consideró que las relaciones que proveen un apoyo limitado, las redes sociales de poca calidad y la soledad incrementaban el riesgo de recaída.
<i>Oakes et al. (2011b)</i>	Describir el proceso de recaída en el juego patológico (EGM). Identificar posibles factores de protección frente a una recaída, con la ayuda de cuatro grupos de personas (jugadores, <i>significant others</i> o seres queridos, terapeutas y consejeros) que se considera que tienen un conocimiento profundo sobre este proceso y que pueden aportar perspectivas distintas sobre este. Entre estos factores de protección, se tiene en cuenta la provisión de AS.	Australia. N = 30. Jugadores: 10. <i>Significant others</i> o seres queridos: 5. Terapeutas: 8. Consejeros: 7.	- <i>Focus groups</i> sobre el proceso de recaída en el juego patológico (EGM).	Dentro del análisis temático de las transcripciones de los grupos, el AS surgió como una variable que reducía el riesgo de recaída. El AS se asoció con el éxito en el tratamiento y una mejor autoestima y percepción de autoeficacia.

Tabla 2

Resumen de Características y Resultados de los Estudios (cont.).

Autores (año)	Objetivo del estudio	País N.º de participantes (N)	Medida del Apoyo Social (AS)	Resumen de resultados
<i>Carlbring et al. (2012)</i>	Analizar la eficacia de un programa de terapia cognitivo-conductual a través de Internet (ICBT) para tratar el juego patológico. Generar un modelo de predicción de la respuesta a esta terapia. El AS es una de las potenciales variables predictoras del éxito en el tratamiento.	Suecia. <i>N</i> = 284. Jugadores patológicos.	El AS se midió mediante la pregunta: - “¿Sientes que puedes contar con alguien que te proporcione el tipo de apoyo indicado para ayudarte a afrontar el estrés y los problemas de la vida?”	El AS influyó de forma positiva en la respuesta al tratamiento, pero no fue un predictor significativo. Se obtuvieron resultados similares generando un modelo de cuatro variables y un modelo de dos variables que no lo incluían.
<i>Smith et al. (2013)</i>	Identificar predictores de la recaída en el juego patológico. El AS se encuentra entre los potenciales predictores analizados.	Australia. <i>N</i> = 158. Jugadores en tratamiento y demandantes de tratamiento. No se especifica cuántos pertenecen a cada grupo.	- <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i> (MSPSS; Zimet et al., 1988).	El AS no resultó un predictor significativo de la recaída y no se incluye en el modelo final de regresión logística.

Tabla 2

Resumen de Características y Resultados de los Estudios (cont.).

Autores (año)	Objetivo del estudio	País N.º de participantes (N)	Medida del Apoyo Social (AS)	Resumen de resultados
<i>Edgerton et al. (2014)</i>	Evaluar los cambios a lo largo de cuatro años (2007-2011) en la media de la puntuación de severidad del juego patológico, en la puntuación de severidad de las trayectorias individuales y la variación entre individuos. Se hipotetiza que un nivel alto de AS percibido se asociará con: (1) una menor severidad inicial del juego problemático; (2) una mayor tasa de cambio (en la disminución de la severidad del juego problemático) a lo largo del tiempo.	Canadá. N = 679. Jóvenes adultos.	- <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i> (MSPSS; Zimet et al., 1988).	Los resultados indicaron que el nivel de AS percibido no tenía efectos significativos en la severidad inicial del juego problemático ni en su desarrollo. Pese a estos resultados, cuando el resto de predictores se añadieron al modelo resultante, un mayor nivel de AS predijo una reducción en la severidad del problema con el juego.
<i>Gomes & Pascual-Leone (2015)</i>	Examinar un modelo de cambio basado en recursos, en el cual la recaída y el abandono del tratamiento del juego patológico se ven como resultado de la disminución o el desborde de los recursos de afrontamiento de la persona. El AS sería uno de los recursos analizados.	EE. UU. N = 50. Jugadores en tratamiento.	- <i>Social Support Questionnaire for Transactions</i> (SSQT; Doeglas et al., 1996). - <i>Social Support Questionnaire for Satisfaction</i> (SSQS) with the supportive transactions (Doeglas et al. 1996).	El AS correlacionó negativamente con la severidad del juego. Un nivel bajo de AS fue un predictor significativo de la recaída durante el primer mes de tratamiento. Los resultados apoyan la idea de que un nivel alto de AS funciona como un factor de protección frente al fracaso en el tratamiento.

Tabla 2

Resumen de Características y Resultados de los Estudios (cont.).

Autores (año)	Objetivo del estudio	País N.º de participantes (N)	Medida del Apoyo Social (AS)	Resumen de resultados
<i>Montesinos et al. (2016)</i>	Determinar la relación entre el AS, la adherencia terapéutica y el cese de la conducta de juego. Se estudian como aspectos del AS la <i>convivencia</i> con pareja o familiares, acudir al centro de tratamiento <i>acompañado</i> , la <i>implicación</i> del acompañante en el proceso de rehabilitación y la <i>intervención</i> de este en el proceso terapéutico.	España. N = 68. Jugadores patológicos.	- Cuestionario de apoyo social en entorno terapéutico, elaborado para el estudio.	La relación entre AS y la adherencia al tratamiento no resultó significativa. De los aspectos del AS analizados, la <i>convivencia</i> (concretamente estar casado o vivir en pareja) surgió como el más determinante para conseguir la adherencia al tratamiento y el mantenimiento de la abstinencia. La <i>convivencia</i> en matrimonio o en pareja estable también fue el aspecto que mejor predijo el éxito en el tratamiento.
<i>Rodda et al. (2016)</i>	Identificar estrategias y acciones que se pueden adoptar para controlar o cambiar el comportamiento de juego. Investigar los obstáculos que encuentran los jugadores a la hora de escoger, iniciar y mantener esas estrategias y acciones. Algunas de estas estrategias son referentes a la búsqueda, empleo o recepción de AS.	Australia. N = 149. Clientes de un servicio <i>online</i> nacional de ayuda para problemas con el juego.	- Se identifican estrategias de cambio en el análisis temático de las sesiones de asesoramiento <i>online</i> , entre las que se encuentran algunas relacionadas con empleo de AS (confesar el problema de juego a familia o amigos, hablar con alguien sobre el problema, buscar ayuda para distraerse del juego, buscar ayuda para implementar estrategias y acciones...).	En las transcripciones de las sesiones de asesoramiento <i>online</i> , el 52% de los participantes mencionó la confesión del problema y la búsqueda o recepción de AS (principalmente de familiares y amigos). El AS se percibía como importante, incluso cuando el empleo de la estrategia en cuestión no se planteaba para el futuro inmediato.

Tabla 2

Resumen de Características y Resultados de los Estudios (cont.).

Autores (año)	Objetivo del estudio	País N.º de participantes (N)	Medida del Apoyo Social (AS)	Resumen de resultados
<i>Sleczka et al. (2016)</i>	Analizar la relación entre la severidad del juego patológico y cuatro variables de la Teoría del Afrontamiento Proactivo (Schwarzer & Taubert, 2002): el establecimiento y consecución de metas, el afrontamiento preventivo o la anticipación de potenciales estresores y preparación, el retardo de respuesta y la búsqueda de apoyo emocional. Además, investigar el posible efecto moderador del afrontamiento preventivo en la asociación entre el AS y el juego patológico.	Alemania. <i>N</i> = 173. Jóvenes adultos jugadores.	- Versión alemana de <i>ENRICHD Social Support Inventory</i> (ESSI; Kendel et al., 2011).	No encontraron un efecto directo del AS en el juego patológico, pero sí un efecto moderador del afrontamiento preventivo. El análisis sugiere que el AS estaba asociado negativamente con el juego patológico en los individuos con un alto afrontamiento preventivo. Los participantes percibían niveles bastante altos de AS, pero aquellos con bajo afrontamiento preventivo no parecían beneficiarse de los efectos protectores del AS ante el juego patológico.
<i>Hutchison et al. (2018)</i>	Expandir la investigación previa sobre los beneficios de recibir y proveer AS en el proceso de rehabilitación de un problema con el juego.	Reino Unido. <i>N</i> = 44. Jugadores problemáticos asistentes a Jugadores Anónimos.	- Versión modificada de <i>Multidimensional Scale of Social Support</i> (MSSS: Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988).	La <i>provisión</i> de AS fue un mediador de la relación positiva entre la identificación con el grupo de rehabilitación y la autoeficacia en la abstinencia, así como de la relación negativa entre la identificación y el riesgo percibido de recaída. Cuando la <i>recepción</i> de AS se incluía junto con la <i>provisión</i> de AS como variable mediadora en el modelo, la <i>provisión</i> tenía un efecto positivo más pronunciado en los resultados de la rehabilitación.

Tabla 2

Resumen de Características y Resultados de los Estudios (cont.).

Autores (año)	Objetivo del estudio	País N.º de participantes (N)	Medida del Apoyo Social (AS)	Resumen de resultados
<i>Parke et al. (2018)</i>	Explorar la relación entre la salud física, las redes sociales y el juego problemático en adultos mayores. Dentro del análisis de las redes sociales se investigan la Soledad y el acceso al AS. Los autores equiparan Soledad y falta de AS.	Reino Unido. <i>N</i> = 595. Adultos mayores. Todos los participantes eran mayores de 60 años.	- <i>De Jong Gierveld Loneliness Scale</i> (De Jong Gierveld & van Tilburg, 2006).	Los autores equiparan Soledad y falta de AS. Los datos indicaron que la Soledad/falta de apoyo social tenía un efecto directo y significativo en la gravedad del juego problemático en los adultos mayores.
<i>Bischof et al. (2019)</i>	Investigar la relación de la comorbilidad psiquiátrica y las condiciones sociales con la remisión en jugadores patológicos que no reciben tratamiento. El estudio del AS se encuadra en esas condiciones sociales.	Alemania. <i>N</i> = 118. Jugadores patológicos que nunca habían buscado ayuda profesional o tratamiento.	- <i>Social Support Appraisal Scale</i> (SS-A; Vaux et al., 1986).	Los jugadores rehabilitados reportaron menos AS pre-rehabilitación que los individuos con problemas de juego actuales, lo cual parece contraintuitivo. Los autores ofrecen una posible explicación sobre que los jugadores con una red social estable y fuerte podrían sufrir menos las consecuencias negativas de la conducta de juego, no sintiendo de esta manera la necesidad de dejarlo o de cambiar. El AS se relacionó con la recuperación, de forma que con cada decremento en la puntuación de AS, la probabilidad de recuperación disminuía en un 3%

Tabla 2

Resumen de Características y Resultados de los Estudios (cont.).

Autores (año)	Objetivo del estudio	País N.º de participantes (N)	Medida del Apoyo Social (AS)	Resumen de resultados
<i>Bagot et al. (2020)</i>	Identificar factores subyacentes asociados a la implicación en estrategias para limitar o reducir la conducta de juego, empleando la Teoría de la Conducta Planificada (TCP) como marco teórico. Algunas de estas estrategias son referentes a la búsqueda de AS, pero los autores también vinculan el AS con la norma subjetiva de la TCP, entendiendo esta como el apoyo o la opinión positiva de personas importantes del entorno hacia el empleo de las estrategias.	Australia. <i>N</i> = 411. Jugadores.	- <i>The Change Strategies Questionnaire—Version-1</i> (Rodda et al., 2018). Contiene 99 estrategias agrupadas en 15 categorías, una de las cuales es el AS.	Los autores indican que al contrario de lo que se esperaba, la norma subjetiva no fue capaz de predecir de forma significativa la intención de emplear estrategias para limitar la conducta de juego. Pese a todo, se considera que el AS de familia y amigos es una variable importante a tener en cuenta para la implementación de las estrategias y la reducción de la conducta de juego.

Nota. AS = apoyo social; EGM = *electronic gaming machine* (conocidas comúnmente como “tragaperras”); VLT = *Video Lottery Terminal* (Terminal de Vídeo Lotería, también conocidas comúnmente como “tragaperras”).

1 Principales características de los estudios

El tamaño de las muestras de los estudios analizados oscila entre los 19 participantes del estudio de Thomas et al. (2009) y los 411 participantes de la investigación de Bagot et al. (2020). En la mayor parte de los estudios, las muestras están conformadas solo por jugadores, pero algunas incluyen a profesionales como consejeros (Thomas et al., 2009) o consejeros y terapeutas (Oakes et al., 2011a; Oakes et al., 2011b).

En otras ocasiones, la muestra está conformada solo por profesionales: trabajadores/as sociales, consejeros/as, psicólogos/as, psiquiatras, enfermeros/as o terapeutas de rehabilitación. Esto puede dar lugar a cierta confusión en los resultados, pues en ocasiones una parte de estos profesionales son jugadores rehabilitados (Cummings & Gambino, 1992). Además, hay estudios que incluyen a familiares o personas de apoyo de los jugadores (Oakes et al., 2011a; Oakes et al., 2011b).

En algunas investigaciones, se hacen distinciones entre jugadores rehabilitados y no rehabilitados (Hodgins & El-Guebaly, 2000), jugadores patológicos y problemáticos (Pietrzak & Petry, 2006), jugadores en tratamiento y demandantes de tratamiento (Smith et al., 2013) o jugadores que nunca habían buscado ayuda profesional o tratamiento (Bischof et al., 2019). También se compara a jugadores de diferentes tipos de juego, como bingo y VLT (*Video Lottery Terminal* o Terminal de Vídeo Lotería; Saint-Charles et al. 2008), o se estudia a aquellos que se dedican solo a un tipo de juego, como tragaperras (Báez et al., 1994; Thomas et al., 2009).

El género y la edad de los participantes en los estudios no son datos a los que los autores den especial relevancia de cara al análisis. Por lo general, estamos ante muestras mixtas, en alguna ocasión se trata de muestras solo femeninas (Avery & Davis, 2008) o solo masculinas (Sleczka et al., 2016). En cuanto a la edad, por lo general las muestras incluyen a personas adultas de entre 18 y 60 años; sin embargo, en algunos estudios, por sus objetivos, se incluye solo a mayores de 60 años (Parke et al., 2018; Pietrzak & Petry, 2006) o jóvenes adultos, de entre 18 y 25 años (Edgerton et al., 2014; Sleczka et al., 2016).

Respecto a los países en los que se llevaron a cabo los estudios, se encuentran: Australia (8 estudios), EE. UU. (5), Canadá (4), España (2), Alemania (2), Reino Unido (2) y Suecia (1).

Los estudios emplean a menudo como criterio de inclusión el diagnóstico de juego patológico o ludopatía, siguiendo el DSM-III-R (Báez et al., 1994), DSM-IV (Matheson et al., 2009) o DSM-V (Sleczka et al., 2016). Es también común el empleo de una puntuación alta o de riesgo en diversos instrumentos que miden la conducta de juego (Bagot et al., 2020; Hodgins & El-Guebaly, 2000; Parke et al., 2018). En algunos casos se incluye una medida temporal, como por ejemplo, haber jugado en los 30 días anteriores a la recogida de datos (Carlbring et al., 2012).

En otros estudios, se recluta a los participantes de diversos programas de tratamiento (Báez et al., 1994; Gomes & Pascual-Leone, 2015; Rodda et al., 2016) o grupos de ayuda mutua (Hutchison et al., 2018; Oei & Gordon, 2008), pero no siempre se especifica si cumplen los criterios anteriores. Como hemos visto anteriormente, a veces las muestras incluyen a personas de apoyo de los jugadores (familiares, parejas y otros) o a profesionales con experiencia en el ámbito de la intervención en el juego patológico.

Por su parte, los criterios de exclusión son diversos, incluyendo en ocasiones no tener datos completos, no estar aquejado de otro trastorno psicopatológico (Báez et al., 1994) o la baja puntuación en instrumentos dirigidos a evaluar la capacidad cognitiva, especialmente en el caso de las personas mayores de 60 años (Parke et al., 2018; Pietrzak & Petry, 2006).

1.1 Objetivos de las investigaciones en relación con el apoyo social

Como puede observarse en la Tabla 2, el estudio del apoyo social en relación con el juego patológico no siempre es el objetivo principal de las investigaciones analizadas. Solo cuatro publicaciones abordan el apoyo social de forma tan directa y desde una perspectiva funcional (Hutchison et al., 2018; Montesinos et al., 2016; Petry & Weiss, 2009; Saint-Charles et al., 2008). En el caso de Saint-Charles et al. (2008) también se analizan y comparan de forma exhaustiva las características de las redes sociales de diferentes tipos de jugadores desde una perspectiva estructural.

El resto de los estudios tienen objetivos principales muy diversos, aunque siempre relacionados con el tratamiento y la recaída en el juego patológico. Estas investigaciones incluyen el apoyo social entre sus variables de estudio, relacionándolo con el Modelo

Transtórico del Cambio (Hodgins & El-Guebaly, 2000), los recursos de afrontamiento (Gomes & Pascual-Leone, 2015; Matheson et al., 2009; Slezcka et al., 2016) o variables como la soledad (Parke et al., 2018; Pietrzak & Petry, 2006), entre otras.

Entre los estudios encontramos, además, investigaciones sobre los resultados de diversos tratamientos para el juego patológico, en los que el apoyo social es un posible predictor de la respuesta al tratamiento (Carlbring et al., 2012; Smith et al., 2010). Otros estudios analizan el apoyo como un factor de protección ante la recaída (Oakes et al., 2011a; Oakes et al., 2011b; Smith et al., 2013) o como estrategia para limitar o reducir la conducta de juego (Bagot et al., 2020; Rodda et al., 2016).

1.2 Instrumentos de medida del apoyo social

Por lo general, los estudios emplean cuestionarios y escalas para la medida del apoyo social. El instrumento más utilizado es la *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS), empleada en cuatro estudios (Edgerton et al., 2014; Petry & Weiss, 2009; Smith et al., 2010; Smith et al., 2013). Otro estudio emplea una versión modificada de la *Multidimensional Scale of Social Support* (MSSS), similar en contenido y autoría (Hutchison et al., 2018).

Algunos autores emplean cuestionarios propios, elaborados específicamente para los estudios en cuestión (Avery & Davis, 2008; Carlbring et al., 2012; Cummings & Gambino, 1992; Montesinos et al., 2016; Saint-Charles et al., 2008). Solo dos estudios complementan la medida del apoyo social con la de una variable que se considera muy relacionada con este, como es la soledad, empleando cuestionarios específicos para su medida (Gomes & Pascual-Leone, 2015; Pietrzak & Petry, 2006).

En cuanto a otro tipo de instrumentos, se emplean entrevistas estructuradas (Hodgins & El-Guebaly, 2000) y semiestructuradas (Thomas et al., 2009) sobre las experiencias de juego y rehabilitación. Asimismo, destaca el empleo de *focus groups* para la descripción del proceso de recaída en el juego patológico (Oakes et al., 2011a; Oakes et al., 2011b) y de análisis temáticos para la identificación de estrategias de control o cambio del comportamiento (Rodda et al., 2016).

2 Resultados obtenidos en los estudios seleccionados

2.1 Apoyo social durante el tratamiento

El apoyo social es un factor asociado a diversos comportamientos adictivos, y la evidencia sugiere que tiene un papel relevante en la conducta de juego y en el desarrollo del juego problemático (Edgerton et al., 2014). La falta de apoyo social o familiar puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de un problema de juego patológico (Oei & Gordon, 2008).

Con frecuencia, en el tratamiento de los problemas con el juego se emplean la terapia de grupo y los grupos de ayuda mutua, como Jugadores Anónimos, basados en los programas de 12 pasos de Alcohólicos Anónimos (Hutchison et al., 2018). Podríamos pensar que en este tipo de contextos el apoyo se da por sentado, tratándose de un contexto de interacción social y ayuda mutua, pero lo cierto es que existen pocos estudios que confirmen si este apoyo se da y qué impacto tiene (Montesinos et al., 2016).

Los estudios sobre la asociación entre apoyo social y juego patológico informan tanto sobre el efecto directo del apoyo durante el tratamiento como de la importancia del apoyo social en relación con la severidad de los síntomas del trastorno, con la búsqueda de ayuda o con la adherencia al tratamiento.

2.1.1 Severidad de la conducta de juego y apoyo social

Existe evidencia sobre la relación entre el apoyo social y la severidad de la conducta de juego. En el estudio de Petry & Weiss (2009) se observó que los individuos con un menor apoyo social mostraban una mayor severidad en los problemas con el juego. Gomes & Pascual-Leone (2015) también informan de una correlación negativa entre un nivel alto de apoyo social y la severidad del problema con el juego. De modo similar, Slezcka et al. (2016) encontraron que el apoyo social mantenía una relación negativa con el juego patológico, pero solo entre los individuos con un alto afrontamiento preventivo.

En el caso de la muestra de Pietrzak & Petry (2006), la gravedad del juego era un predictor significativo de las puntuaciones en soledad y apoyo social, siendo los jugadores patológicos los que reportaban un mayor nivel de soledad y un menor nivel de apoyo social en comparación con los jugadores problemáticos. Asimismo, Parke et al. (2018) encuentran que

la soledad y falta de apoyo social tienen un efecto directo y significativo en la severidad del juego problemático de adultos en la tercera edad. Advierten de que el problema de juego a esta edad podría desarrollarse como una forma de escapar a la ansiedad ante el deterioro que se puede producir en el bienestar físico y social.

Otros autores no hallan evidencia clara que apoye la hipótesis de que el apoyo social tiene un efecto en la severidad del juego, como sería el caso de Edgerton et al. (2014). Pese a todo en su estudio, cuando el resto de los predictores analizados (género, dependencia del alcohol, depresión, ilusión de control e impulsividad) se añadieron al modelo que los autores generaron, un mayor nivel de apoyo social predijo una menor severidad en el juego patológico.

Además de la severidad de la conducta de juego, otros autores proporcionan unas pinceladas sobre la relación entre el apoyo social y otros síntomas psiquiátricos que los jugadores pueden llegar a desarrollar. Matheson et al. (2009) encontraron en su investigación que las jugadoras con un bajo apoyo social tenían un mayor riesgo de desarrollar depresión. Petry & Weiss, por su parte, indican que los jugadores con un menor apoyo social reportaban más síntomas psiquiátricos recientes y a lo largo de la vida que aquellos que contaban con más apoyo social.

2.1.2 Búsqueda de tratamiento y apoyo social

El apoyo social resulta una variable relevante para iniciar la búsqueda de tratamiento. Cuando la búsqueda de apoyo social se emplea como estrategia dentro de los estilos de afrontamiento, los individuos tienen actitudes más favorables hacia la búsqueda de ayuda (Matheson et al., 2009). Además, el apoyo social es una variable que los jugadores mencionan como razón para tomar la decisión de cambiar su conducta y limitar o dejar el juego (Hodgins & El-Guebaly, 2000).

Algunos autores hipotetizan que los jugadores podrían decidir comenzar el tratamiento porque sienten que han recibido o que tienen disponible el apoyo emocional necesario para hacerlo (Saint-Charles et al., 2008). Otros mantienen la idea contraria, sosteniendo que el apoyo social podría tener un efecto atenuante sobre las consecuencias negativas del juego patológico o problemático, y por lo tanto, podría reducir la necesidad percibida de llevar a cabo un cambio de conducta. Esto se debe a los datos sobre el gran número de jugadores rehabilitados que

nunca han buscado ni recibido tratamiento, y que reportan un menor apoyo social pre-rehabilitación que aquellos con problemas de juego en la actualidad (Bischof et al., 2019).

2.1.3 Características del apoyo social

Cummings & Gambino (1992) ya apuntaban a que los individuos con sistemas de apoyo fuertes tenían un mejor pronóstico y unos resultados más favorables en el tratamiento. Los datos descriptivos sobre las redes sociales de jugadores en tratamiento y sin tratamiento pueden ofrecer alguna pista sobre si el apoyo está presente o no en su entorno, y sobre su impacto aparente.

En primer lugar, existen datos que nos indican que los jugadores podrían tener un nivel de apoyo social en torno a la media para personas con problemas similares (Báez et al., 1994) o que este se incrementa durante el tratamiento (Petry & Weiss, 2009). Sin embargo, no siempre es posible determinar si ese nivel de apoyo se debe al tratamiento recibido o si los resultados del tratamiento se deben al nivel de apoyo social.

En cuanto a la comparación de las redes de apoyo de jugadores en tratamiento y sin tratamiento, los resultados de Saint-Charles et al. (2008) sobre los jugadores de Terminales de Vídeo Lotería (VLT, del inglés *Video Lottery Terminal*) sin tratamiento muestran que tenían redes sociales más pequeñas y densas que los jugadores en tratamiento. Estos tendrían también redes pequeñas, pero con más componentes que les ofrecieran cualquiera de los diferentes tipos de apoyo que los autores describen (compañerismo, servicios, apoyo emocional y apoyo financiero).

En cuanto a quién proporciona este apoyo, las participantes en el estudio de Avery & Davis (2008) apuntaban a que los sistemas de apoyo informales eran los más importantes para su rehabilitación, destacando el papel de los compañeros/as del grupo de terapia. Amigos/as, parejas, hijos/as y padres/madres también eran de especial relevancia para esta muestra; así como los profesionales (consejeros, psicólogos, monitores de terapia y trabajadores sociales) dentro de los sistemas de apoyo formal y, en menor medida, los grupos religiosos y los líderes espirituales de diversos credos.

Los jugadores y jugadoras en tratamiento no son los únicos que perciben la relevancia del apoyo social en su proceso de recuperación, también los profesionales lo hacen. En el

estudio de Cummings & Gambino (1992), las tareas relativas al desempeño profesional a las que los profesionales daban mayor importancia eran aquellas que estaban más relacionadas con el apoyo social, como proporcionar información sobre los grupos de ayuda mutua o ayudar a los pacientes a identificar y analizar sus sistemas de apoyo.

2.1.4 Adherencia al tratamiento y apoyo social

El apoyo social podría ser también una variable relevante para mejorar la adherencia al tratamiento, aunque en líneas generales, los resultados al respecto no son concluyentes.

En el estudio de Montesinos et al. (2016), el 76 % de los pacientes con un alto nivel de apoyo social completaron el tratamiento, en comparación con el 42.1 % de los pacientes con un nivel de apoyo más bajo. La convivencia con una pareja fue el aspecto más determinante para la adherencia; sin embargo, esta relación entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento no resultó significativa.

Smith et al. (2010) encontraron que el apoyo social no era un predictor significativo del abandono o la compleción del tratamiento. Del mismo modo, Carlbring et al. (2012) confirmaron que el apoyo social no fue un predictor significativo de la respuesta a la terapia cognitivo-conductual a través de Internet, pese a que tuvo una influencia positiva sobre esta.

2.1.5 Éxito o fracaso en el tratamiento y apoyo social

La convivencia en matrimonio o en pareja estable (como factor del apoyo social) que describen Montesinos et al. (2016) sí predijo el éxito en el tratamiento, de forma congruente con sus investigaciones anteriores. Para Oakes et al. (2011b) el apoyo social se asoció con el éxito en el tratamiento, mientras que para Bischof et al. (2019), ayudaba a predecir la rehabilitación de los jugadores. Gomes & Pascual-Leone (2015) también encontraron que el apoyo social era especialmente importante durante el primer mes del tratamiento, reforzando la idea de que el apoyo podría funcionar como amortiguador de los resultados negativos en el tratamiento.

Estos hallazgos son consistentes con los de Petry & Weiss (2009). En su muestra, los jugadores que tenían mayores niveles de apoyo social en línea base mostraron mayores reducciones de la puntuación en juego que aquellos con niveles más bajos. A diferencia de los

resultados obtenidos por Gomes & Pascual-Leone (2015), el efecto se mantiene en el tiempo, más allá del primer mes de tratamiento.

2.1.6 Provisión de apoyo social

Hasta el momento se ha hablado de la recepción de apoyo social o de la percepción de que este se está recibiendo, pero la provisión de apoyo social hacia otras personas podría contribuir a la propia rehabilitación. Autores como Hutchison et al. (2018) proponen que las asociaciones o grupos de ayuda mutua (como Jugadores Anónimos) podrían ser efectivas no solo porque proporcionan oportunidades a sus miembros de recibir apoyo social de personas en una situación similar, sino también por la contribución que pueden hacer a la rehabilitación de esas personas. Sus hallazgos indican que la provisión de apoyo social es un mediador entre la identificación con el grupo de rehabilitación y la autoeficacia en la abstinencia, que mantienen una relación positiva entre sí. La provisión media también la relación negativa existente entre la identificación con el grupo y el riesgo percibido de recaída.

Por supuesto, esto no quiere decir que recibir apoyo social no sea importante para la rehabilitación. Sin ir más lejos, Hutchison et al. (2018) encontraron que cuando ambas variables (provisión y recepción de apoyo social) se añadían simultáneamente como mediadoras en el modelo, la provisión de apoyo social tenía un efecto positivo mayor en los resultados de la rehabilitación.

2.2 Apoyo social y mantenimiento de la abstinencia tras el tratamiento

Diversos autores observan una relación positiva entre el apoyo social y la abstinencia de juego durante el seguimiento (Montesinos et al., 2016; Oei & Gordon, 2008). La importancia de este apoyo es reconocida por los propios jugadores en el estudio de Hodgins & El-Guebaly (2000), donde el 30% de la muestra indicó que la presencia de apoyo les ayudaba a mantener la abstinencia; junto con otras variables entre las que se encontraban la participación en actividades nuevas o alternativas al juego, y el recuerdo de las consecuencias negativas de jugar.

Petry & Weiss (2009), por su parte, encontraron que el apoyo social estaba asociado con la abstinencia a largo plazo (12 meses). Los participantes que tenían puntuaciones de apoyo social iguales o superiores a la mediana reportaron menos problemas relacionados con el juego durante el seguimiento. Estos resultados son comparables con los de Oei & Gordon (2008), en los que un nivel más alto de apoyo social estaba asociado con periodos de abstinencia más largos. Pese a todo, estos autores admiten que es posible que este factor, entre otros, sea una consecuencia de la abstinencia y no la causa. Abstenerse del juego podría mejorar la asistencia y participación en las intervenciones o contribuir a la mejora del apoyo social.

En cuanto a los factores del apoyo social relacionados con el mantenimiento de la abstinencia, Montesinos et al. (2016) encuentran que la convivencia en pareja es el más determinante para su consecución. La provisión de apoyo social, por otra parte, actúa como mediador entre la identificación con el grupo de rehabilitación y la autoeficacia en la abstinencia, que mantienen una relación positiva entre sí (Hutchison et al., 2018). Este efecto resultó independiente de si los participantes actuaban como *sponsors* o padrinos de los usuarios que llevaban menos tiempo en la rehabilitación.

2.3 Apoyo social y recaída

Algunos estudios muestran que las redes sociales que proveen un apoyo limitado o de poca calidad, así como la soledad, incrementan el riesgo de recaída (Oakes et al., 2011a). Al mismo tiempo, el apoyo social puede ser un factor de protección frente a esta (Oakes et al., 2011b).

Para Gomes & Pascual-Leone (2015), un nivel bajo de apoyo social fue un predictor significativo de la recaída durante el primer mes de tratamiento. Esto se ve ratificado por Bischof et al. (2019), en cuyo estudio el apoyo social y la autoeficacia, medidos al principio del tratamiento, son capaces de predecir qué personas recaerían durante el primer mes. Oei & Gordon (2008) también observaron que el apoyo social era una variable significativa para predecir qué jugadores recaerían y cuáles mantendrían su abstinencia.

Pero los resultados no son concluyentes. Smith et al. (2013) indican en su estudio que el apoyo social no resultó un predictor significativo de la recaída en el juego y que los datos no

son suficientes para determinar si las asociaciones entre los potenciales predictores y la recaída son consistentes en el tiempo.

Generalmente, se considera que la recepción del apoyo social es un factor de protección, pero la provisión de apoyo también podría tener un papel en la prevención de recaídas. Hutchison et al. (2018) hallan que esta variable es mediadora de la relación negativa existente entre la identificación con el grupo de tratamiento y el riesgo percibido de recaída.

2.4 El apoyo social como estrategia para el control de la conducta de juego

Dada la relevancia del apoyo social en los problemas con el juego patológico, hay autores que consideran que los programas de tratamiento deberían incluir desde el principio al entorno social (Bischof et al., 2019) y, concretamente, a una persona de apoyo (Montesinos et al., 2016) en el proceso de intervención.

Los artículos analizados consideran el apoyo social, por lo general, como una variable presente o ausente en el contexto de los participantes en los estudios, bien sea por parte de sus familias o amigos, o en los grupos de ayuda mutua. Además de la función de estos grupos, se analiza el efecto del apoyo social en relación con otros tipos de terapias, como la terapia cognitivo conductual (CBT, del inglés *cognitive behavioral therapy*; Oakes et al., 2011a; Oakes et al., 2011b) o terapia cognitivo conductual basada en internet (ICBT, del inglés *internet-based cognitive behavioral therapy*; Carlbring et al., 2012). De igual manera, se suceden las menciones a los recursos de afrontamiento por parte de los diversos autores, en los que el apoyo social es un recurso directo (Gomes & Pascual-Leone, 2015; Matheson et al., 2009) o en los que otros recursos o estilos de afrontamiento median la relación negativa entre el apoyo social y el juego patológico (Sleczka et al., 2016).

Por otra parte, algunas investigaciones profundizan en el empleo de estrategias para la reducción o eliminación de la conducta de juego, entre las cuales se incluyen diferentes aspectos del apoyo social. En el análisis de Rodda et al. (2016), los participantes dotaban al apoyo social de relevancia, incluso cuando no planeaban emplear las estrategias referentes al mismo (p. ej. revelar el problema a los allegados o pedir ayuda) en el futuro inmediato. Algunos

participantes expresaron miedo a que contar el problema resultara en la ruptura de la relación o a cargar demasiado a los miembros de la familia. Otros pensaron que sus personas de apoyo estarían demasiado ocupadas o preocupadas, o que no resultarían de ayuda para cambiar la conducta. Además, los datos indican que las estrategias relativas al apoyo social eran difíciles de mantener cuando ocurría una recaída.

Según Bagot et al. (2020), múltiples estudios indican que el apoyo social o su búsqueda son estrategias ampliamente utilizadas, especialmente para reducir el daño del juego. Sin embargo, la influencia de otras personas en la aceptación y el empleo de esta y otras estrategias apenas se ha investigado. Emplean la Teoría de la Conducta Planificada (TCP) como marco teórico para identificar factores asociados a la implicación en estrategias. De esta forma, no solo las estrategias incluyen la búsqueda de apoyo social, sino que la norma subjetiva de la TCP hace referencia al apoyo como la opinión de las personas del entorno hacia el empleo de las estrategias. Por desgracia, la norma subjetiva no fue capaz de predecir la intención de emplear estrategias para limitar la conducta de juego; quizás debido a ciertas limitaciones metodológicas del estudio. A pesar de todo, los autores consideran que el apoyo social o familiar es una variable importante para la implementación de estrategias, y que debería tenerse en cuenta en futuras investigaciones.

Discusión

El objetivo de la revisión realizada era analizar la relación entre el apoyo social y el tratamiento o la recaída en el juego patológico. Para ello se han revisado 24 estudios publicados en los últimos 30 años, aunque concentrados especialmente en los últimos 20. Los principales resultados de los estudios coinciden en señalar que el apoyo social tiene un efecto positivo sobre el tratamiento del juego.

En cuanto a la recaída y al posible efecto protector del apoyo social, los resultados no son tan concluyentes. El apoyo sí es un predictor significativo de la recaída en algunos de los estudios (Bischof et al., 2019; Gomes & Pascual-Leone, 2015; Oei & Gordon, 2008), pero también podemos encontrar resultados que indican lo contrario (Smith et al., 2013).

Cuando las personas con un problema con el juego acceden a un tratamiento, el apoyo social de su entorno puede no ser accesible para ellas o encontrarse deteriorado (Thomas et al., 2009). Los conflictos con familiares, pareja y compañeros de trabajo, así como contar con un número reducido de personas de apoyo en el entorno o un apoyo de mala calidad son frecuentes (Gomes & Pascual-Leone, 2015; Petry & Weiss, 2009; Pietrzak & Petry, 2006; Saint-Charles et al., 2008). Además, en ocasiones estas personas sienten que no quieren cargar a sus personas de apoyo con sus propios problemas, aunque su entorno sí esté dispuesto a proporcionarles esa ayuda (Oakes et al., 2011a; Oakes et al., 2011b; Rodda et al., 2016; Thomas et al., 2009).

La importancia del apoyo social dentro del abordaje de los problemas con el juego no ha pasado desapercibida a los profesionales que se dedican a la intervención, puesto que el refuerzo del apoyo social dentro del tratamiento y de los grupos de ayuda mutua, al estilo de Jugadores Anónimos, está siendo estudiado desde hace décadas (Cummings & Gambino, 1992).

Pese a todo, el apoyo social sigue siendo un constructo ausente en muchos de los modelos teóricos relacionados con el juego, así como en las intervenciones dirigidas al cese de esta conducta (Thomas et al., 2009). Desde la literatura científica se observa que se le ha proporcionado una creciente atención al apoyo social en relación con el juego en las últimas décadas, aunque todavía son escasos los estudios que se centran en él o le dan relevancia siendo el objetivo principal dentro de las investigaciones.

El apoyo social no se asocia solo con los resultados del tratamiento, sino también con otros aspectos destacables de este. Este constructo podría jugar un papel relevante en la búsqueda de ayuda previa, en la adherencia al tratamiento y en el mantenimiento de la abstinencia postratamiento. El apoyo social parece facilitar el camino para iniciar la búsqueda de tratamiento (Matheson et al., 2009; Saint-Charles et al., 2008) o para limitar o dejar el juego (Hodgins & El-Guebaly, 2000). Pero algunos autores advierten de que podría reducir la necesidad percibida de llevar a cabo ese cambio de conducta (Bischof et al., 2019). Posiblemente esto se deba a la interpretación del apoyo social como la aceptación o la permisividad del entorno hacia la conducta de juego de una persona.

En cuanto a la adherencia al tratamiento, los resultados no son concluyentes, a pesar de que parece razonable pensar que un mejor apoyo social y aceptación del problema por parte del entorno influiría en que las personas se mantuvieran en el tratamiento (Montesinos et al., 2016). Es posible que los escasos artículos que tienen en cuenta este aspecto del tratamiento (Carlbring et al., 2012; Montesinos et al., 2016; Smith et al., 2010) no sean suficientes para inferir conclusiones y que se necesite una mayor investigación al respecto.

Por parte de la abstinencia los datos sí son claros; el apoyo social ayuda a su mantenimiento y un bajo nivel de este apoyo se asocia con la continuidad en la conducta de

juego (Thomas et al., 2009). Estos hallazgos sobre el apoyo social deberían tenerse en cuenta a la hora de diseñar y realizar intervenciones. Por lo general los autores no proporcionan sugerencias específicas sobre cómo abordarlos en la intervención, aunque sí reconozcan su importancia.

Limitaciones

Uno de los principales desafíos de esta revisión ha sido que las aproximaciones al concepto del apoyo social a lo largo de los estudios son muy diversas. Una dificultad a la hora de aunar los datos o realizar una comparación entre ellos es que no todos los investigadores emplean la misma definición del apoyo social. Algunos se adhieren a la perspectiva funcional (p. ej. Hutchison et al., 2018; Montesinos et al., 2016; Oei & Gordon, 2008; Petry & Weiss, 2009), mientras que otros son también afines a la estructural (Saint-Charles et al., 2008) o realizan sus propias definiciones y aproximaciones (Avery & Davis, 2008; Carlbring et al., 2012), incluyendo en sus estudios los aspectos del apoyo social que consideran más relevantes.

Los instrumentos empleados para la medida del apoyo social también son dispares. Desde el empleo de escalas para evaluar el apoyo social desde la perspectiva funcional (p. ej. Edgerton et al., 2014; Petry & Weiss, 2009; Sleczyka et al., 2016; Smith et al., 2013) hasta el análisis de las redes de apoyo desde la perspectiva estructural (Saint-Charles et al., 2008); aunque ambas aproximaciones proporcionen información útil para sus respectivos estudios y objetivos.

En cuanto a las muestras, su tamaño es también muy diverso en los estudios analizados, siendo las más pequeñas las de Thomas et al. (2009) con 19 participantes, Oakes et al. (2011b) con 30 participantes y Pietrzak & Petry (2006) con 31 participantes. Pero el principal problema encontrado para poder hacer comparaciones entre las muestras es que en ocasiones no comprenden solo a jugadores, sino que algunas también incluyen a familiares y profesionales. Pese a que los objetivos de los investigadores o su metodología puedan justificar esta diversidad, lo cierto es que dificulta la realización de la revisión.

Otra posible limitación, relacionada con el diseño de intervenciones, es que el apoyo social no suele abordarse de forma directa en las intervenciones de los estudios analizados.

Como ya se ha mencionado anteriormente, los autores no proporcionan sugerencias sobre cómo intervenir sobre este, sino que se limitan a comprobar los niveles en los que se presenta y la influencia de estos sobre los diferentes aspectos del tratamiento y la recaída. Las intervenciones sobre los problemas con el juego que incluyen el apoyo social de forma tan explícita y central son todavía un campo por explorar.

Líneas de investigación futuras

En primer lugar, en cuanto a la prevención e intervención en el juego, debería abordarse cómo las estrategias referidas al apoyo social (tanto aquellas referidas a la búsqueda de ayuda inicial como a la ayuda para implementar estrategias dirigidas al cambio de conducta) pueden ser empleadas o reforzadas dentro de las intervenciones. El análisis del apoyo social como un recurso necesario para la rehabilitación, pero que puede agotarse debido a las circunstancias que se afrontan durante el tratamiento, también debería ser explorado en mayor profundidad (Gomes & Pascual-Leone, 2015; Matheson et al., 2009).

Otra posible línea de investigación es la relación de la provisión de apoyo social con el éxito en el tratamiento, siguiendo el precedente del estudio de Hutchison et al. (2018). En este caso, el apoyo social actúa como mediador entre la identificación con el grupo de rehabilitación y la autoeficacia en la abstinencia o el riesgo percibido de recaída, pero sería interesante explorar si la provisión de apoyo social también puede tener un efecto directo sobre estas variables.

Además, en línea con lo comentado por los propios autores, se hace también necesaria una mayor investigación de estas variables (identificación con el grupo de terapia, percepción de autoeficacia en la abstinencia) que parecen íntimamente relacionadas con el apoyo social y el juego patológico.

Por último, pese a que los resultados sobre la relación entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento no sean concluyentes, resultaría relevante profundizar más en el estudio de este aspecto del tratamiento. En algunos de los estudios analizados, el apoyo social sí muestra una influencia positiva, aunque no significativa, sobre la respuesta a la terapia y la compleción del tratamiento (Carlbring et al., 2012; Montesinos et al., 2016).

Propuesta de intervención

1 Introducción

1.1 Fundamentación teórica de la propuesta

El juego de azar es un tipo de juego en el que una cantidad monetaria u objeto con valor económico se arriesga para conseguir una ganancia mayor. Las personas manifiestan diversos motivos para jugar: financieros, sociales, de diversión o como distracción o forma de evitar estados afectivos no deseados, entre otros (Navas & Perales, 2020). En ocasiones, esta conducta de juego puede convertirse en un problema para la persona que la desarrolla, llegando a sentirse atrapada e incapaz de dejarlo, pese al malestar que le provoca.

El índice de prevalencia del juego en España, según datos de 2015, es de un 0,9% de jugadores patológicos, de un 1% de jugadores problemáticos y de un 4,4% de jugadores con algún tipo de riesgo (OEDA, 2017). La amplia oferta y la publicidad intensa del juego, especialmente del juego *online* en los últimos años, han contribuido a un aumento del número de personas con problemas con el juego. Además, se está percibiendo un cambio en los perfiles de los jugadores, entre los que se encuentran más mujeres, personas más jóvenes y con un mayor nivel de estudios.

La complejidad de los problemas con el juego y la diversidad de las personas a las que pueden afectar requieren de un abordaje que vaya más allá de la intervención individual. Los tratamientos más comunes en el ámbito del juego patológico suelen

incluir el formato de terapia de grupo y los grupos de ayuda mutua, así como terapias de familia y de pareja (Hutchison et al., 2018). En estos contextos, el refuerzo del apoyo social y familiar juega un papel esencial, pues se considera que conlleva beneficios terapéuticos (Kim & Hodgins, 2018).

El apoyo social se ha relacionado de forma positiva con la búsqueda de tratamiento para el juego patológico o problemático (Matheson et al., 2009), con la adherencia a este tratamiento (Montesinos et al., 2016) y con el éxito en el mismo (Montesinos et al., 2016; Gomes & Pascual-Leone, 2015; Petry & Weiss, 2009). Además, el apoyo social también se relaciona con la abstinencia de juego a largo plazo y algunos estudios lo consideran un factor relevante de protección ante la recaída (Oakes et al., 2011; Oei & Gordon, 2008; Petry & Weiss, 2009).

Por desgracia, uno de los mayores problemas que podemos encontrar a este respecto es que el estrés continuado relacionado con el juego puede agotar los recursos de apoyo social, volviendo reacios a familiares y amigos en cuanto a seguir proporcionando ese apoyo (Thomas et al., 2009). Por todo ello, el refuerzo del apoyo social y la inclusión de toda la comunidad en la intervención es esencial.

1.2 Contexto de implantación de la intervención

El programa actual, de título *El apoyo social tampoco es un juego*, es una propuesta de intervención en el dispositivo de Prácticum AGAJA (Asociación Gallega de Jugadores de Azar), establecido en Vigo desde 1990. Esta asociación tiene como propósito ofrecer tratamiento a personas con problemas relacionados con las adicciones sin sustancia (principalmente, juego patológico), así como proporcionar ayuda a sus familiares y otras personas de apoyo. En ella, se atiende de forma regular a un número de entre 50 y 100 personas por año, tanto jugadores como personas de apoyo, procedentes de toda la Comunidad Autónoma de Galicia.

La base de la atención ofrecida por la asociación es la formación de grupos de ayuda mutua. Estos grupos son dirigidos por monitores, que por lo general son jugadores rehabilitados o familiares de exjugadores que han pasado por un proceso de formación

para asumir esa labor. Además, los usuarios reciben atención psicológica individual, de pareja o familiar.

La duración aproximada del tratamiento es de año y medio. Este se divide en tres fases, de entre cinco y ocho meses cada una, similares para los jugadores y para sus personas de apoyo: iniciación, intermedio y mantenimiento. La fase de mantenimiento no es obligatoria dentro del tratamiento, pero sí altamente recomendable.

El apoyo social dentro de los grupos de ayuda mutua se refuerza desde su formación. Los monitores hacen énfasis en que los participantes pueden contactar tanto con ellos como con la junta directiva cuando tengan un problema, y los animan también a ayudarse entre compañeros de terapia. El local de la asociación también cuenta con espacios comunes en los que los usuarios pueden socializar. Además, se realizan actividades externas que sirven para estrechar los lazos entre los miembros de los grupos de terapia y para conocer a personas que ya han completado su tratamiento (p. ej., convivencias de fin de semana).

El abordaje explícito del apoyo social como constructo no se da de forma directa hasta la fase de mantenimiento, en la cual se desarrollan dinámicas que animan a los participantes a analizar, representar y cuestionar sus redes y relaciones de apoyo, así como a explorar sus propias necesidades relativas a este. La no obligatoriedad de esta fase y la importancia del apoyo social sugieren que una intervención dirigida mejorar el apoyo social percibido puede ser beneficiosa desde la fase inicial del tratamiento.

El protocolo habitual es que cada usuario debe acudir dos veces por semana a las reuniones de su grupo, excepto en la fase de mantenimiento, en la que solo deben asistir una vez por semana. Debido a la pandemia provocada por el COVID-19 y a la dificultad de manejar grupos relativamente grandes y compartir espacios comunes, cada grupo tiene una sesión a la semana en lugar de dos, y esta se está realizando de forma *online*. Actividades como las convivencias, en las que era más sencillo fomentar las relaciones de apoyo entre compañeros de terapia, tampoco se pueden realizar en el momento actual.

El presente programa pretende complementar las terapias *online* que ya se están realizando o que podrían realizarse, tanto en un contexto normalizado como en un

contexto de emergencia como es el provocado por el COVID-19, en las que el apoyo social puede encontrar más obstáculos a la hora de desarrollarse.

2 Población objetivo

El presente programa es un proyecto de intervención, diseñado para la implantación en la Asociación Gallega de Jugadores Anónimos (AGAJA). Los participantes serán jugadores y jugadoras que estén comenzando su tratamiento en la asociación, así como las personas de apoyo que los acompañan, y que tienen sus propios grupos de terapia de familiares. Estos usuarios proceden de toda la Comunidad Autónoma de Galicia y tienen edades comprendidas entre los 20 y los 55 años.

Los participantes procederán de dos grupos de terapia de iniciación que se consoliden en junio de 2021, uno de jugadores y otro formado a partir de los familiares de esos jugadores que desean ayudarles y participar en su proceso de rehabilitación. De cada uno de estos grupos se seleccionará a un máximo de 7 personas para su participación en las sesiones, dando lugar a un total de 14 personas.

Como criterios de inclusión para formar parte de la intervención, los jugadores deben ser mayores de 18 años y presentar problemas con el juego de azar en la actualidad. Los familiares o personas de apoyo también deben ser mayores de 18 años. Además, se excluirá a aquellas personas que muestren algún tipo de deterioro cognitivo que impida su participación en las actividades y aquellas que demuestren una clara incompatibilidad de horarios o imposibilidad de conectarse a las sesiones *online*.

Motivados por las diferencias de género en las prevalencias y por la experiencia previa de la asociación, se espera que los jugadores participantes sean mayoritariamente hombres y las personas de apoyo, mujeres (parejas o esposas de los jugadores).

3 Objetivos generales y específicos

El objetivo general de este proyecto es incrementar el apoyo social percibido de jugadores y familiares desde la primera fase del tratamiento, para mejorar el bienestar subjetivo de ambos grupos, influyendo de forma positiva en el proceso de rehabilitación y sus resultados. Esto se llevará a cabo mediante el fortalecimiento de las redes de apoyo social y la formación de nuevas relaciones, que permitan la mejora en el bienestar de los usuarios participantes en el programa.

De este objetivo general se derivan los siguientes objetivos específicos:

- Reflexionar sobre el impacto negativo que la conducta de juego ha tenido en diversos aspectos de sus vidas (laboral o educativo, familiar, de amistad, etc.).
- Establecer nuevas relaciones de apoyo o reforzar las existentes entre compañeros/as de terapia, basadas en un contexto de ayuda mutua.
- Analizar las redes de apoyo de jugadores y familiares para identificar las fortalezas y debilidades de estas.
- Adquirir habilidades de soporte emocional, tanto por parte de los jugadores como de las personas que conviven con los jugadores o les prestan su apoyo, para mejorar el bienestar subjetivo de ambas partes.
- Identificar hábitos cotidianos poco saludables y aprender nuevas conductas sociales que los sustituyan para favorecer el establecimiento de una rutina con alternativas al juego.

En esta intervención, jugadores y familiares tienen objetivos comunes que responden a sus similares necesidades en el ámbito del apoyo social, pero que se trabajan de forma distinta a través de las actividades. Además de estos aspectos, se incentivará la introducción de una perspectiva de género, abordando la distribución de los cuidados, la gestión de los conflictos relacionados con ellos y la motivación de los jugadores para enmendar ciertos aspectos de su vida en los que han sido negligentes debido a la conducta de juego.

4 Evaluación

Con la finalidad de recoger información sobre el cumplimiento de los objetivos y la eficacia del programa, el profesional de la psicología encargado de la intervención llevará a cabo una evaluación inicial y una evaluación final.

Para la realización de la evaluación inicial, se les enviará a los participantes una versión *online* de los instrumentos a su correo electrónico dos semanas antes del comienzo de las sesiones. Se les recordará de forma regular y mediante mensajería instantánea y/o en sus terapias grupales, que la cumplimentación de los documentos es necesaria; y tendrán de plazo hasta el día anterior al comienzo de las sesiones del programa con su grupo.

Los instrumentos empleados en la evaluación inicial son:

- Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS; Landeta y Calvete, 2002), adaptación de *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS; Zimet et al., 1988). Esta escala de 12 ítems mide las percepciones del individuo sobre el apoyo que recibe de tres fuentes diferentes de su entorno: familia, amigos y pareja o persona con la que se mantiene una relación más íntima (*significant other*). Cada una de estas fuentes cuenta con su propia subescala de 4 ítems, que se valoran de 1 a 7.
- Subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo de la Escala de Bienestar Psicológico (EPB; Sánchez-Cánovas, 2013). La Escala de Bienestar Psicológico consta de 65 ítems, que se valoran de 1 a 5. Esta escala evalúa el bienestar psicológico subjetivo, el bienestar material, el bienestar laboral y el bienestar de las relaciones de pareja. La Subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo (30 ítems), que es la que nos interesa aplicar, evalúa la percepción subjetiva general de felicidad o bienestar.

Como evaluación de proceso durante los seis meses de duración de la intervención, el psicólogo responsable de la intervención realizará una observación conductual (en la medida en la que las sesiones *online* lo permiten). Se llevará a cabo también un registro de incidentes críticos, que permita abordar las necesidades de los participantes más rápidamente y un mejor desarrollo de las sesiones.

La evaluación final se realizará en la semana posterior a la última sesión del programa. Los instrumentos serán los mismos que se emplearon en la evaluación inicial:

- Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS; Landeta y Calvete, 2002), adaptación de *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS; Zimet et al., 1988).
- Subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo de la Escala de Bienestar Psicológico (EPB; Sánchez-Cánovas, 2013).

Además, los participantes cubrirán un Cuestionario de Satisfacción (CSQ-8; Echeburúa y Corral, 1998), adaptación del *Client Satisfaction Questionnaire* (CSQ-8; Larsen, Attkinson, Hargreaves & Nguyen, 1979). De no recibirse respuesta de los participantes en el plazo estipulado, el equipo seguirá estableciendo contacto con ellos mediante las terapias de grupo o por otros medios (teléfono, mensajería instantánea o correo electrónico), solicitando su colaboración para cumplimentar la documentación requerida.

A modo de seguimiento, se administrarán de nuevo los instrumentos anteriormente mencionados 3, 6 y 12 meses después de finalizar el programa de intervención. Los monitores seguirán observando el cumplimiento de los objetivos establecidos en la **Actividad 6.3**, y la propuesta y cumplimiento de otros nuevos objetivos durante el desarrollo de las reuniones grupales.

Puede consultar un resumen del proceso de evaluación en la Tabla 1, en el apartado **6. Cronograma**.

5 Procedimiento

El programa se desarrollará a lo largo de seis meses, del mes de julio al mes de diciembre de 2021. Todas las sesiones se realizarán en formato *online*, mediante videollamadas, y serán dirigidas por un psicólogo. Los monitores de cada grupo podrán estar presentes también en el transcurso de las sesiones.

El procedimiento y los recursos necesarios son similares a los que se emplean en las reuniones *online* que se han desarrollado debido a las restricciones provocadas por el

COVID-19. Es necesario que los participantes cuenten con un dispositivo electrónico (móvil, *tablet*, ordenador, etc.) y con acceso a una plataforma de videollamada que permita la participación en las actividades. De no tener un dispositivo electrónico, la asociación cuenta con algunos que podría ceder en préstamo.

La presentación del programa a los usuarios de la asociación y la selección de la muestra de participantes se hará mediante sus reuniones de grupo habituales o por vía telefónica. Se les proporcionará información sobre los objetivos del programa, sobre las actividades que se desarrollarán y, en el futuro, sobre los resultados de este si así lo desean.

Tratarán de acordarse los días y horas que interfieran lo menos posible con los horarios de trabajo de los participantes, para alcanzar la máxima participación. De ser muy complicado llegar a un nivel alto de participación por la incompatibilidad de horarios, se estudiaría la opción de realizar algunas sesiones en el horario de la terapia habitual.

El grupo compuesto por jugadores realizará un total de ocho sesiones de una hora. Estas tendrán una frecuencia mensual, excepto en los meses de octubre y noviembre, en los que se realizarán dos sesiones mensuales. Para el grupo de familiares, las sesiones serán seis, con una frecuencia mensual.

Algunas sesiones (4 y 7) unen al grupo de jugadores con el grupo de familiares de forma excepcional. En otras, como la sesión 3 de los familiares y las sesiones 3 y 6 de los jugadores, participan antiguos usuarios de la asociación para ofrecer su experiencia previa en el tratamiento y sus conocimientos. Por último, la sesión final (8 en el caso de los jugadores y 6 en el caso de los familiares) es similar para ambos grupos, conteniendo una reflexión sobre los contenidos tratados en el programa y una explicación sobre el proceso de evaluación final. La temporalización de estas sesiones se describe en la Tabla 1 del siguiente apartado (**6. Cronograma**).

6 Cronograma

Tabla 3

Resumen de las Fases de la Intervención y Proceso de Evaluación.

FASE DE LA INTERVENCIÓN	JUGADORES	FAMILIARES	TEMPORALIZACIÓN	DURACIÓN
1	Selección de los participantes.		Julio (2021)	1 semana
2	Evaluación inicial - Aplicación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS; Landeta y Calvete, 2002). - Aplicación de la Subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo de la Escala de Bienestar Psicológico (EPB; Sánchez-Cánovas, 2013).		Julio (2021)	1 semana
3 SESIONES *	1. Haciendo nuevos amigos.	1. Primero debemos cuidarnos nosotros mismos.	Julio (2021)	1h
	2. Dibújame un mapa para poder encontrarnos.	2. La X marca el lugar.	Agosto (2021)	1h
	3. Todos cometemos errores.	3. Debemos mantener la calma.	Septiembre (2021)	1h
	4. El apoyo es cosa de dos.		Octubre (2021)	1h
	5. Navegando por la red.		Octubre (2021)	1h
	6. ¿Dónde estamos y a dónde queremos llegar?		Noviembre (2021)	1h
	7. Seamos el cambio. / 5. Seamos el cambio.		Noviembre (2021)	1h
	8. ‘¡Hasta pronto!’	6. ‘Adiós... pero hasta luego’.	Diciembre (2021)	1h

Tabla 3

Resumen de las Fases de la Intervención y Proceso de Evaluación (cont.).

FASE DE LA INTERVENCIÓN	JUGADORES	FAMILIARES	TEMPORALIZACIÓN	DURACIÓN
4	Evaluación final - Aplicación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS; Landeta y Calvete, 2002). - Aplicación de la Subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo de la Escala de Bienestar Psicológico (EPB; Sánchez-Cánovas, 2013). - Aplicación del Cuestionario de Satisfacción (CSQ-8; Echeburúa y Corral, 1998).		Diciembre (2021)	1 semana
	Seguimiento - Aplicación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS; Landeta y Calvete, 2002). - Aplicación de la Subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo de la Escala de Bienestar Psicológico (EPB; Sánchez-Cánovas, 2013). **Los monitores seguirán observando el cumplimiento de los objetivos establecidos en la Actividad 6.3, y la propuesta y cumplimiento de otros nuevos objetivos durante el desarrollo de las reuniones grupales.		Marzo (2022) Junio (2022) Diciembre (2022)	-

*Como **evaluación de proceso** durante las sesiones, el psicólogo una observación conductual y un registro de incidentes críticos.

A continuación, se desarrollan cada una de las sesiones recogidas en esta tabla.

7 Sesiones y actividades

7.1 Sesiones con el grupo de jugadores

Sesión 1: Haciendo nuevos amigos	
Temporalización	1 hora
Formato	Grupal, <i>online</i> .
Descripción	➤ Actividad 1.1. Presentación de los profesionales que dirigirán el programa. ➤ Actividad 1.2. Explicación sobre el plan de trabajo y las actividades que se llevarán a cabo. ➤ Actividad 1.3. Dinámica de presentación de los participantes. Aunque ya se conozcan, se incentivará que lo hagan de forma más profunda en un contexto más relajado que la terapia de grupo y se remarcarán las experiencias, aficiones o gustos que tengan en común. ➤ Actividad 1.4. Dudas y sugerencias.
Recursos necesarios	Despacho, ordenador, altavoces, micrófono, acceso a la plataforma de videollamada.
Observaciones	En esta sesión se identificará a aquellas personas más y menos implicadas y participativas para modular su participación en las siguientes sesiones.

Sesión 2: Dibújame un mapa para poder encontrarnos	
Temporalización	1 hora
Formato	Grupal, <i>online</i> .
Descripción	➤ Actividad 2.1. Definición del apoyo social desde la perspectiva estructural. ➤ Actividad 2.2. Construcción de un mapa de la red social de cada participante. ➤ Actividad 2.3. Puesta en común y análisis de las redes sociales de los participantes. Comparación de las diferentes características de las redes sociales mostradas. Los participantes deben reflexionar sobre si hay algún conflicto en su red que les gustaría resolver o alguna relación que mejorar.
Recursos necesarios	Despacho, ordenador, altavoces, micrófono, acceso a la plataforma de videollamada, documento (.pdf) sobre el mapa de la red social.
Observaciones	Para la realización de la actividad es conveniente que los participantes tengan a mano papel y bolígrafo para hacer anotaciones sobre las actividades. Se les dará un tiempo al comienzo de la sesión para que reúnan los materiales. Se les proporcionará un documento (.pdf) con el esquema del mapa de la red social, para facilitar la explicación y consulta.

Sesión 3: Todos cometemos errores	
Temporalización	1 hora
Formato	Grupal, <i>online</i> .
Descripción	➤ Actividad 3.1. Presentación de antiguos usuarios (exjugadores) y relato breve sobre su paso por la asociación. ➤ Actividad 3.2. Exposición de los antiguos usuarios sobre las frustraciones que sentían al comienzo del tratamiento y los errores que cometieron con sus personas de apoyo. Se les pedirá a los asistentes que comenten si se sienten identificados con lo que se está relatando y que aporten ejemplos de conductas que podrían mejorar para facilitar la recepción del apoyo que sus familiares ofrecen. ➤ Actividad 3.3. Discusión sobre los conflictos que se pueden dar entre jugadores y familiares, abordando las mejoras formas de gestionarlos manteniendo siempre el respeto. <i>Roleplay</i> sobre las estrategias de resolución de conflictos.
Recursos necesarios	Despacho, ordenador, altavoces, micrófono, acceso a la plataforma de videollamada, documento (.pdf) sobre estrategias de resolución de conflictos, presentación en PowerPoint (opcional).
Observaciones	El grupo contará con la participación de dos antiguos usuarios que hayan terminado su proceso de rehabilitación. Se procurará que estos sean un hombre y una mujer, con el propósito de que los participantes puedan sentirse más identificados con ellos. Se les proporcionará a los participantes un documento (.pdf) con un resumen de las estrategias de resolución de conflictos para facilitar la explicación y posterior consulta.

Sesión 4: El apoyo es cosa de dos	
Temporalización	1 hora
Formato	Grupal, <i>online</i> .
Descripción	➤ Actividad 4.1. Repaso breve de los contenidos sobre asertividad y gestión de conflictos que se abordaron en la sesión anterior, tanto de jugadores como de familiares. ➤ Actividad 4.2. Reflexión de los usuarios de ambos grupos sobre las consecuencias negativas que la conducta de juego ha tenido en sus relaciones de pareja, familiares y laborales. ➤ Actividad 4.3. Discusión sobre quién y cómo se hace cargo de los cuidados de las personas de su entorno y la importancia del reparto de tareas. Reflexión sobre la necesidad de retomar las responsabilidades cotidianas que se dejaron de lado a causa de la conducta de juego (por parte de los jugadores) y la relevancia de ayudar a otros además de ser ayudados.
Recursos necesarios	Despacho, ordenador, altavoces, micrófono, acceso a la plataforma de videollamada, presentación en PowerPoint (opcional).
Observaciones	*Esta sesión es mixta (se une el grupo de jugadores y el de familiares).

Sesión 5: Navegando por la red	
Temporalización	1 hora
Formato	Grupal, <i>online</i> .
Descripción	➤ Actividad 5.1. Definición del apoyo social y exposición sobre los tipos de apoyo social desde la perspectiva funcional. ➤ Actividad 5.2. Discusión sobre los tipos de apoyo que los participantes necesitan y las personas de su red que se lo proporcionan o se lo pueden proporcionar. ➤ Actividad 5.3. Cómo hacer peticiones de ayuda y apoyo efectivas.
Recursos necesarios	Despacho, ordenador, altavoces, micrófono, acceso a la plataforma de videollamada, documento (.pdf) sobre los tipos de apoyo desde la perspectiva funcional, presentación en PowerPoint.
Observaciones	Para la realización de la actividad es conveniente que los participantes tengan a mano papel y bolígrafo para hacer anotaciones sobre las actividades. Se les dará un tiempo al comienzo de la sesión para que reúnan los materiales. Se les proporcionará a los participantes un documento (.pdf) sobre los tipos de apoyo desde la perspectiva funcional para facilitar la explicación y posterior consulta.

Sesión 6: ¿Dónde estamos y a dónde queremos llegar?	
Temporalización	1 hora
Formato	Grupal, <i>online</i> .
Descripción	➤ Actividad 6.1. Coloquio con dos antiguos usuarios sobre la importancia de las rutinas y de realizar cambios en la vida cotidiana, más allá de cesar la conducta de juego, como forma de mejorar el bienestar y protegerse frente a una recaída. ➤ Actividad 6.2. Exposición sobre cómo definir y alcanzar objetivos y metas. ➤ Actividad 6.3. Dinámica de establecimiento de metas. Los participantes escribirán una conducta que deseen cambiar o una rutina que pretendan instaurar de forma inmediata e idearán unos pasos básicos para llegar a alcanzar ese objetivo. Se le dará especial importancia a incluir a otras personas en el proceso de alcanzar el objetivo y a pedir ayuda cuando lo necesiten.
Recursos necesarios	Despacho, ordenador, altavoces, micrófono, acceso a la plataforma de videollamada, presentación en PowerPoint.
Observaciones	El grupo contará con la participación de dos antiguos usuarios que hayan terminado su proceso de rehabilitación. Se procurará que estos sean un hombre y una mujer, con el propósito de que los participantes puedan sentirse más identificados con ellos, especialmente en el caso de las mujeres jugadoras. Para la realización de la actividad es conveniente que los participantes tengan a mano papel y bolígrafo para hacer anotaciones sobre las actividades. Se les dará un tiempo al comienzo de la sesión para que reúnan los materiales.

Sesión 7: Seamos el cambio	
Temporalización	1 hora
Formato	Grupal, <i>online</i> .
Descripción	➤ Actividad 7.1. Exposición sobre los beneficios de proveer apoyo además de recibirlo. Se retomará el tema de la Actividad 4.3 sobre cuidados y reparto de tareas. Se hará también mención a la Actividad 6.3, remarcando la importancia de compartir las metas con otras personas, y ayudarse unos a otros en sus procesos de consecución de objetivos. ➤ Actividad 7.2. Diálogo sobre formas de ocio saludables y sobre la importancia de incluir a otras personas en este ocio, teniendo siempre en cuenta las restricciones o recomendaciones relativas al COVID-19. Como segunda parte de esta actividad se retomará la importancia de dar apoyo a otras personas además de recibirlo, poniendo de ejemplo el voluntariado y animando a los participantes a colaborar con alguna entidad de voluntariado de su entorno.
Recursos necesarios	Despacho, ordenador, altavoces, micrófono, acceso a la plataforma de videollamada, presentación en PowerPoint (opcional).
Observaciones	*Esta sesión es mixta (se une el grupo de jugadores y el de familiares).

Sesión 8: ‘¡Hasta pronto!’	
Temporalización	1 hora
Formato	Grupal, <i>online</i> .
Descripción	➤ Actividad 8.1. Intercambio entre los usuarios y los profesionales sobre los cambios que se han producido en los participantes y en sus personas de apoyo desde que comenzó el programa. ➤ Actividad 8.2. Síntesis y principales conclusiones del programa. ➤ Actividad 8.3. Explicación sobre el procedimiento para la evaluación final y seguimiento. ➤ Actividad 8.4. Recordatorio de los recursos a los que pueden acceder en la asociación y de la disponibilidad de profesionales y compañeros para ofrecer apoyo. ➤ Actividad 8.5. Despedida.
Recursos necesarios	Despacho, ordenador, altavoces, micrófono, acceso a la plataforma de videollamada, presentación en PowerPoint.
Observaciones	-

7.2 Sesiones con el grupo de familiares

Sesión 1: Primero debemos cuidarnos nosotros mismos	
Temporalización	1 hora
Formato	Grupal, <i>online</i> .
Descripción	➤ Actividad 1.1. Presentación de los profesionales que dirigirán el programa. ➤ Actividad 1.2. Explicación sobre el plan de trabajo y las actividades que se llevarán a cabo. ➤ Actividad 1.3. Dinámica de presentación de los participantes. Se les pedirá que hablen un poco sobre sus aficiones, para poder conocerse mejor, y que expliquen brevemente su relación con la persona a la que acompañan a la asociación. ➤ Actividad 1.4. Exposición breve sobre la importancia del autocuidado y formas de llevarlo a cabo. ➤ Actividad 1.5. Dudas y sugerencias.
Recursos necesarios	Despacho, ordenador, altavoces, micrófono, acceso a la plataforma de videollamada.
Observaciones	-

Sesión 2: La X marca el lugar	
Temporalización	1 hora
Formato	Grupal, <i>online</i> .
Descripción	➤ Actividad 2.1. Definición del apoyo social desde la perspectiva estructural. Construcción de un mapa de la red social de cada participante y análisis. ➤ Actividad 2.2. Definición del apoyo social desde la perspectiva funcional. Discusión sobre la importancia de recibir apoyo, aunque su papel en este proceso sea el de apoyar a otra persona. ➤ Actividad 2.3. Entrenamiento en habilidades para proporcionar a las personas a las que acompañan el apoyo que necesitan.
Recursos necesarios	Despacho, ordenador, altavoces, micrófono, acceso a la plataforma de videollamada, documento (.pdf) sobre el mapa de la red social, documento (.pdf) sobre los tipos de apoyo desde la perspectiva funcional.
Observaciones	Para la realización de la actividad es conveniente que los participantes tengan a mano papel y bolígrafo para hacer anotaciones sobre las actividades. Se les dará un tiempo al comienzo de la sesión para que reúnan los materiales. Se les proporcionará un documento (.pdf) con el esquema del mapa de la red social, para facilitar la explicación y consulta y otro con los tipos de apoyo desde la perspectiva funcional.

Sesión 3: Debemos mantener la calma	
Temporalización	1 hora
Formato	Grupal, <i>online</i> .
Descripción	➤ Actividad 3.1. Presentación de dos antiguos usuarios (familiares) y relato sobre su experiencia en la asociación con las personas a las que acompañaron y su proceso. ➤ Actividad 3.2. Exposición sobre los conflictos más comunes que se pueden dar entre jugadores y familiares. Explicación y <i>roleplay</i> sobre estrategias de resolución de conflictos. ➤ Actividad 3.3. Asertividad y conductas de apoyo. Dinámica de elección entre conductas asertivas y de apoyo adecuadas en diferentes escenarios.
Recursos necesarios	Despacho, ordenador, altavoces, micrófono, acceso a la plataforma de videollamada, presentación en PowerPoint.
Observaciones	El grupo contará con la participación de dos antiguos usuarios que hayan terminado su proceso de rehabilitación. Se procurará que estos sean un hombre y una mujer, con el propósito de que los participantes puedan sentirse más identificados con ellos. Se les proporcionará a los participantes un documento (.pdf) con un resumen de las estrategias de resolución de conflictos para facilitar la explicación y posterior consulta.

Sesión 4: El apoyo es cosa de dos

Esta sesión es la misma que la descrita en el apartado 5.1. **Sesiones con los jugadores**, ya que se realiza con un grupo mixto de jugadores y familiares.

Sesión 5: Seamos el cambio

Esta sesión se corresponde con la **Sesión 7** del apartado 5.1. **Sesiones con los jugadores**, que se realiza con un grupo mixto de jugadores y familiares.

Sesión 6: ‘Adiós... pero hasta luego’

Temporalización	1 hora
Formato	Grupal, <i>online</i> .
Descripción	➤ Actividad 6.1. Intercambio entre los usuarios y los profesionales sobre los cambios que se han producido en los participantes y en las personas a las que acompañan desde que comenzó el programa. ➤ Actividad 6.2. Síntesis y principales conclusiones del programa. ➤ Actividad 6.3. Explicación sobre el procedimiento para la evaluación final y seguimiento.

	➤ Actividad 6.4. Recordatorio de los recursos a los que pueden acceder en la asociación y de la disponibilidad de profesionales y compañeros para ofrecer apoyo. ➤ Actividad 6.5. Despedida.
Recursos necesarios	Despacho, ordenador, altavoces, micrófono, acceso a la plataforma de videollamada, presentación en PowerPoint.
Observaciones	-

8 Recursos necesarios y presupuesto

8.1 Recursos necesarios

A. Entorno natural:

- Despacho privado en el local de la asociación (para los psicólogos).
- Cuarto sin ruidos y distracciones dentro de la propia casa (para los participantes, en la medida que sea posible).

B. Materiales impresos o digitales:

- Documento (.pdf) sobre el mapa de la red social de elaboración propia (a los participantes se les proporcionará una copia digital).
- Documento (.pdf) sobre estrategias de resolución es conflictos de elaboración propia (a los participantes se les proporcionará una copia digital).
- Instrumentos de evaluación:
 - Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS; Landeta y Calvete, 2002).
 - Escala de Bienestar Psicológico (EPB; Sánchez-Cánovas, 2013).

- Cuestionario de Satisfacción (CSQ-8; Echeburúa y Corral, 1998).

C. Medios audiovisuales:

- Un ordenadores con cámara *web*, micrófono y altavoces (para el psicólogo).
- Móviles, *tablets* u ordenadores con cámara *web* y micrófono (para el resto de los participantes).
- Conexión a internet.
- Acceso a la plataforma de videollamada.

D. Medios de comunicación social:

- N/A.

E. Recursos humanos:

- 1 psicólogo que forme parte de la asociación AGAJA.

8.2 Presupuesto

En este caso particular, la asociación AGAJA dispone de los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo la intervención. Únicamente sería necesario adquirir la Escala de Bienestar Psicológico (EPB; Sánchez-Cánovas, 2013; 54,38€), pues se puede acceder gratuitamente a la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS; Landeta y Calvete, 2002) y al Cuestionario de Satisfacción (CSQ-8; Echeburúa y Corral, 1998).

Conclusiones

Las conclusiones más relevantes que se han podido extraer de esta revisión bibliográfica y propuesta de intervención son:

1. El estudio del apoyo social no es el objetivo prioritario de la mayor parte de las investigaciones analizadas, siendo reconocido por algunos autores que la relación entre el juego patológico y el apoyo social ha sido poco explorada hasta el momento actual.
2. El apoyo social muestra un efecto positivo sobre el tratamiento del juego patológico o problemático, relacionado con el éxito o la compleción de este. Este constructo ejerce también una influencia positiva tanto en la búsqueda de tratamiento como en el mantenimiento de la abstinencia postratamiento.
3. No hay resultados concluyentes sobre el efecto del apoyo social como variable predictora de la adherencia al tratamiento. En cuanto a la recaída, tampoco los estudios y resultados concuerdan completamente, pero el apoyo se muestra como un factor de protección ante ella y de predicción de su aparición.
4. El apoyo social es considerado como relevante en relación con el tratamiento y con la recaída por parte de los diversos agentes que juegan un papel en estos procesos: jugadores, familiares o personas de apoyo y profesionales. Por esta razón, es de gran importancia su implicación en actuaciones que faciliten la provisión y recepción del apoyo.

5. Existen estrategias relacionadas con el apoyo social que pueden ser empleadas para reducir o abandonar la conducta de juego (Rodda et al., 2016), y que pueden ser implementadas o fomentadas desde la intervención.

Los principales resultados y conclusiones de la revisión bibliográfica, así como otros aspectos que se han tratado en la discusión se han tenido en cuenta a la hora de diseñar la propuesta de intervención que forma parte de este Trabajo de Fin de Máster.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Avery, L., & Davis, D. R. (2008). Women's recovery from compulsive gambling: Formal and informal supports. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(2), 171–191. doi:10.1080/15332560802156919
- Báez, C., Echeburúa, E., & Fernández-Montalvo, J. (1994). Características demográficas de personalidad y psicopatología de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: Un estudio descriptivo. *Clínica y Salud*, 5(3), 289-305. doi:10.1037/t04100-000
- Bagot, K. L., Cheetham, A., Lubman, D. I., & Rodda, S. N. (2020). Predictors of strategy engagement for the prevention and reduction of gambling harm: A prospective application of the theory of planned behaviour. *International Journal of Mental Health and Addiction*. doi:10.1007/s11469-020-00265-5
- Bischof, A., Bischof, G., Meyer, C., John, U., Hodgins, D. C., & Rumpf, H. (2019). Untreated pathological gamblers: Who recovers and who does not? *International Gambling Studies*. doi:10.1080/14459795.2019.1703201
- Carlbring, P., Degerman, N., Jonsson, J., & Andersson, G. (2012). Internet-based treatment of pathological gambling with a three-year follow-up. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(4), 321-334. doi:10.1037/t03589-000

- Cummings, T. N., & Gambino, B. (1992). Perceptions by treatment staff of critical tasks in the treatment of the compulsive gambler. *Journal of Gambling Studies*, 8(2), 181-199. doi:10.1007/BF01014635
- Dobkin, P. L., Civita, M. D., Paraherakis, A., & Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97(3), 347–356. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00083.x
- Edgerton, J. D., Melnyk, T. S., & Roberts, L. W. (2015). Problem gambling and the youth-to-adulthood transition: Assessing problem gambling severity trajectories in a sample of young adults. *Journal of Gambling Studies*, 31(4), 1463-1485. doi:10.1007/s10899-014-9501-2
- FEJAR (Ed.). (2018). *Jóvenes y juego online. Guía clínica específica*. Begrafika.
- Gomes, K., & Pascual-Leone, A. (2015). A resource model of change: Client factors that influence problem gambling treatment outcomes. *Journal of Gambling Studies*, 31(4), 1651-1669. doi:10.1007/s10899-014-9493-y
- Havassy, B. E., Hall, S. M., & Wasserman, D. A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16(5), 235–246. doi:10.1016/0306-4603(91)90016-b
- Hodgins, D. C., & El-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: A comparison of resolved and active gamblers. *Addiction*, 95(5), 777–789. doi:10.1046/j.1360-0443.2000.95577713.x
- Hombrados, M. I. (Ed.). (2013). *Manual de psicología comunitaria*. Síntesis.
- Hutchison, P., Cox, S., & Frings, D. (2018). Helping you helps me: Giving and receiving social support in recovery groups for problem gamblers. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 22(4), 187-199. doi:10.1037/gdn0000090
- Kim, H. S., & Hodgins, D. C. (2018). Component Model of Addiction Treatment: A Pragmatic Transdiagnostic Treatment Model of Behavioral and Substance Addictions. *Frontiers in Psychiatry*, 9(406), 1-17. doi: 10.3389/fpsy.2018.00406
- Lin, N. (1986). Conceptualizing Social Support. In Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. M. (Eds.), *Social Support, Life Events, and Depression* (pp. 17-30). Cambridge University Press.

- Matheson, K., Wohl, M. J. A., & Anisman, H. (2009). The interplay of appraisals, specific coping styles, and depressive symptoms among young male and female gamblers. *Social Psychology, 40*(4), 212-221. doi:10.1027/1864-9335.40.4.212
- Montesinos, R., Lloret, D., Segura, J. V., & Aracil, A. (2016). La percepción del apoyo social en jugadores patológicos y su relación con el éxito del tratamiento. *Clínica y Salud, 27*(1), 15-22. doi:10.1016/j.clysa.2015.12.001
- Navas, J. F., & Perales, J. C. (2020). *Prevención de problemas asociados a los juegos de azar: Guía práctica para profesionales*. Servicio PAD.
- Oakes, J., Pols, R., Battersby, M., Lawn, S., Pulvirenti, M., & Smith, D. (2012). A focus group study of predictors of relapse in electronic gaming machine problem gambling, part 1: Factors that 'push' towards relapse. *Journal of Gambling Studies, 28*(3), 451-464. doi:10.1007/s10899-011-9264-y
- Oakes, J., Pols, R., Battersby, M., Lawn, S., Pulvirenti, M., & Smith, D. (2012). A focus group study of predictors of relapse in electronic gaming machine problem gambling, part 2: Factors that 'pull' the gambler away from relapse. *Journal of Gambling Studies, 28*(3), 465-479. doi:10.1007/s10899-011-9267-8
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Ed.). (2019). *Informe sobre Adicciones Comportamentales*. Centro de Publicaciones de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Ed.). (2017). *Estrategia Nacional sobre Adicciones: 2017-2024*. Centro de Publicaciones de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Oei, T. P. S., & Gordon, L. M. (2008). Psychosocial factors related to gambling abstinence and relapse in members of Gamblers Anonymous. *Journal of Gambling Studies, 24*(1), 91-105. doi:10.1007/s10899-007-9071-7
- Parke, A., Griffiths, M., Pattinson, J., & Keatley, D. (2018). Age-related physical and psychological vulnerability as pathways to problem gambling in older adults. *Journal of Behavioral Addictions, 7*(1), 137-145. doi:10.1556/2006.7.2018.18

- Petry, N. M., & Weiss, L. (2009). Social support is associated with gambling treatment outcomes in pathological gamblers. *The American Journal on Addictions*, 18(5), 402-408. doi:10.3109/10550490903077861
- Pietrzak, R. H., & Petry, N. M. (2006). Severity of Gambling Problems and Psychosocial Functioning in Older Adults. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 19(2), 106–113. doi:10.1177/0891988706286508
- Real Academia Española. (2020). Juego. En *Diccionario de la lengua española* (23ª ed.). Consultado el 30 de noviembre de 2020. <https://dle.rae.es/juego>
- Rodda, S. N., Hing, N., Hodgins, D. C., Cheetham, A., Dickins, M., & Lubman, D. I. (2016). Change strategies and associated implementation challenges: An analysis of online counselling sessions. *Journal of Gambling Studies*, 33(3), 955–973. doi:10.1007/s10899-016-9661-3
- Saint-Charles, J., Mongeau, P., & Biron, J. (2008). A communication perspective on video lottery terminals. *International Gambling Studies*, 8(3), 233-247. doi:10.1080/14459790802405848
- Sleczka, P., Braun, B., Grüne, B., Bühringer, G., & Kraus, L. (2016). Proactive coping and gambling disorder among young men. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 639-648. doi:10.1556/2006.5.2016.080
- Smith, D. P., Battersby, M. W., Pols, R. G., Harvey, P. W., Oakes, J. E., & Baigent, M. F. (2013). Predictors of relapse in problem gambling: A prospective cohort study. *Journal of Gambling Studies*, 31(1), 299-313. doi:10.1007/s10899-013-9408-3
- Smith, D., Harvey, P., Battersby, M., Pols, R., Oakes, J., & Baigent, M. (2010). Treatment outcomes and predictors of drop out for problem gamblers in South Australia: A cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(10), 911-920. doi:10.3109/00048674.2010.493502
- Song, L., Son, J. & Lin, N. (2011). Social Support. In Scott, J. & Carrington, P. J. (Eds.), *The Sage Handbook of Social Network Analysis* (pp. 116-128). SAGE Publications Ltd. doi: 10.4135/9781446294413.n9

- Taylor, S. E. (2011). Social Support: A Review. In Friedman, H. S. (Ed.), *The Oxford Handbook of Health Psychology* (pp. 192-217). Oxford University Press. doi: 10.1093/oxfordhb/9780195342819.013.0009
- Thomas, A. C., Sullivan, G. B., & Allen, F. C. L. (2008). A Theoretical Model of EGM Problem Gambling: More than a Cognitive Escape. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(1), 97–107. doi:10.1007/s11469-008-9152-6

Índice de tablas

<i>Tabla 1.</i> Criterio A de Juego patológico (DSM-5; APA, 2013)	9
<i>Tabla 2.</i> Resumen de Características y Resultados de los Estudios	19
<i>Tabla 3.</i> Resumen de las Fases de la Intervención y Proceso de Evaluación	55

Índice de figuras

<i>Figura 1.</i> Diagrama de Flujo de las Fases de la Búsqueda	17
--	----