

“El joc no és el lloc”

**L’addicció al joc i la vinculació amb el sentiment de
soledat**

Míriam Judith Sánchez Lafuente

Treball de Fi de Grau: Educació Social.
Facultat d’Educació, Universitat Barcelona

Tutora: Ariadna Salvà

Convocatòria juny 2024



UNIVERSITAT_{DE}
BARCELONA

Resum: El present treball de final de grau consisteix a una recerca envers el fenomen de l'addicció al joc i la vinculació amb el sentiment de soledat en població adulta, amb l'objectiu de conèixer si s'ha d'apostar per intervencions socioeducatives generadores de xarxa de relacions i suport per a persones en procés de recuperació pel joc patològic. El procés metodològic s'ha dut a terme de manera qualitativa, a través d'entrevistes semiobertes o semiestructurades dirigides a professionals que acompanyen processos de recuperació pel joc patològic en el context de Catalunya. D'aquesta manera, han participat cinc professionals seleccionades de manera intencional. Els resultats posen de manifest l'existència de soledat en el procés de recuperació pel joc patològic, així com altres sentiments i emocions que formen part del mateix procés, algunes diferències de gènere en el fenomen estudiat, la necessitat generalitzada de comptar amb el suport de xarxa en el procés, a més de detectar un canvi de perfil de persones jugadores en espais presencials i virtuals. Finalment, es conclou amb la necessitat d'apostar per intervencions socioeducatives generadores de xarxa de relacions i suport per a persones en procés de recuperació pel joc patològic, reivindicant la figura de l'educació social en l'àmbit de les socioaddiccions.

Paraules clau: Joc patològic, xarxa de suport, procés, recuperació, socioaddiccions, educació social i soledat.

Abstract: This final project consists of an investigation about gambling addiction and its connection with the feeling of loneliness in the adult population, with the aim of finding out if it is necessary to promote socio-educational interventions that generate a network of relationships and support for people in the process of recuperation from pathological gambling. The methodological process was carried out qualitatively, through semi-open or semi-structured interviews with professionals who accompany processes of recuperation from pathological gambling in the context of Catalonia. In this way, five intentionally selected professionals participated. The results reveal the existence of loneliness in the process of recovery from pathological gambling, as well as other feelings and emotions that are part of the same process, some gender differences in the phenomenon studied, the generalised need to have the support of the network in the process, as well as detecting a change in the profile of gamblers in face-to-face and virtual spaces. Finally, it concludes with the need to support socio-educational interventions that generate a network of relationships and support for people in the process of recovery from pathological damage, reclaiming the figure of social education in the area of social addictions.

Key Words: Pathological gambling, support network, process, recovery, social addictions, social education, loneliness.

ÍNDIX

1. Introducció.....	5
2. Justificació.....	7
3. Objectius de la recerca.....	9
4. Marc teòric.....	10
4.1. El joc patològic.....	10
4.2. Fases de l'addicció al joc.....	12
4.3. Tipus de joc.....	14
4.4. Les conseqüències del joc patològic i la importància de les relacions.....	16
4.5. Comorbiditat i tractaments actuals pel joc patològic.....	17
4.6. Aproximació al joc patològic des d'una perspectiva de gènere.....	19
4.7. L'aïllament i la soledat com a experiència subjectiva en adults.....	21
4.8. El joc patològic i l'educació social.....	23
5. Metodologia.....	25
5.1. Opció metodològica.....	25
5.2. Població, mostra i participants.....	25
5.3. Mostreig i criteris de selecció.....	26
5.4. Recull de la informació i anàlisis de dades.....	28
5.5. Criteris de rigor científic i ètic.....	31
5.6. Descripció i fases de la recerca.....	33
5.7. Perspectiva de gènere.....	34
6. Resultats.....	36
6.1. Anàlisi de les dades de la recerca.....	36
6.1.1 Sentiment de soledat durant l'addicció al joc.....	37
6.1.2 Detecció i influència dels sentiments durant el procés d'addicció al joc i recuperació.....	40
6.1.3 Associació de sentiments davant realitats masculines i femenines.....	42
6.1.4 Percepció professional envers el suport de la xarxa de les persones usuàries i la seva influència.....	45
6.1.5 Percepció de la soledat i aïllament en casos de joc online.....	47

6.2. Discussió.....	50
7. Conclusions.....	55
7.1 Impacte en l'educació social i línies futures.....	59
8. Referències bibliogràfiques.....	61
9. Annexos.....	66
9.1. Annex 1: Criteris clínics extrets del DSM-V-TR (American Psychiatric Association, 2014, p. 583-586):.....	66
9.2. Annex 2: Pluja d'idees i procés de construcció de les entrevistes.....	67
9.3. Annex 3: Guió entrevista professionals.....	74
9.4. Annex 4: Guió entrevista persones afectades pel joc.....	77
9.5. Annex 5: Document de consentiment informat.....	80
9.6. Annex 6: Full d'informació a les persones participants.....	81
9.7. Annex 7: Gràfics de les dades sociodemogràfiques.....	83
9.8. Annex 8: Transcripció entrevista 1.....	86
9.9. Annex 9: Transcripció entrevista 2.....	95
9.10. Annex 10: Transcripció entrevista 3.....	105
9.11. Annex 11: Transcripció entrevista 4.....	118
9.12. Annex 12: Transcripció entrevista 5.....	129

1. Introducció

El present treball vol abordar la relació entre les ludopaties i l'aparició de sentiment de soledat en les persones adultes que pateixen addicció al joc.

La ludopatia és una malaltia reconeguda per l'Organització Mundial de la Salut des de 1992 (OMS, 2002), trobant l'origen etimològic de la paraula en els termes grecs *ludos* i *pathos*, que signifiquen “joc” i “patiment” respectivament (Calderón et al., 2011). En aquest sentit, es vol investigar envers si la soledat és un sentiment que apareix en persones addictes al joc i que agreuja aquest patiment.

De fet, aquesta patologia es dona en molts casos en comorbiditat, tal com diu Dulcey (2007), és a dir, de manera paral·lela a altres situacions de complexitat, com ara el consum de tòxics, d'alcohol, trastorns d'ansietat, depressió, trastorn *obsessivocompulsiu*, quadres mentals orgànics, així com amb la presència d'una personalitat associada a la impulsivitat, tal com diu Verdura (2014), entre d'altres. Per aquest motiu, actualment existeixen teràpies no-farmacològiques i farmacològiques, les quals tenen l'objectiu de controlar el comportament impulsiu i poder gestionar la depressió a través de la medicació (Dulcey, 2007). Segons l'estudi de Palacios-Rodríguez, et al. (2020), les persones adultes atribueixen la depressió a estats de tristesa, desànim i soledat.

Altrament, García et al. (1993) afegixen als trastorns associats en l'àmbit individual (on s'inclouen les complexitats mencionades al paràgraf anterior), els trastorns associats al context familiar, social i laboral. En altres paraules, hi ha una incidència negativa envers les relacions familiars per, entre altres qüestions, les dificultats econòmiques (a causa dels deutes que pot generar el joc) i mentides sorgides, la pèrdua del cercle d'amistats pel canvi d'espai d'oci al de joc i empitjorament del rendiment laboral per tenir al cap el joc o la manera de poder aconseguir diners per reduir els deutes (Garcia et al., 1993).

Per aquest motiu, la recerca té l'objectiu de conèixer si és necessari que la intervenció socioeducativa estigui vinculada a la creació de xarxa de suport per les persones en procés de recuperació pel joc patològic. En aquest sentit, caldrà revisar i veure si existeix relació entre l'addicció al joc i l'existència del sentiment de soledat no desitjat.

No obstant això, cal tenir present que la soledat és un sentiment subjectiu que cada persona viu d'una manera diferent, atès que es defineix com la discrepància entre les expectatives que es tenen envers la xarxa social que es desitja i la que té en realitat (Martín i

González-Rábago, 2021). Ara bé, coincidint amb Martín i González-Rábago (2021), gairebé no hi ha estudis envers la soledat entre persones de mitjana edat i adultes joves, població que comprèn aquesta recerca.

En altres paraules, el fet que cada persona visqui la soledat d'una manera diferent genera la necessitat de tenir en compte aspectes com l'edat o el gènere de la persona (Martín i González-Rábago, 2021), així com incloure aspectes com el tipus d'addicció al joc que s'ha generat, on es juga és a dir, si a un espai específic de joc on podria haver-hi contacte amb altres persones (cases d'apostes, casinos, etc.) o si hi ha addicció al joc en línia i, per tant, com diuen Mullor i Canal (2019), aïllament social per aquest tipus d'apostes.

En definitiva, l'estudi treballarà la relació entre les ludopaties i el sentiment de soledat no desitjat com a vivència subjectiva de les persones adultes que pateixen addicció al joc, amb la finalitat de comprendre si es requereixen intervencions socioeducatives basades en la creació de xarxa de suport per a persones en procés de recuperació del joc patològic.

2. Justificació

A continuació es presenten les principals motivacions envers aquesta recerca. Tal com s'ha avançat, la motivació per dur a terme aquesta recerca sorgeix de l'interès per comprovar si l'addicció al joc pot generar aïllament social i/o sentiment de soledat en la persona afectada pel joc patològic.

Ara bé, aquest interès sorgeix tant de motivacions personals com professionals envers l'addicció al joc.

D'una banda, cal tenir en compte les **motivacions personals** que impulsen aquesta recerca. En aquest sentit, cal destacar que, fa uns anys, en el meu àmbit familiar, es va donar una situació en la qual una persona va esdevenir jugadora patològica, de manera silenciada, però amb conseqüències com mentides (per tapar la situació d'addicció al joc) i deutes que requerien suport econòmic de l'entorn familiar. Tot i la voluntat de voler ajudar a aquest familiar, resultava molt difícil fer-ho a causa de la manca de comunicació, silencis que amagaven informació i desconeixement envers aquesta situació d'addicció al joc, així com de les conseqüències que comporta. A partir d'aquí vaig reflexionar envers la possible situació de vergonya derivada de la situació viscuda, així com la possible manca de confiança i seguretat per transmetre a l'entorn la complexitat de les vivències amb relació al joc.

En aquest sentit, es va començar a veure que l'addicció al joc, era una addicció que, fins i tot, es promovia, per exemple a través de la publicitat i màrqueting que impulsen personatges reconeguts, tal com exposen Mullor i Canal (2019). Per tant, hi ha molt estímuls ambientals que influeixen en la possibilitat de jugar i, en conseqüència, de poder desenvolupar addicció. Així mateix, com exposen García et al. (1993) l'Administració de l'Estat es beneficia del joc patològic (de vegades), tanmateix, es desconeixen les intervencions específiques sobre la prevenció i/o tractament del joc patològic. Són un bon exemple d'això les Loteries de l'Estat.

De fet, el joc és i ha sigut molt present a la societat, de fet, "Todos los humanos jugamos, pero no todos los humanos apuestan, la apuesta es elemento de riesgo adicional que puede convertir una actividad lúdica y placentera en una enfermedad" (Dulcey, 2007: 39). És molt fàcil jugar i, fins i tot, convidar a jugar, per exemple, al Bingo a moltes festivitats. Dulcey (2007) explica que el joc patològic es dona quan el joc deixa de ser una activitat social per convertir-se a una malaltia que genera dany en la persona jugadora, donant-se així conseqüències en la salut, econòmiques i emocionals.

Per tant, en l'àmbit personal, la motivació principal fou l'experiència familiar propera que va generar reflexió envers les possibles conseqüències de l'addicció al joc, la manca de coneixement d'aquesta a causa de la normalització existent i del baix coneixement envers com intervenir amb persones que pateixen les conseqüències del joc patològic.

Així doncs, continuant amb el mencionat anteriorment, també es parteix de **motivacions professionals**. En primer terme, cal destacar que, durant el grau d'Educació Social, gairebé no se sent parlar de la intervenció socioeducativa en l'addicció al joc, de manera que, fer recerca envers aquesta temàtica, és una oportunitat professional per conèixer un àmbit desconegut d'actuació.

En segon terme, cal destacar que quan es pensa en el perfil de la persona afectada per la ludopatia, s'atribueix a pensar en un perfil masculinitzat. Tal com exposa Vázquez (2012), les dones tendeixen a demanar menys ajuda perquè mantenen en secret més temps la situació d'addicció al joc. Altrament, aquesta autora destaca que les dones que juguen patològicament pateixen, a més de l'addicció, les conseqüències dels estigmes que suposa ser “dona i jugadora”, que s'atribueix a ser una “viciosa o degenerada”, motiu pel qual prefereixen no visibilitzar la seva realitat (Vázquez, 2012). Per tant, cal destacar que és una motivació conèixer la realitat que envolta a les dones que pateixen les conseqüències del joc patològic, així com conèixer si hi ha diferències que s'hagin de tenir en compte a l'hora d'intervenir en aquest àmbit. A més, és important fer recerca considerant la realitat femenina, és a dir, treballar la investigació de les intervencions socioeducatives des d'una perspectiva de gènere.

Darrerament, com a professional de l'Educació Social és important conèixer les diferents possibles realitats que pot viure una persona. En aquest sentit, estudiar i fer recerca en un tema, molt sovint oblidat, com és el joc patològic, permetrà identificar conseqüències i/o símptomes que s'atribueixen a dones i homes en situació d'addicció al joc. Per tant, el coneixement envers aquest àmbit permetrà, com a professional, identificar factors de risc envers el desenvolupament de ludopaties, essent, doncs, una motivació professional d'aquest treball, a més de la reivindicació del rol socioeducatiu en aquest àmbit.

3. Objectius de la recerca

Considerant els aspectes mencionats amb anterioritat es vol reiterar que el present treball contemplarà la relació entre les ludopaties i el sentiment de soledat en persones adultes. De fet, la recerca estudiarà si l'addicció al joc pot generar aïllament social i/o sentiment de soledat en la persona afectada pel joc patològic, entre altres qüestions específiques. En aquest sentit, la pregunta de recerca es dirigeix a saber si el tractament de les ludopaties hauria d'incloure la creació de xarxa de relacions i suport.

En conseqüència, l'**objectiu general** de la recerca plantejada és conèixer si s'ha d'apostar per intervencions socioeducatives generadores de xarxa de relacions i suport per a persones en procés de recuperació pel joc patològic.

Per aquest motiu, es requereix establir uns **objectius específics**:

- Comprovar si l'addicció al joc pot generar sentiment de soledat en el procés segons les percepcions de les persones professionals.
- Comprendre l'experiència envers els sentiments trobats a causa de l'addicció al joc des de la visió professional.
- Considerar les vivències femenines i masculines envers les dificultats i sentiments sorgits de l'addicció al joc.
- Expressar la vinculació de la persona jugadora amb la seva xarxa i entorn de relacions des d'una mirada professional.
- Conèixer si el joc online influeix a un major sentiment de soledat i d'aïllament de la persona que hi juga patològicament.
- Reivindicar la figura de l'educació social dins l'àmbit de les socioadiccions.

4. Marc teòric.

A continuació es presenta el marc teòric de la recerca, estructurat en vuit blocs: Primerament es contextualitza el joc patològic. En segon lloc, es parla de les fases d'addicció al joc. A continuació, es presenten les tipologies de joc. Seguidament, es dóna rellevància a les conseqüències que genera el joc patològic en la persona i l'impacte en les relacions. Després, es parla de la comorbiditat i els tractaments actuals pel joc patològic. En sisè lloc, es fa una aproximació a la realitat del joc patològic des d'una perspectiva de gènere. En setè lloc, es parla de l'aïllament i la soledat com a experiència subjectiva i, finalment, es destaca la relació entre el joc patològic i l'educació social.

4.1. El joc patològic.

El joc patològic, seguint el CIE-10, és un trastorn que “consiste en episodios frecuentes e iterativos de juego, que dominan la vida de la persona en detrimento de sus obligaciones y de sus valores sociales, ocupacionales, económicos y familiares” (OMS, 2008, p. 343).

De fet, Vázquez defineix aquesta malaltia com la impossibilitat de resistir als impulsos del joc, essent un trastorn en el control que comporta conseqüències en l'àmbit personal, familiar, professional i social, atès que es genera una dependència (2012), tal com es contemplarà més endavant. En altres paraules, apareix un factor patològic que controla al subjecte, així com els impulsos cap al joc (Calderón et al., 2011), de manera que es dóna, tal com defineix Belloch et al., una addicció no tòxica, és a dir, sense consum de substàncies (citat a Calderón et al., 2011).

Així mateix, l'Observatori Espanyol sobre les Drogues i les Addiccions (2002) assenyala que un 58,1% de la població entre 15 i 64 anys ha jugat amb diners. No obstant això, no totes les persones que juguen desenvolupen aquest trastorn, de manera que el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, d'ara endavant, DSM-V-TR, exposa els criteris clínics actuals que permeten considerar si existeix un trastorn per descontrol d'impulsos, en concret, cap al joc (American Psychiatric Association, 2014, 585-586), tal com es pot observar a *l'annex 1*.

A partir d'aquests criteris, l'Observatori Espanyol sobre les Drogues i les Addiccions va dur a terme una enquesta basada en el DSM-V-TR per veure la possible existència de trastorn del joc (2022). En aquest sentit, estimen que l'1,7% de la població té problemes amb el joc,

especificant que un 1,3% correspon a un perfil de jugador problemàtic, mentre que un 0,4% fa referència al perfil de jugador patològic (2022), els quals es definiran més endavant.

Continuant amb l'anterior, és crucial destacar alguns factors de risc que poden influir en el desenvolupament del joc patològic. Urdaniz (citada a Calderón et al., 2011) considera que l'inici i desenvolupament de la ludopatia requereix parlar de multicausalitat, destacant quatre factors. Primerament, els **socioambientals**, essent destacable el fàcil accés al joc, així com l'impuls que generen els mitjans de comunicació (Botella i Robert citada a Calderón et al., 2011). En altres paraules, la publicitat i el màrqueting acompanyen i col·laboren (Mullor i Canal, 2019) que les persones juguin a través de les recomanacions de figures reconegudes, configurant estímuls ambientals que promouen situacions de complexitat amb el joc.

Segonament, alguns estudis consideren que hi ha factors **biològics** que són diferencials entre persones jugadores de forma patològica i les que no ho són (Calderón et al., 2011). D'una banda, alguns autors (citats a Calderón et al., 2011) destaquen la falta de noradrenalina. N'és destacable la funció d'aquest neurotransmissor per regular els estats d'ànims, l'atenció i la necessitat d'afrontar o fugir de situacions d'estrès. Per compensar aquesta manca de noradrenalina, segons Zuckerman (citada a Sáiz i Ibáñez, 1999), els individus tendeixen a " cercar sensacions " i estímuls per restablir l'equilibri i alliberar-se del malestar. D'altra banda, alguns autors consideren que hi ha problemes en la diferenciació hemisfèrica (citada a Calderón et al., 2011), mentre que d'altres consideren que hi ha alteracions als lòbuls frontals i temporals (citada a Sáiz i Ibáñez, 1999). Darrerament, es destaca més alliberament de substàncies com la serotonina i altres que influeixen en el comportament i conductes de joc (Calderón et al., 2011). Sáiz i Ibáñez (1999) justifiquen i destaquen la manca de serotonina a partir del dèficit en el control d'impulsos, present també en altres trastorns.

Tercerament, també existeixen factors **psicològics i personals**, per exemple, continuant amb la "recerca de sensacions" mencionada al paràgraf anterior, hi ha persones amb una personalitat que tendeix a sentir-se còmode en situacions de risc (Urdaniz citada a Calderón et al., 2011). Així mateix, el pensament supersticiós, atribuït a un locus de control extern envers successos negatius, la baixa autoestima i la manca d'habilitats, són trets de la depressió, de manera que el joc activa a la persona jugadora per contrarestar el comportament depressiu (Urdaniz citada a Calderón et al., 2011). De la mateixa manera, algunes persones fan servir el joc per desconnectar de l'ansietat, altres addiccions, la dependència, l'autocontrol, el

sentiment d'abandonament o soledat, la falta d'aprovació, la insatisfacció amb el projecte vital, la tendència a l'aïllament, entre altres (Calderón et al., 2011).

Finalment, es destaca la influència de **factors socials i culturals** envers l'accés al joc, el qual és socialment acceptat i promogut a través dels mitjans de comunicació (Calderón et al., 2011), tal com ja s'ha destacat. Convé mencionar la rellevància que es dona a la família, atès que és important que les persones aprenguin a jugar i interactuar amb l'entorn, treballar les habilitats socials i la possibilitat de treballar les debilitats, en contraposició a sentiments d'insuficiència que poden derivar a caure en el joc com a oportunitat de guanyar, tenir aprovació i reconeixement (Calderón et al., 2011). En aquest sentit, es destaca la importància de l'educació que contraresti, com diu Greenberg (citada a Calderón et al., 2011) personalitats parentals "inestables", competitives, energètiques, que promouen la competició i l'èxit personal, atès que generen factors de risc.

4.2. Fases de l'addicció al joc.

Ara bé, no totes les persones que juguen esdevenen una addicció, sinó que existeixen diferents perfils davant el joc. En aquest sentit, Salaberría et al., (1998) sintetitzen, a partir de les aportacions de González, així com de Labrador i Becoña, quatre tipologies de jugadors/es. Primerament, els *jugadors professionals* que tenen el joc com a forma de vida i professió, a partir de jocs on es requereix habilitat i experiència, apostant a partir de càlculs i no deixant-se emportar per les emocions (Salaberría et al., 1998). Segonament, els *jugadors socials*, que juguen per entreteniment, plaer o sociabilitat d'una manera esporàdica i poden deixar-ho en qualsevol moment perquè els resultats no influeixen en l'autoestima personal (Salaberría et al., 1998). Tercerament, els *jugadors problemàtics*, que juguen amb despeses significatives que poden generar situacions problemàtiques (Salaberría et al., 1998) com pèrdua de relacions socials, de manera que si augmenten les pèrdues i no es poden assumir, hi ha major risc d'esdevenir jugador patològic. Tanmateix, no acaben de complir els criteris clínics per ser patològics (Dulcey, 2007). Darrerament, el *jugador patològic* experimenta la pèrdua de control i dependència envers el joc (Salaberría et al., 1998). En altres paraules, es té en compte l'impacte envers la qualitat de vida de la persona que juga, anant més enllà de les freqüències i quantitat de diners apostats (Dulcey, 2007).

Així mateix, el procés d'addicció no és automàtic ni es considera que una persona amb algun dels factors de risc sigui *ludòpata*, sinó que, segons Custer, investigador rellevant de la matèria, es dona un procés a partir de tres fases que es comentaran breument, essent un

procés que comença amb les primeres apostes i deriva a la pèrdua de control, que pot donar-se a qualsevol edat (citat a Vázquez, 2012).

En primer lloc, la fase de guanys (Custer citat a Vázquez, 2012), on hi ha un primer contacte amb el joc i l'excitació que generen els guanys. Així, la persona comença a jugar i aposta amb més freqüència i intensitat, generant plaer, excitació i autoestima. Aquesta primera fase és on s'observa a més jugadors socials, que no acostumen a fer el següent pas (Custer citat a Vázquez, 2012). Custer menciona que en aquesta fase, els jugadors/es problemàtics/ques acostumen a tenir una història de “gran guany” que associen a una habilitat personal, generant un pensament envers que podran repetir aquest enginy (citat Vázquez, 2012).

En segon lloc, la fase de pèrdues, on sorgeix un optimisme irracional envers els guanys, comentant constantment les fites assolides mentre el joc queda present a la ment (Custer citat a Vázquez, 2012). En aquesta fase, es comença a jugar d'una forma més solitària, perdent el context social, hi ha apostes més considerables i més pèrdues que acaben amb els guanys (Custer citat a Vázquez, 2012). Per aquest motiu, cada cop la persona aposta més, amb la finalitat de recuperar la inversió i comença “la caça”, és a dir, demanar préstecs, atès que les pèrdues amenacen l'autoestima del jugador i la seva situació financera, essent necessari donar resposta per evitar que l'entorn descobreixi la situació (Custer citat a Vázquez, 2012). Així doncs, comencen les mentides i una major inversió del temps de treball per jugar, disminueix la productivitat de la persona, donant-se conflictes en l'àmbit laboral i familiar, atès que la persona passa menys temps en aquest entorn (Custer citat a Vázquez, 2012). En altres paraules, quan la persona perd diners, pensa que això canviarà, reforçant la seva idea envers la possibilitat de poder continuar guanyant (Sánchez, 2003), com en la fase anterior. De fet, sorgeixen pensaments distorsionats, així com irracionals que recorden selectivament els guanys anteriors, sobrevalorant aquestes fites, mentre que s'infravaloren les pèrdues, deixant-les a l'oblit (Sánchez, 2003). Per alguns autors, aquesta distorsió cognitiva genera que moltes persones amb problemes amb el joc considerin que l'etapa prèvia al desenvolupament de la seva addicció fos la fase de guanys (Sánchez, 2003).

En tercer lloc, la fase de desesperació, on apareix el pànic per la gran quantitat de temps i diners invertits en el joc a causa dels deutes existents, el desig de tornar-los, el deteriorament de la relació familiar i social, la connotació social negativa i la nostàlgia envers la fase de guanys (Custer citat a Vázquez, 2012). En aquest punt, la persona sent desesperació per trobar diners, de vegades il·legalment o a partir de delictes, de manera que la persona queda

hipersensible i sent que el món es desmunta al seu voltant, amb indefensió i desesperança (Custer citat a Vázquez, 2012), on sovint es dona depressió, pensaments i intents de suïcidi. Lesieur i Rosental (citats a Vázquez, 2012) consideren que aquesta desesperança podria ser una quarta fase, on la persona assumeix que no podrà deixar de jugar i necessita el joc en si.

4.3. Tipus de joc.

Tanmateix, jugar no és quelcom nou, sinó que a excavacions arqueològiques s'han trobat estris que s'han considerat joguines (Dulcey, 2007). No obstant això, els tipus de joc als quals es referirà aquest apartat tenen trets significatius i, a més, alguns s'adapten a les circumstàncies i canvis socials existents. Així doncs, es destaquen els jocs públics (com ara les loteries) i privats (on s'inclouen els típics jocs de casinos), en els quals existeix l'atzar i les apostes (Calderón et al., 2011), que en anglès es denomina *gambling*. En aquest sentit, el 1996, Irurita (citat a Calderón, et al., 2011) va distingir entre jocs actius i jocs passius:

D'una banda, els jocs actius són aquells on el jugador ha de tenir o creuen tenir un coneixement o estratègia necessària per guanyar, com ara a la ruleta, jocs de cartes, daus, apostes amb diners de cavalls o esportives, jocs de casino, etc. D'altra banda, els jocs passius són aquells que no requereixen acció, sinó que depèn de la sort, com ara el bingo, les loteries, les màquines d'escurabutxaques, etc. Així i tot, existeixen “pensaments màgics” envers les possibles estratègies, com ara l'hora en la qual s'esdevé el joc, qui cantarà el bingo, entre altres (citat a Calderón et al., 2011). També Irurita (citat a Calderón et al., 2011) estableix una distinció entre joc continu (aquells que tenen resultats immediats) i joc discontinu (on el resultat de l'aposta pot haver d'esperar hores o dies).

A més, tal com afirmen de la Calle i Muñoz (2018), les tecnologies han aparegut a la societat, així com a les rutines de les persones, influint en la relació amb les altres persones. En aquest sentit, convé destacar que l'estudi realitzat per López-Torres et al. (2020) assenyala que la modalitat de joc més present a la seva mostra va ser l'aposta esportiva online, de manera que conclouen amb el traspàs del predomini de les màquines escurabutxaques (que tradicionalment estaven darrere de molts casos de joc patològic) envers apostes online com a modalitat de joc més present. De fet, el trastorn pel joc és més present en persones que juguen online que en formats presencials (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2022). Per tant, convé destacar que Internet, així com les noves tecnologies faciliten l'accés al joc, donant-se, en part, la **digitalització** d'aquest.

Així doncs, es destaca la rellevància i aparició del joc online com aspecte a tenir present en la recerca envers si les intervencions socioeducatives generadores de xarxa són òptimes per treballar el procés de recuperació del joc patològic. Així mateix, es considera rellevant la creixent presència d'adults joves, inclús amb ja formació universitària, en aquesta modalitat de joc (López-Torres et al., 2020). De fet, tal com destaquen Echeburúa et al. (2014) el joc patològic es distribueix per totes les classes socials i a totes les edats.

A partir d'aquí es vol destacar que, les apostes esportives són el joc amb més participació online en persones entre 15 i 64 anys, ja sigui amb situacions de possible joc problemàtic o trastorn del joc o sense, encara que les persones amb problemes amb el joc juguen a més ofertes en línia que aquells que no presenten cap tipus d'addicció al joc (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2022). En canvi, en el format presencial, la població entre 15 i 64 anys juga més a loteries, primitives i “bonoloto”, encara que les persones amb possible joc problemàtic o trastorn del joc proven més jocs, com ara loteries instantànies, el bingo, jocs de casino, màquines d'atzar, d'escrabutxaques, etc. (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2022).

Sense indagar en l'addicció a Internet com a tal, es considera d'interès la síndrome d'aïllament social juvenil, l'Hikikomori, que consisteix a l'aïllament i tancament prolongat a casa a causa de l'abús d'utilització d'Internet i les noves tecnologies (de la Calle i Muñoz, 2018). Es destaca aquesta síndrome perquè convida a reflexionar envers l'aïllament que pot generar l'ús de les tecnologies. De fet, la intimitat és una variable ambiental que afavoreix l'addicció, atès que, tal com destaquen Mullor i Canal (2019), facilita que ningú conegui el que s'està realitzant. Altrament, destaquen la comoditat de poder fer-ho des del mòbil, la facilitat d'accés, la gran disponibilitat d'ofertes de jocs en línia, així com l'accessibilitat per pagar sense límits i les influències de la publicitat i màrqueting (Mullor i Canal, 2019).

A partir d'aquí es pot distingir entre el joc **presencial**, que eren els únics legalitzats des de 1977, i el joc **online**, que va aparèixer i les Administracions van actuar de forma passiva, donant-se descontrol i permetent publicitat fins a la seva regulació, tal com diu Mazón, a causa dels beneficis econòmics generats per aquest (2014). De fet, es considera que la legalització i l'oferta social que proporciona el joc és una manera d'augmentar els ingressos econòmics de l'estat sense apujar els impostos (Sánchez, 2003). En aquest sentit, tot i que la població no tendeix a identificar el joc patològic com un trastorn del comportament a causa

de la manca de conscienciació per la facilitat d'accés que existeix, el joc patològic podria considerar-se una problemàtica de salut emergent en la societat (Sánchez, 2003).

4.4. Les conseqüències del joc patològic i la importància de les relacions.

A partir de tot el mencionat, a continuació es farà referència a les diferents conseqüències que apareixen associades al joc patològic. Convé destacar, tal com diuen García et al. (1993) que no hi ha relacions de causalitat envers aquestes conseqüències, sinó que s'han observat correlacions en el seu estudi. N'és destacable aquesta aportació pel fet de tenir en compte la individualització i personalització de cada cas. Tanmateix, en aspectes generals es destaquen quatre contextos, essent individual, el familiar, el social i el laboral (García et al., 1993):

A escala **individual** es destaca l'aparició d'ansietat i depressió, a conseqüència de les pèrdues en els altres contextos que es mencionaran a continuació, la qual cosa genera un cercle viciós en la conducta del joc, atès que aquests sentiments impulsen a jugar. Altrament, es destaquen conseqüències psicosomàtiques com dolors, insomni, vertígens, mals de cap, dolors musculars, etc., així com diverses addiccions alhora, com a drogues o alcohol, tal com es comentarà més endavant (García et al., 1993).

En l'àmbit **familiar** es destaca una incidència negativa en les relacions, atès que aquest context finança, en moltes ocasions, els deutes del jugador patològic. Convé destacar que, en aquest àmbit es donen diferències entre homes i dones, que generen, segons l'estudi de García et al. (1993) més problemes en els interessos econòmics de la família, però tenen menys deutes, considerant en aquest sentit, la importància de remarcar la qüestió del gènere, tal com es considerarà més endavant. De fet, en paraules de Salaberría et al. (1998), la família queda molt afectada pel joc, atès que les mentides per justificar els deutes generen desconfiança, fet que genera que cada cop hi hagi menys comunicació.

L'entorn **social** queda afectat perquè es deixen de fer activitats per jugar, aïllant-se del cercle d'amistats i canviant l'espai d'oci per l'espai de joc. A més, la persona perd credibilitat pels deutes que té amb les amistats, fet que genera més temps disponible per jugar en espais on les persones que hi troba només són presents en aquest escenari, atès que fora acostuma a estar sol, tal com descriuen García et al. (1993). En el moment que el jugador/a perd el finançament familiar i de les amistats, així com de recursos legals, es poden donar delictes no violents per aconseguir diners i poder tornar deutes (García et al., 1993).

Laboralment, es donen afectacions perquè mentre es treballa es pensa en el joc o en els deutes que ha de gestionar, donant-se deteriorament del rendiment laboral. A més, això ve acompanyat d'absentisme o incompliment dels horaris pel fet de jugar, donant-se afectacions en les relacions laborals i, inclús, frau amb les empreses per mantenir l'activitat patològica. En conseqüència, es poden donar acomiadaments que, al seu torn, influeixen en l'àmbit familiar (García et al., 1993).

A partir de les àrees mencionades, s'observa que hi ha una gran influència i afectació en les **relacions** de la persona que juga de forma patològica. Així doncs, el joc és un problema social perquè afecta i aterra a les persones que estan al voltant de la persona jugadora (Salaberria et al., 1998). De fet, les respostes de l'entorn influeixen a la persona, mentre que les respostes de la persona també influeix en l'entorn. En conseqüència, n'és destacable la influència de l'ambient i dels microsistemes que envolten a la persona, influint en el seu desenvolupament individual tal com planteja la perspectiva ecològica (Gifré i Esteban, 2012).

4.5. Comorbiditat i tractaments actuals pel joc patològic.

L'American Psychiatric Association (2014) destaca que les persones que tenen problemes amb el joc presenten altes taxes de comorbiditat, coincidint amb Echeburúa et al. (2014) que plantegen que la depressió, l'ansietat i l'abús d'alcohol s'associen al joc patològic en moltes ocasions. En altres paraules, les persones afectades pel joc patològic, moltes vegades presenten altres trastorns mentals, consum de substàncies, depressió i/o ansietat, trastorns de la personalitat, etc. (American Psychiatric Association, 2014).

Altrament, n'és destacable que s'observen més comportaments de risc com ara consum d'alcohol o tabac, en persones amb possible joc problemàtic o trastorn pel joc (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2022).

Així doncs, Echeburúa et al. (2014) presenten els principals objectius, diferenciats, que tenen els actuals tractaments pel joc patològic. D'una banda, **el joc controlat**, recomanat, a criteri dels autors, per jugadors/es problemàtics o persones joves, encara que qüestionen els resultats pel fet de no clarificar a qui es dirigeix i quins són els paràmetres per establir un control sobre el joc (Echeburúa et al., 2014). Per tant, consideren que cal especificar els paràmetres com el temps i diners invertits en el joc (*pautes de joc*), si es juga sol o acompanyat (*relació social*), *identificar el motiu* pel qual es juga (diners, relacions, emocionals, entre altres), si hi ha capacitat d'aturar el joc (*control sobre el joc*), *el pensament sobre el joc* (real o distorsionat),

així com la *interferència en la vida quotidiana* (Echeburúa et al., 2014). D'altra banda, **l'abstinència** al joc, amb millors resultats i recomanat per jugadors patològics o que no han obtingut bons resultats al joc controlat. Aquest té una baixa motivació per participar, motiu pel qual han d'aparèixer objectius com l'anterior, perquè no tothom està disposat a deixar de jugar (Echeburúa et al., 2014).

Així mateix, Dulcey (2007) classifica els tractaments en farmacològics i no-farmacològics.

D'una banda, es destaquen els no-farmacològics, seguint les aportacions d'Echeburúa et al. (2014). Primerament, la **teràpia hospitalària**, actualment poc freqüent, atès que només es duu a terme en casos de crisis reiterades i on existeix comorbiditat com ara depressió o intents de suïcidi (Echeburúa et al., 2014).

Segonament, es destaquen els tractaments **cognitiu-conductuals**. Les teràpies conductuals se centren en les causes (com ara expectatives), les conductes (inversions o abordatge del malestar emocional) i les conseqüències positives (guanys, oportunitats de socialització, evitar la soledat) i negatives (deutes, conflictes familiars, laborals, depressió, etc.). Així doncs, destaquen tècniques com la *dessensibilització imaginada* que implica descriure les situacions que impulsen al joc però sense jugar, abordant la situació amb mètodes de relaxació. Altrament, mencionen *tècniques de control d'estímul i exposició en viu amb prevenció de resposta*, que consisteix a la limitació dels diners de la persona, fer traspàs dels diners a una altra, limitar circuits de risc i el contacte amb amistats jugadores, així com la signatura d'autoexclusió a casinos o sales d'apostes. En les tècniques de control d'estímul, setmanalment, es redueix el control estimular per fomentar l'autocontrol de la persona.

Per la seva banda, les teràpies cognitives se centren en la modificació de les distorsions cognitives que conviden al joc per minvar les ganes de jugar (Echeburúa et al., 2014), amb l'objectiu que la persona faci front a pensaments irracionals i els verbalitzi. Convé destacar també la teràpia motivacional, que consisteix a destacar les potencialitats de la persona i la seva motivació envers el canvi perquè es comprometi amb el procés. Per acabar, n'és rellevant la prevenció de recaigudes, és a dir, treballar que la persona sigui capaç d'identificar situacions de risc i abordar-les de forma adequada, és a dir, en treballar un estil de vida saludable (Echeburúa et al., 2014). La combinació de les teràpies conductuals i cognitives ofereixen resultats efectius per reduir les conductes de joc (Echeburúa et al., 2014).

Darrerament, es destaquen els grups d'autoajuda, coneguts com a **Jugadors Anònims**, que se centren en l'abstinència i en el pensament que és una malaltia que pot ser aturada, però no curada, de manera que sempre hi ha risc a perdre el control i jugar. En aquest sentit, l'objectiu és compartir interessos comuns i oferir-se suport emocional, espiritual i d'esperança de futur. Hi ha ambivalència envers la seva eficàcia, tot i que hi ha una alta taxa d'abandonament, essent necessari més investigació per reduir aquesta taxa i aclarir quin perfil de persona que juga es pot beneficiar d'aquesta modalitat (Echeburúa et al., 2014).

D'altra banda, es destaquen els **farmacològics**. La teràpia farmacològica actua principalment sobre neurotransmissors, a través d'antidepressius per recaptar serotonina, estabilitzadors d'estats d'ànim, neurolèptics atípics i opiacis, tal com diuen Echeburúa et al. (2014) coincidint amb Dulcey (2007). De fet, Echeburúa et al. (2014) destaquen, d'acord amb Dulcey (2007) que la farmacologia té sentit quan es dona comorbiditat de joc i altres trastorns, essent, complementaris en situacions concretes. No hi ha un fàrmac específic per tractar el joc patològic (Echeburúa et al., 2014).

Finalment, es destaca que Echeburúa et al. (2014) plantegen la necessitat de clarificar quins perfils de pacients són més idonis per unes teràpies o unes altres, així com la necessitat de repensar les teràpies existents a causa dels nous reptes com ara el joc en línia, que facilita l'anonimat i l'accés en qualsevol moment.

4.6. Aproximació al joc patològic des d'una perspectiva de gènere.

El joc patològic s'associa a un perfil masculinitzat. De fet, és cert que existeixen més homes afectats pel joc patològic, essent rellevant que també comencen a jugar a edats més primerenques, fet associat a la impulsivitat, així com amb el consum de substàncies (American Psychiatric Association, 2014).

Això no vol dir que les dones no siguin susceptibles a desenvolupar addicció al joc, encara que poques vegades es té en compte la presència femenina, així com la discriminació i rebuig social per l'estigma de ser dones i jugadores, fet que s'atribueix a connotacions de vicioses, mares descuidades, malbaratadora, entre altres (Vázquez, 2012). Aquesta realitat genera que per elles sigui més complicat demanar ajuda i, en cas de fer-ho, no ho comuniquin a l'entorn, sinó que actuen de forma clandestina, mentre que els homes informen i acostumen a ser els familiars qui contacten amb els recursos (Vázquez, 2012). De fet, l'American Psychiatric Association determina que les taxes de cercar ajuda són baixes (2014) i Echeburúa et al.

(2014) corroboren l'argument que a les dones els hi costa més demanar ajuda terapèutica, a causa de la censura social existent. Continuant amb aquesta realitat, convé destacar, tal com planteja Baño et al. (2021), és possible que el joc patològic hagi estat infradiagnosticat en dones, atès que poques dones cerquen tractament.

També es considera rellevant considerar, tal com planteja l'estudi de Baño et al. (2021), el que es denomina "efecte telescopi", és a dir, l'existència d'un temps inferior entre inici de joc i desenvolupament d'una patologia en dones que en homes. En altres paraules, segons aquest estudi, les dones triguen menys en desenvolupar una addicció cap al joc que els homes (Baño et al., 2021).

Així mateix, convé tenir present la consideració que els homes comencen a jugar per aconseguir diners de forma ràpida, així com per sentir excitació, mentre que les dones ho fan per alleugerir el malestar emocional i el sentiment de soledat (Echeburúa et al., 2014). A més, n'és important el fet que les dones amb addicció al joc són més susceptibles a desenvolupar trastorns depressius, bipolars i ansiosos (American Psychiatric Association, 2014). En aquest sentit, és crucial destacar la comorbiditat envers el gènere, ja que com destaquen Rius-Buitrago et al. (2021) moltes dones inicien en el joc per evadir-se de problemes personals. A més, Vázquez (2012) assenyala que el 70% de les dones afectades pel joc patològic, són víctimes de maltractament.

Altrament, les dones presenten afectacions més significatives en l'àmbit familiar, atès que quan la dona, que acostuma a gestionar l'economia de la llar, té problemes amb el joc, apareixen més dificultats en els interessos econòmics familiars (García et al., 1993), atès que agafen aquests diners per fer front als deutes, mentre que els homes cerquen altres recursos més diversificats. De fet, Rius-Buitrago et al. (2021) consideren que les apostes en dones acostumen a tenir més autocontrol per les responsabilitats, cures i reproducció social que se'ls atribueix pels rols de gènere. Ara bé, es considera que les dones comencen a jugar en edats més avançades que els homes i que aquestes prefereixen jocs on no hi ha estratègia, per evitar més emocions negatives (Baño et al., 2021).

A més, l'estudi de Rius-Buitrago et al. (2021) planteja el debat envers la presència femenina en el joc en línia. D'una banda, consideren que el joc en línia permet anonimat, a diferència de les sales de joc que poden percebre com espais incòmodes amb la presència masculina (Rius-Buitrago et al., 2021). L'estudi de Baño et al. (2021) corrobora aquesta teoria, atès que es considera que les dones perceben l'espai online menys intimidant i més segur per a elles.

D'altra banda, si s'entén el joc en línia com una pràctica més aïllada, aquelles dones que cerquin socialitzar amb el joc tindran més control envers el joc en línia (Rius-Buitrago et al., 2021). En definitiva, aquest estudi posa de manifest la importància de l'anàlisi des d'una perspectiva de gènere, mostrant la realitat completa del joc patològic i la doble discriminació que pateixen les dones pel fet de no complir el seu rol de gènere (Rius-Buitrago et al., 2021).

4.7. L'aïllament i la soledat com a experiència subjectiva en adults.

Continuant amb l'anterior, n'és rellevant que la soledat no desitjada és més present a les dones i a classes socials més desfavorides (Martín i González, 2020) i, encara que és un concepte molt associat a la gent gran, també apareix significativament en l'etapa adulta, associant aquest sentiment a una mala salut. Tanmateix, les intervencions sobre la soledat se centren gairebé de forma exclusiva en la gent gran, perquè s'associa a una característica exclusiva de l'envelliment (Martín i González, 2020). Ara bé, Martín i González (2020) destaquen la complexitat d'aquest sentiment, atès que té a veure amb el desig i la diferència entre les expectatives i les característiques reals de la xarxa social existent, de manera que les intervencions han d'adaptar-se a les circumstàncies diferenciades de cada etapa vital. En altres paraules, és una vivència subjectiva. N'és un bon exemple que la soledat es viu de formes diferents segons el context cultural, així com el valor que tenen en aquest les relacions socials, de manera que en uns països es valora molt el vincle amb la família i les amistats, mentre que en altres, la distància i els canvis de cercles es perceben com a fets freqüents (Soler-Masó et al., 2022). A més, com destaquen aquests autors (Soler-Masó et al., 2022), la soledat pot ser la causa, o bé, la conseqüència d'altres problemàtiques socials, com ara les addiccions.

En canvi, l'aïllament social és una mesura objectiva que té en compte l'absència de relacions i contactes amb altres persones (Gené-Badia et al., 2016). Tanmateix, existeix relació entre ambdós conceptes, encara que no són causals. De fet, estar en solitud no implica sentir-se sol, encara que tenir una xarxa social satisfactòria, és a dir, no estar en situació d'aïllament, afavoreix comportaments i hàbits saludables, mentre que estar sol pot facilitar altres hàbits menys saludables com diuen Gené-Badia et al. (2016) en el seu estudi centrat en la gent gran.

De fet, segons l'OMS, la soledat és una epidèmia del segle XXI (citat a Soler-Masó et al., 2022). Per aquest motiu, és important que hi hagi professionals capaços de detectar, prevenir i intervenir en casos de soledat, motiu pel qual sorgeix l'Estratègia municipal contra la soledat

2020-2030 de l'Ajuntament de Barcelona, especialment pels joves i adolescents (citat a Soler-Masó et al., 2022).

En aquest sentit, l'Estratègia municipal contra la soledat 2020-2030 planteja quatre línies estratègiques, entre les quals es vol destacar el desplegament de “recursos i serveis per prevenir, detectar i atendre les situacions de soledat” (Ajuntament de Barcelona, 2021, p. 56). N'és destacable aquesta línia, atès que proposa objectius vinculats a la generació de relacions i vincles de qualitat, com ara a través d'activitats d'educació, cultura i lleure, activitats relacionals intergeneracionals, així com el desenvolupament de tècniques personals per la gestió emocional. Altrament, plantegen objectius que permetin una detecció d'aquesta situació, com ara major coneixement per part de professionals envers la soledat per poder detectar, prevenir i intervenir en aquests. Concretament, es destaquen aquells/es professionals que les persones poden trobar en moments de transició vital. També suggereixen oferir professionals comunitaris referents per la prevenció i detecció de situacions de soledat. Per acabar, mencionen objectius per l'acompanyament de persones en situació de soledat, a través de reforçar serveis, ampliar les accions, fomentar noves mesures, etc. (Ajuntament de Barcelona, 2021).

Soler-Masó et al. (2022) consideren que la pràctica socioeducativa durant l'adolescència i joventut ha de tenir present la soledat, les seves causes, conseqüències, factors de protecció i de risc. En altres paraules, és important contextualitzar cada percepció, essent respectuós amb les formes de pensar i veure la realitat (Soler-Masó et al., 2022) per incorporar aquesta mirada en la intervenció socioeducativa. Altrament, es destaca la comunitat com factor de protecció, és a dir, la construcció de vincles de qualitat i una major participació de les persones com a solució a la soledat. En aquest sentit, es destaca el principi bàsic de l'exercici de l'educació social de la participació comunitària, és a dir, la importància del rol socioeducatiu com a figura que motivi que sigui la mateixa comunitat la qual generi recursos i formes de transformació i millora (ASEDES, 2007).

D'aquesta manera, s'observa la importància de la creació de xarxes de suport per treballar el sentiment de soledat (Soler-Masó et al., 2022). De fet, en el cas dels joves i adolescents, els i les professionals consideren fonamental el procés de detecció de casos a través de l'observació, així com poder apropar-se de manera directa a les persones afectades per aquest sentiment (Soler-Masó et al., 2022).

Per concloure, convé destacar la relació de l'Educació Social amb la creació de contextos educatius, la incorporació dels subjectes a les xarxes socials, així com amb la promoció cultural i social (ASEDES, 2007), és a dir, amb els aspectes mencionats amb anterioritat per reduir el sentiment de soledat a la societat. De fet, un dels punts d'ancoratge de la de definició de l'Educació Social és el de xarxes socials, és a dir, la possibilitat d'abordar la realitat des d'una configuració de la societat, destacant també la sociabilitat, és a dir, la capacitat de relació amb les altres (ASEDES, 2007) quelcom essencial per abordar la situació de soledat mencionada.

4.8. El joc patològic i l'educació social.

Malgrat la poca literatura referent al joc patològic en adults relacionat amb l'educació social, es destaca la importància de la tasca socioeducativa en l'àmbit d'addiccions per acompanyar en el procés de socialització (Sixto-Costoya i Olivar, 2018). De fet, moltes vegades s'associen les addiccions a la perspectiva biomèdica, però també es requereix un treball socioeducatiu per oferir equilibri en la intervenció, juntament amb altres perfils professionals. En conseqüència, convé destacar un treball transdisciplinari on els diferents perfils professionals posin sobre la taula les seves perspectives per abordar una situació concreta sense imposicions d'unes àrees sobre les altres (Sixto-Costoya i Olivar, 2018), sinó abordant el fenomen des de la seva complexitat.

Així mateix, com diuen Echeburúa et al. (2014, p. 39), “los jugadores patológicos no constituyen un grupo homogéneo y no pueden ser tratados, por lo tanto, de una forma única”, plantejant també el repte de necessitat de fer fronts als reptes d'addicció al joc online mitjançant el replantejament de les teràpies existents actuals. Continuant amb aquesta aportació, n'és destacable que al Catàleg de Funcions i Competències de l'educador i educadora social, es recull la funció del “disseny, implementació i avaluació de programes i projectes educatius”, essent una competència associada a la “la capacitat per formalitzar documents bàsics que regulin l'acció socioeducativa: projecte de centre, reglament de règim intern, pla de treball, projecte educatiu individualitzat i altres informes socioeducatius” (ASEDES, 2007, p. 42). En altres paraules, les professionals han de tenir la capacitat de dur a terme processos individualitzats que treballin els diferents eixos de les vides de les persones i evitant generalitzacions que generin l'homogeneïtzació d'un grup de persones. D'aquesta manera, tal com planteja Echeburúa (2005) és un repte poder dissenyar estratègies

d'intervenció diferents, que tinguin en compte les diferents realitats de cada persona, així com dissenyar estratègies que motivin a l'accés al procés de recuperació.

Altrament, la Direcció General de Tributs i Joc de Catalunya assenyala que la recaptació de tributs sobre el joc l'any 2022 fou de 219.965.000 d'euros (2023). En altres paraules, s'observa que el joc ofereix una gran quantitat de capital econòmic. A més, es mostra com cada any creix el nombre de màquines recreatives instal·lades a establiments d'hostaleria (Direcció General de Tributs i Joc de Catalunya, 2023), mostrant-se com hi ha més accessibilitat al joc amb apostes, a més de les facilitats que ofereix Internet i, fins i tot, normalització de la seva presència. De fet, tal com diuen Clotas et al. (2020) apostar diners en el joc és quelcom acceptat, a més, cada cop existeix una major accessibilitat i oferta d'apostes online. D'aquesta manera, n'és destacable les xifres apostades durant el 2017, any en el qual es va jugar una quantitat de 5.144,9 milions a la Loteria Nacional, destacant també els 8.879,0 milions jugats a les màquines situades en bars, cafeteries i sales d'apostes (Clotas et al., 2020). Les màquines d'escurabutxaques, segons l'estudi de Clotas et al. (2020) representen un 20% del negoci del joc, el qual es troba espais d'hostaleria, molt propers a la ciutadania, però que no semblen generar preocupació social, sinó que queden acceptats.

Les xifres presentades mostren la gran despesa en jocs d'atzar, però també unes conseqüències que s'han convertit en matèria de salut pública perquè no només afecta en termes econòmics, sinó també socials (a causa de les afectacions relacionals) i de salut per l'associació a altres conductes de risc (Clotas et al., 2020). Així doncs, en aquest punt, continuant amb la consideració anterior, es vol destacar el paper de l'Educació Social en l'àmbit sanitari, atès que la salut és un dret i un fet social perquè es crea i viu en la vida quotidiana (OMS, 1986, citat a Gutiérrez i Quintanal, 2018). Així mateix, entenent la salut com a part del procés de socialització, la pràctica socioeducativa té molt sentit com a eina per tal que les persones hi participin en l'entorn i duguin a terme pràctiques que millorin la seva qualitat de vida, és a dir, duent a terme educació per a la salut (Gutiérrez i Quintanal, 2018).

En aquest sentit, és important destacar el paper de l'Educació Social, no només en el tractament i la reinserció, sinó també en els programes de prevenció a les addiccions, en els quals també participen professionals de l'àrea socioeducativa (Sixto-Costoya i Olivar, 2018). No obstant això, s'ha de destacar la manca de literatura envers les funcions de l'educació social en l'àmbit de les addiccions comportamentals.

En definitiva, es vol destacar la capacitació de la professió socioeducativa per la “generació de xarxes socials, contextos, processos i recursos educatius i socials”, destacant la possibilitat del desenvolupament de la sociabilitat, circulació social, així com de promoció i dinamització social i cultural (ASEDES, 2007, p. 40). Tal com s’ha mencionat, Salaberría et al. (1998) consideren que el joc patològic és una problemàtica social, essent necessari destacar els aspectes mencionats envers els diferents eixos a abordar i el rol socioeducatiu en l’àmbit de l’addicció al joc.

5. Metodologia.

5.1. Opció metodològica.

La present recerca se centra en una metodologia qualitativa (Dorio et al., 2004), atès que es pretén conèixer si s’ha d’apostar per intervencions socioeducatives generadores de xarxa de relacions i suport per a persones en procés de recuperació pel joc patològic, partint de l’experiència, vivència i consideracions de les persones que han conegut de prop el fenomen del joc patològic. En altres paraules, es volen conèixer la realitat del joc patològic i la possible presència de soledat en el procés per considerar la necessitat (o no) d’una intervenció socioeducativa generadora de xarxa partint dels significats que donen les mateixes persones participants (Dorio et al., 2004).

Tenint també present el mencionat amb anterioritat, es vol destacar que el mètode seleccionat ha estat l’etnogràfic, atès que es vol descriure i conèixer aquesta realitat a partir de l’experiència i significat de les persones implicades en el procés de recuperació pel joc patològic des d’una mirada professional. En conseqüència, es vol construir coneixement des de les percepcions, significats atribuïts i opinions (Sabariego et al., 2004) de les persones expertes participants. Convé destacar que, inicialment, es pretenia partir tant de l’experiència de les persones afectades pel joc patològic, així com de les professionals. No obstant això, per polítiques de protecció de dades, l’accés a entrevistes a persones pacients o expacients ha estat complicat i, per tant, tal com s’explicarà més endavant, es redirigeix la metodologia del treball.

5.2. Població, mostra i participants.

Tal com ja s’ha introduït, aquesta recerca pren com a referència una població relacionades amb el fenomen del joc patològic: professionals que acompanyen en el procés de recuperació. De fet, per poder donar resposta a la pregunta de recerca, així com abordar els objectius

plantejats, és necessari entrevistar a persones participants que visquin l'acompanyament en les intervencions realitzades. En aquest sentit, la mostra (o participants) quedarà formada tant pels i les professionals que acompanyen situacions de joc patològic.

Aquesta recerca no se centra en un espai concret, sinó que estudia el fenomen des d'un context general centrat en recursos de Catalunya, tenint en compte diferents realitats que es poden donar en diversos espais. Així doncs, tenint en compte que els tractaments actuals i estudiats al marc teòric són els farmacològics, i els no-farmacològics (protagonitzats, en major part, per professionals de la psicologia), s'ha volgut contactar amb professionals que acompanyen aquests processos, essent necessari acudir a hospitals amb unitats especialitzades en la temàtica escollida. D'aquesta manera, es compta amb la col·laboració de la Unitat de Joc de l'Hospital de Bellvitge, l'associació AIS (Atenció i Investigació de Socioadiccions), el centre d'investigació i tractament en addiccions CITA i el centre especialitzat en el tractament d'addiccions (entre altres) Orbium Desarrollo.

D'aquesta manera, continuant amb el mostreig i els criteris de selecció (*vegeu 5.3*) exposats a continuació, s'assoleix una mostra de participants que inclou a cinc professionals expertes que acompanyen processos de recuperació pel joc patològic.

N'és destacable l'intent de contacte amb Jugadors Anònims, tractament destacat al marc teòric, però dels quals no s'ha obtingut una resposta. Altrament, s'ha contactat amb la Unitat de Joc Patològic del Consorci Sanitari de Terrassa, encara que han decidit no col·laborar amb cap treball de final de grau o màster. Així mateix, s'ha contactat amb altres hospitals i entitats socioeducatives, de les quals no es va aconseguir resposta.

Finalment, es vol destacar que, encara que el tractament i intervenció en el procés de recuperació pel joc patològic queda molt associat a la psiquiatria i psicologia, s'ha pogut destacar la figura socioeducativa en algun dels casos dins els recursos dels quals s'han extret les persones participants.

5.3. Mostreig i criteris de selecció.

Tanmateix, convé destacar que la selecció de persones no es duu a terme de manera aleatòria, sinó a través d'un mostreig no-probabilístic de tipus intencional (Hernández-Sampieri i Mendoza, 2018), és a dir, seleccionant els i les millors informants del fenomen investigat per tal que ofereixin informació de gran valor d'acord amb les seves experiències, percepcions,

vivències, sentiments, etc. durant el procés de recuperació per joc patològic, concretament en l'acompanyament en aquest.

Per aquest motiu, la selecció d'una forma intencional ha requerit uns criteris de selecció per escollir a les persones participants. Així doncs, per seleccionar a les persones professionals s'han tingut en compte les qüestions següents. Primerament, que tingui, com a mínim 1 any d'experiència en l'acompanyament de processos de recuperació pel joc patològic, per poder tenir una veu que exposi a partir del coneixement de diferents casos. Segonament, que sigui un/a professional que acompanyi els processos no-farmacològics, o bé, en cas que no sigui possible, que acompanyi el procés farmacològic de forma simultània al no-farmacològic.

Altrament, n'és destacable que per establir el contacte amb les persones participants, es va contactar, d'una forma més àmplia, amb els centres de treball (hospitals, associacions, etc.), essent aquests els qui varen demanar col·laboració dels i les professionals a partir dels criteris mencionats.

En definitiva, els criteris de selecció de participants, de manera resumida, seran els següents:

Taula 1

Criteris de selecció de les persones participants.

Persones professionals
● 1 any d'experiència. ● Acompanyament de forma no-farmacològica.

Font: Elaboració pròpia.

Convé destacar la confidencialitat d'aquest àmbit i, per tant, la complexitat d'englobar una gran mostra de participants. El procés de selecció va partir d'una gran recerca d'hospitals i entitats, associacions, etc. que treballessin amb el trastorn de joc. Tanmateix, s'ha obtingut resposta de pocs recursos i, d'altres, la participació ha estat rebutjada, de manera que el procés de selecció ha estat acotat, però complint els criteris de selecció, per garantir l'expertesa de les persones professionals entrevistades. En altres paraules, s'ha assolit una mostra reduïda, però destacada pel fet que la comprenen professionals que no només representen el perfil d'acompanyament en els processos de recuperació pel joc patològic, sinó que també apareixen perfils de recerca, clínics, així com mirades socioeducatives, representants d'associacions, espais públics com hospitals, així com de privats. Per aquest

motiu, es considera que cinc participants és una mostra representativa i que garanteix la mirada experta que requereix la recerca, atès que complint, els criteris de selecció, les persones entrevistades han proporcionat informació de qualitat amb molt valor.

5.4. Recull de la informació i anàlisi de dades.

Un cop seleccionades les persones participants de la recerca, es pretén conèixer si s'ha d'apostar per intervencions socioeducatives generadores de xarxa de relacions i suport per a persones en procés de recuperació pel joc patològic. D'aquesta manera, es tindrà en compte el criteri de les persones que han acompanyat en la recuperació d'aquest procés. Per aquest motiu, la tècnica de recollida d'informació és l'entrevista (*vegeu guió de les entrevistes a l'annex 3*).

En aquest sentit, es recolliran les dades sociodemogràfiques corresponents, com ara l'edat, el gènere de la persona, el nivell d'estudis, ocupació i tipus de formació especialitzada en l'àmbit. N'és destacable que les entrevistes realitzades a les persones participants seran semiobertes o semiestructurades. Aquest tipus d'entrevista té una estructura i disseny definit de les preguntes que es volen fer (és a dir, un guió) i, per tant, de la informació que es vol recollir, de manera que la persona entrevistada ha de cenyir-se a respondre el que demanen les preguntes obertes preparades (Massot et al., 2004). D'aquesta manera, la persona investigadora ha de mantenir una actitud d'escolta activa per poder establir connexions entre allò que diu la persona entrevistada i poder anar entrelaçant temes rellevants, donant-se així una construcció de coneixement més holística i completa (Massot et al., 2004).

En altres paraules, l'entrevista semioberta (Massot et al., 2004) permetrà accedir a la informació d'interès per la recerca a través d'un guió previ, aprofitant les aportacions per avançar en la investigació a partir de la interconnexió de temes, així com amb possibilitat que les persones participants afegixin informació que creguin rellevant, atès que són les expertes en el fenomen investigat, o bé, que la persona entrevistadora consideri d'interès especificar o aclarir, construint conjuntament el coneixement.

Altrament, es considera fonamental, per aconseguir l'objectiu plantejat, és a dir, conèixer si és necessari apostar per intervencions socioeducatives generadores de xarxa i relacions, partir de la vivència, experiència i coneixements de les persones que han viscut l'acompanyament d'un procés de superació d'addicció al joc, les quals han pogut identificar les possibles dificultats del camí, així com possibles elements de suport. A més, les persones participants

oferiran una visió de la realitat a partir dels coneixements envers el joc patològic i les diferents formes d'acompanyament en la superació d'aquesta addicció, des de la figura professional i els rols que adopten, així com les limitacions i possibilitats que observen en el procés i que tenen en la seva feina. D'aquesta manera, no es vol oblidar de reiterar la selecció del mètode etnogràfic (Sabariego et al., 2004), és a dir, poder abordar l'objectiu de la recerca des del punt de vista de les participants.

Així doncs, a continuació es presenta la taula que conté les preguntes seleccionades pel guió de l'entrevista que es formularà a les persones participants. N'és destacable que a l'*annex 2* es pot observar el procés de construcció de les entrevistes, així com la pluja d'idees de possibles preguntes, essent una prova de la transparència en el procés.

Taula 2

Clarificació de preguntes plantejades a persones professionals.

Objectiu específic	Pregunta d'investigació	Pregunta de l'entrevista a les persones professionals
Comprovar si l'addicció al joc pot generar sentiment de soledat en el procés segons les percepcions de les persones professionals.	Quina és la percepció de les persones professionals envers el sentiment de soledat durant el procés d'addicció al joc?	Quins factors habituals a tenir en compte en l'acompanyament per la recuperació del joc patològic et trobes? Quins elements possibles destacaries com a facilitadors en l'aparició d'un sentiment de soledat en les persones a qui acompanyes? De quina manera s'aborda l'acompanyament els casos on la persona acompanyada manifesta o mostra sentiment de soledat i/o aïllament?
Comprendre l'experiència envers els sentiments trobats a causa de l'addicció al joc des de la visió professional.	Quins sentiments es detecten en el procés d'addicció al joc i com influeixen en aquest?	Quins sentiments manifesten, sota la teva percepció, les persones usuàries durant les diferents fases del procés? De quina manera influeixen els sentiments de les persones afectades pel joc en el seu procés de recuperació i en la

		seva implicació? De quina manera s'aborden les situacions emocionals i sentimentals aparegudes durant el procés?
Considerar les vivències femenines i masculines envers les dificultats i sentiments sorgits de l'addicció al joc.	De quina manera es detecten diferències en els sentiments sorgits de l'addicció al joc entre les realitats masculines i femenines?	De quina manera s'aborden els casos tenint en compte el gènere de la persona, així com les possibles diferents casuístiques existents que dificultin el procés de recuperació? Com a professionals, de quina manera teniu present la perspectiva de gènere i les diferents realitats existents?
Expressar la vinculació de la persona jugadora amb la seva xarxa i entorn de relacions des d'una mirada professional.	Quina és la percepció de les persones professionals envers el suport de la xarxa de les persones usuàries?	Com percep la implicació de la xarxa relacional (i famílies) de les persones afectades pel joc en el seu procés de recuperació? De quina manera s'aborda la construcció o consolidació de xarxa en els casos que sigui necessari fer-ho? Com d'important consideres que és la intervenció per la creació de xarxa de suport?
Conèixer si el joc online influeix a un major sentiment de soledat i d'aïllament de la persona que hi juga patològicament.	Quin tipus de percepció existeix envers el sentiment de soledat i aïllament en casos de joc online?	Quines diferències, en l'àmbit de sentiments, detectes entre persones que juguen online o presencial? De quina manera s'aborda la possible realitat d'aïllament de persones afectades pel joc online?

Font: Elaboració pròpia.

Així mateix, convé destacar el procés d'anàlisi de la informació recollida a partir de les entrevistes. Durant la investigació qualitativa s'obté informació emergent que es va completant amb el contacte de les persones participants, de manera que es dona un procés flexible per comprendre el fenomen estudiat (Massot et al., 2004). Aquesta flexibilitat requereix tenir una guia de les dimensions que són objecte d'estudi, és a dir, unes preguntes sobre les quals les participants, des de la seva perspectiva, elaboren les respostes (Massot et al., 2004).

Per a Massot et al. (2004), en el procés qualitatiu, la informació ha de ser analitzada a través d'un procés de selecció, categorització, validació i interpretació de la realitat per donar sentit i forma a aquesta. Per aquest motiu, convé que la informació sigui de qualitat (Massot et al., 2004), fet adequat gràcies a l'exposició prèvia de criteris de selecció de les persones participants.

Així doncs, un cop realitzades les entrevistes, convé reduir la informació de les dimensions en breus unitats de significats, és a dir, en categories de contingut, les quals són conceptes que agrupen un relat o narració, assimilant-se a una dada de base (Massot et al., 2004). Aquest procés de sintetització i d'assolir una unitat representativa de la informació s'anomena categorització. La finalitat d'aquest procés és identificar similituds, patrons, continuïtats, incoherències, etc. entre els resultats obtinguts de les entrevistes. D'aquesta manera, es requereix una sistematització de les dades existents, fet que es farà des d'una lògica inductiva, és a dir, a partir de la immersió als documents de transcripció de les entrevistes per poder identificar i destacar els aspectes rellevants (Massot et al., 2004).

Més endavant (*vegeu 6.1*) es mostra la taula de dimensions i categories creada per dur a terme l'anàlisi i poder exposar els resultats a partir del mencionat en aquest apartat.

5.5. Criteris de rigor científic i ètic.

La present investigació té presents els sis principis de la Integritat en la recerca de la Universitat de Barcelona (Universitat de Barcelona, 2020). Primerament, es destaca la importància de l'honestedat, és a dir, oferir transparència en el procés, així com reconèixer les aportacions d'altres treballs previs (Universitat de Barcelona, 2020), per exemple a través de les citacions del marc teòric, o bé, mostrar el procés de construcció del treball en els annexos. Segonament, la responsabilitat i rendició de comptes d'acord amb les propostes i condicions de la Universitat de Barcelona gràcies a la tutorització de la recerca. Tercerament, la fiabilitat,

és a dir, qualitat en la recerca, atès que se segueix un procés d'anàlisi amb rigor, que és el quart principi a tenir en compte. El rigor és essencial, essent el procés de creació de coneixement seguint els estàndards de recerca per extreure resultats i comunicar-los. En cinquè lloc, el respecte cap a les persones participants i l'entorn, la diversitat i evitar la discriminació per qualsevol causa. En altres paraules, la recerca ha de respectar i reivindicar la igualtat de gènere en les diferents fases de la recerca, essent un element destacable de la present investigació, atès que es vol conèixer i donar veu a la realitat femenina que es veu afectada pel joc patològic. Per acabar, la independència, evitant els conflictes d'interessos per garantir la integritat de la recerca, així com la seva validesa (Universitat de Barcelona, 2020).

Així mateix, es volen mencionar els criteris de **rigor científic** que consideren Lincoln i Guba (citats a Martínez, 2002) per les investigacions qualitatives, com són la credibilitat, la transferibilitat, la confiabilitat i la confirmabilitat. En altres paraules, cal seguir amb rigor el procés per assolir veritat i idees aplicables. Així doncs, com diuen Noreña et al. (2012) els resultats han de ser reconeguts pels i les participants, ha d'haver-hi una descripció del context i participants, així com mostrar els resultats obtinguts i contrastar-los amb la literatura existent i altres investigacions. D'aquesta manera, hi ha transparència en el procés. A més, convé destacar les limitacions de la investigació (Noreña et al., 2012), tal com es veurà a les conclusions.

Finalment, cal considerar el **rigor ètic** de la present investigació a través dels següents principis. En primer lloc, el consentiment informat (Noreña et al., 2012), tal com es pot veure a l'*annex 5*, com a mecanisme en el qual els i les participants coneixen els seus deures i responsabilitats en la recerca, així com la possibilitat d'acceptar la participació en aquesta, és a dir, si és compatible amb els seus valors i principis, amb la finalitat de garantir l'autonomia de la persona. Convé destacar que el full d'informació a les persones participants (*vegeu annex 6*) complementen aquesta qüestió. En segon lloc, la confidencialitat (Noreña et al., 2012), és a dir, l'anonimat de les persones participants, de manera que l'anàlisi dels resultats es farà sense mostrar noms ni altres elements que permetin la identificació d'aquestes. En tercer lloc, el control de riscos (Noreña et al., 2012), és a dir, partir de la no-maleficència i la beneficència. En altres paraules, promoure benestar en les persones participants, per exemple a través d'informar de possibles preguntes de complicada gestió, o bé, d'informar a la persona de la possibilitat d'aturar l'entrevista si ho necessita. Aquests aspectes es poden observar en el guió de l'entrevista a l'*annex 3*. En quart lloc, l'observació participant (Noreña et al., 2012), és a dir, tenir en compte la importància de la interacció i implicació en la

investigació qualitativa, mantenint una mirada crítica però propera a la realitat per poder descriure, comprendre i interpretar-la. En cinquè lloc, les entrevistes han de ser espais de confort i confiança (Noreña et al., 2012), és a dir, promoure beneficència, evitant judicis sobre les idees o sentiments exposats, és a dir, respectant l'espai i sabent redirigir les situacions. Per acabar, es considera fonamental demanar consentiment per enregistrar les entrevistes (Noreña et al., 2012) amb la finalitat que la persona no se senti incòmoda o inhibida. En altres paraules, mantenir una mirada de justícia social, treballant amb valors i actituds ètiques de forma transversal en el procés de recerca.

5.6. Descripció i fases de la recerca.

Un cop determinat l'objectiu que es volia treballar amb aquesta recerca, així com de plantejar el marc teòric sobre el qual se centraria la present investigació, s'inicia el procés de disseny de la metodologia.

Primerament, es fa una visió general de com es pretén que sigui la recerca i, a continuació es planteja el tipus de metodologia (qualitativa), considerant quina població es vol tenir en compte per l'estudi, així com poder contemplar quines persones estaran disposades a participar. Inicialment, la proposta era entrevistar únicament a persones afectades pel joc patològic. Tanmateix, es va plantejar la possibilitat de fer entrevistes tant a persones professionals com a les mateixes persones afectades. D'aquesta manera, es decideix fer un mostreig no-probabilístic, formulant uns criteris de selecció per a cadascuna de les poblacions participants, és a dir, professionals i persones afectades.

Segonament, es duu a terme una pluja d'idees envers possibles preguntes per a cadascuna de les persones participants, distingint-les entre professionals i persones afectades pel joc. Així doncs, d'aquesta pluja d'idees, se seleccionen algunes preguntes per definir el guió de les entrevistes (*vegeu annex 3*).

Paral·lelament, es contacta amb diferents espais de treball i que tenen com a referència el joc patològic i/o treballen les addiccions, incloent-hi el fenomen estudiat, tant en l'àmbit públic com privat, entre els quals es destaca la predisposició i proactivitat dels i les professionals dels següents per la recerca, atès que són els que finalment han participat.

- La Unitat de Joc Patològic de l'Hospital Universitari de Bellvitge, el qual accedeix a col·laborar amb la present investigació, oferint dues persones professionals per

realitzar les entrevistes pertinents. No obstant això, manifesten la impossibilitat d'entrevistar a pacients per motius de protecció de dades i ètica de l'hospital.

- Associació AIS (Atenció i Investigació de Socioaddiccions), que mostren predisposició per dur a terme l'entrevista a un psicòleg de l'associació.
- Clínica CITA (Centre d'intervenció i tractament en addiccions), com a representació de la part privada del procés de recuperació pel joc patològic, disposant de l'experiència professional socioeducativa de l'espai.
- Orbium Desarrollo, centre privat especialitzat en el benestar i salut personal i organitzacional, tractament d'addiccions, depressió, ansietat i trauma. Concretament, una persona professional de la psicologia ha estat oberta a la participació de les entrevistes per dur a terme la recerca.

Convé destacar, tal com s'ha anat mencionant amb anterioritat, el contacte amb molts altres hospitals i centres especialitzats en addiccions i la dificultat d'accessibilitat a persones professionals. Així mateix, davant la dificultat d'accés a les persones afectades pel joc patològic per qüestions ètiques i de protecció de dades de pacients, es replanteja la investigació, tenint en compte la limitació que això suposarà en els resultats, cap a la consideració exclusiva de la perspectiva professional del fenomen estudiat.

Tercerament, s'acorden dies de visita als centres en qüestió per tal de poder desenvolupar les entrevistes semiobertes prèviament preparades. Així mateix, es revisa el guió de les entrevistes, les quals queden supervisades per la tutora del present treball per garantir la qualitat del procés.

A continuació, es van anar realitzant les diferents entrevistes, duent a terme les respectives transcripcions dels àudios enregistrats amb el permís adquirit a partir del full de consentiment informat signat per les persones participants (*vegeu annex 5*).

Finalment, es procedeix a l'anàlisi dels resultats i redacció de les conclusions obtingudes, tal com s'observarà amb posterioritat.

5.7. Perspectiva de gènere.

La present recerca, tal com s'ha mencionat, pretén manifestar les possibles diferències entre la realitat masculina i femenina del joc patològic, atès que s'associa aquesta addicció als homes, de manera que les dones que pateixen aquesta situació, queden doblement discriminades, tal com planteja Vázquez (2012), i afectades per més connotacions negatives.

Així doncs, atenent que les dones queden, en moltes ocasions, oblidades per les recerques, així com ignorada la seva realitat, es podria arribar a pensar que les intervencions actuals poden no adequar-se a les seves situacions. Per aquest motiu, tenint en compte que l'objectiu de la present investigació és “conèixer si s'ha d'apostar per intervencions socioeducatives generadores de xarxa de relacions i suport per a persones en procés de recuperació pel joc patològic”, convé tenir present tant la realitat femenina com masculina. En altres paraules, les intervencions han d'estar contextualitzades i basades en la realitat de cada persona, de manera que si s'ignora a la meitat de la població en la recerca, molt probablement aquella intervenció no funcioni per a la meitat d'aquesta. Així doncs, les entrevistes a les persones professionals demanaran poder fer la reflexió envers les diferents situacions segons si s'atén homes o dones. Per a Echeburúa (2005) és un repte el disseny de tractaments específics per a dones, perquè molt poques dones han format part d'investigacions clíniques.

Per aquest motiu, un dels objectius específics del present treball consisteix a considerar les vivències femenines i masculines envers les dificultats i sentiments sorgits de l'addicció al joc. D'aquesta manera, les entrevistes pretenen considerar les percepcions entre les vivències femenines i masculines durant el procés, per poder considerar possibles diferències en aquest. De fet, el procés vol tenir en compte la perspectiva de gènere de manera que, encara que els resultats obtinguts per part de les persones professionals envers les realitats masculines i femenines no manifestin les mateixes necessitats i, per tant, no requereixin les mateixes intervencions socioeducatives, convé aclarir quins són els resultats i per què les intervencions plantejades/proposades no són extrapolables.

En definitiva, aquesta investigació vol evitar caure en l'extrapolació i generalització de resultats adquirits per la realitat masculina, oferint veu i, per tant, tenir en compte la realitat femenina per generar contextos i intervencions socioeducatives adequades i útils. Tal com s'ha mencionat, el joc patològic no està format per un grup d'iguals, de manera que no es pot tractar a totes les persones de la mateixa manera (Echeburúa et al., 2014), sinó que cal considerar totes les realitats des de la individualització dels casos i situacions, tal com es fa des de les intervencions dutes a terme per les persones professionals de l'educació social.

6. Resultats

La recerca ha avançat amb la possibilitat d'entrevistar a cinc participants ($p=5$), que complien amb els criteris de selecció prèviament mencionats i les quals han estat enumerades de l'1 al 5 a partir de les nomenclatures P1, P2, P3, P4 i P5.

N'és destacable mencionar que 4 d'aquestes persones participants són professionals de l'àrea de la psicologia (3 de l'àmbit públic i 1 de l'àmbit privat), mentre que l'altra és de l'àmbit de l'Educació Social (de l'àmbit privat). Totes les participants (4 dones i 1 home) són professionals que acompanyen processos de recuperació pel joc patològic. *Vegeu annex 7 per observar els gràfics de les dades sociodemogràfiques de les persones participants.*

6.1. Anàlisi de les dades de la recerca

A continuació, es presenta una taula que presenta les diferents dimensions d'aquest estudi amb les categories analitzades que han ofert els resultats per cadascuna d'aquestes:

Taula 3

Dimensió i categories de l'anàlisi de les entrevistes a persones professionals.

Dimensió	Categories
Sentiment de soledat durant l'addicció al joc.	- Motivació o grau de consciència - Coterapeuta i xarxa de suport - Aïllament, vergonya i estigma - Personalitat i funcionament psicosocial
Detecció i influència dels sentiments durant el procés d'addicció al joc i recuperació.	- Estats emocionals intensos - Atenció emocional com a part del procés de recuperació
Associació de sentiments davant realitats masculines i femenines.	- Causa o motivació pel joc - Tipus de joc - Estigmatització i invisibilitat de la realitat femenina - Violència de gènere
Percepció professional envers el suport de la xarxa de les persones usuàries i la seva influència.	- Suport de la xarxa existent - Potenciar la creació de xarxa saludable - Manca de recursos per l'acompanyament
Percepció de la soledat i aïllament en casos de joc online.	- Accessibilitat inofensiva i sobreestimulació - Perfils jugadors i gestió emocional

Font: Elaboració pròpia.

6.1.1 Sentiment de soledat durant l'addicció al joc.

La dimensió referent al sentiment de soledat durant l'addicció al joc es té present a les tres primeres preguntes formulades a l'entrevista, que feien referència als següents aspectes des d'una visió professional: factors a tenir en compte en l'acompanyament per a persones en processos de recuperació pel joc patològic, els elements facilitadors de l'aparició del sentiment de soledat en les persones acompanyades, així com la manera d'abordar els casos on la persona manifesta sentir-se sola. D'aquesta primera dimensió, s'extreuen 4 categories principals:

- **Categoria: Motivació o grau de consciència**

Gairebé totes les entrevistes consideren que la motivació és clau en l'acompanyament per treballar la recuperació del joc patològic, és a dir, el grau de consciència envers l'addicció i la disposició de la persona a participar en el procés:

- “Entonces, el grado de conciencia que tengan sobre esto es muy importante. Esto también va a implicar, de manera voluntaria, que quieran empezar un tratamiento. Cuando están motivados tienden a querer iniciar un tratamiento y hemos visto que las personas que no están muy convencida y vienen más por presión de la familia, porque han tenido un problema en el trabajo, porque se les pide como requisito, abandonan el tratamiento”. (P1)
- “Es importante ver qué motivación para el cambio tiene, si es realmente consciente de que tiene un problema... Ehh... Cuando suelen llegar es porque han tocado fondo. Quizás no lo ven del todo, pero empiezan a ver que tienen un problema más allá. Puede ser el entorno quien le empuja a pedir ayuda, entonces, como factores habituales, el paciente ya suele llegar con un desgaste, con una mochila detrás de malas relaciones familiares, de pareja... la economía totalmente repercutida...”. (P3)

- **Categoria: Coterapeuta i xarxa de suport**

Així mateix, 4 de les persones entrevistades han fet referència al terme “coterapeuta” com a persona que acompanya a l'afectada pel joc en el procés de recuperació com a suport extern a les unitats o espais de recuperació.

- “Després s'intenta, amb el treball cognitiu-conductual, sempre incloure coterapeutes (familiars o amics, o aquelles persones que considerem que poden contribuir a ajudar a la recuperació) i allà es fa un treball d'acompanyament a aquelles persones i de psicoeducació a aquestes persones. Se'ls intenta explicar a què consisteix el trastorn si no l'entenen bé, treballar els sentiments de ràbia i traïció que tenen aquelles persones cap a la persona que té el problema i després a millorar una mica la relació i, així, la soledat es pot diluir una mica més” (P2).
- “Si llega por su cuenta y no tiene coterapeuta, es decir, alguien que le acompañase y tal, pues será una persona que sabremos que no tendrá esa red de apoyo, pero se le sugiere que lo busque, si es un familiar, o como sea. ¿Por qué? Porque el coterapeuta aquí tiene una función muy importante. El soporte no es únicamente como familiar, de forma pasiva, sino también una acción activa, viene a

sesiones, se le comentan cosas de cómo apoyar a su familiar, a su amigo, a su pareja... durante el proceso” (P3).

- “A ver, por un lado, es importante (y esto en cualquier tratamiento de adicciones), trabajar con las familias, porque evidentemente cuando llegan pueden estar las relaciones muy deterioradas, puede haber mucho conflicto, hay que ver si el entorno le apoya o no durante el tratamiento, porque tendrá que haber alguien que haga esta función de coterapeuta durante el proceso”. (P5).

Ara bé, totes les entrevistes coincideixen en la importància de la xarxa de suport tant en el procés de recuperació, així com en la manca d'aquest suport com a facilitador de soledat i la necessitat de crear-la en cas que no existeixi:

- “El acompañamiento de la familia, del amigo o, incluso, de asistentes sociales, tiene un papel muy importante, porque dentro del tratamiento es el familiar el que ayuda al paciente a controlar. Se le da tarea al familiar. (...) Sugerimos que si hablan con el familiar, si no es viable por el momento arreglar la situación, siempre sugerimos que puedan buscar algún asistente social o el apoyo de una fundación”. (P1)
- “Se trabaja, por supuesto, es decir, qué pasa cuándo conectan con ese sentimiento de soledad. Eso hay que trabajarlo, por supuesto (...) . En el área educativa se aprenden estrategias para socializar, para empezar a salir al mundo exterior, para empezar a trabajar de una manera ordenada, a gestionar el dinero...” (P4).

D'aquesta manera, es destaca la xarxa i la socialització com a elements preventius i que ajuden a sortir de l'espai addictiu:

- “Y, por otro lado, fomentar la realización de actividades, es decir, si es una persona que, evidentemente ha eliminado todo su ocio porque ha dedicado todo su tiempo solo a jugar, pues tiene que empezar a aprender a hacer otras cosas, encontrar cosas que le gusten, fomentar el ejercicio donde pueda relacionarse con otras personas... Bueno, digo ejercicio, pero puede ser apuntarse a alguna cosa para que pueda socializar y tenga un entorno distinto al que tenía relacionado con el juego”. (P5).

● **Categoría: Aïllament, vergonya i estigma**

Continuant amb els aspectes mencionats de la categoria anterior, les persones entrevistades destaquen que la soledat pot aparèixer a conseqüència de l'aïllament que genera la vergonya d'estar jugant i el fet de patir aquest trastorn:

- “Experimenta un sentimiento de vergüenza. Nos pasa que vienen, pero no quieren que nadie se entere, no quieren que les lleguen notificaciones... Es un secreto, ¿no? Nadie de la familia lo sabe, en el trabajo no lo pueden explicar, muchas veces no saben cómo pedir el permiso para decir que vienen a la unidad y es como un secreto oculto. Y claro, se aíslan, empiezan a experimentar soledad porque no tienen con quién enfrentar o apoyarse”. (P1).
- “El joc patològic, com t'he comentat és bastant estigmatitzant. (...) la societat encara, tot i que s'ha millorat bastant en comparació a fa uns anys, encara hi ha falta de comprensió i suport a les persones amb aquest problema. Sempre s'han tingut com persones vicioses, que es deixen portar, que volen apostar, etc. Llavors, a la gent li costa comprendre que una de les característiques principals de qualsevol addicció és la pèrdua de control” (P2).

- “¿Has oído hablar de la zona? (...) Cuando una persona se tira horas y horas y horas jugando, se mete en una etapa que se llama la zona, es decir, esto y sólo hay esto” (P4).
- “Lo vive de una manera social cuando esto, realmente se convierte en un problema y acaban jugando solos, porque hay vergüenza y también porque la adicción es tan alta que su única idea y pensamiento es seguir jugando”. (P5)

- **Categoría: Personalitat i funcionament psicosocial**

Altrament, es destaca la categoria “personalitat i funcionament psicosocial” atès que les persones entrevistades consideren de crucial importància la personalitat de la persona en l’acompanyament durant el procés de recuperació:

- “También consideramos algunas características de personalidad. Nosotros hemos encontrado en las investigaciones que las personalidades más impulsivas tienen mayor probabilidad de desarrollar una adicción comportamental, como lo es el trastorno del juego. Entonces, vemos en nuestros pacientes que tienen altos niveles de impulsividad y por eso es tan difícil que aprendan a controlar los estímulos, que tengan autocontrol de la conducta, o sea, evitar el jugar. Esta personalidad la encontramos en muchos pacientes que vienen y, precisamente, por esa impulsividad, bueno, tenemos un alto índice de abandono”. (P1)

D’aquesta manera, es requereixen estratègies d’afrontament d’acord amb la personalitat de cada persona, tenint en compte l’estat emocional i les causes o mancances que porten a la situació de joc patològic. En altres paraules, els estats emocionals poden influir en el desenvolupament de la conducta addictiva, tal com exposen les persones entrevistades:

- “Ahora, una cuestión emocional, que se maneja durante la terapia, es superimportante porque el contenido terapéutico va desde explicarles el problema que tienen, evitar recaídas, darles estrategias para controlar los estímulos... Pero también se manejan otras cosas, por ejemplo, estrategias de afrontamiento. ¿Qué quiere decir esto? Muchas de las personas nos encontramos que a veces comienzan actividades de juego porque te dicen “bueno, mira que tenía un problema y así me distraía”. ¿No? Entonces, ¿qué es una estrategia de afrontamiento? Es una situación emocional que no había otro aprendizaje de cómo llevarlo a cabo y pensamos estrategias y herramientas para que se aprenda a llevarlo de otra manera”. (P3).
- “Un dels problemes que tenen les persones amb addicció i, de fet, últimament, hi ha un corrent conductiu-conductual, que diu que a la base de tots els trastorns mentals hi ha una gestió emocional deficient, el que s’hauria de fer és un treball de gestió emocional. (P2).
- “Claro, cuando una persona tiene un sentimiento de soledad, pero es un sentimiento muy profundo, lo que hace la sustancia o el juego, es tapar aquello que lo genera. Si yo conecto con el malestar, un malestar que no me gusta, yo descubro que a través del juego (o una sustancia), eso lo tapo, se anestesia, lo tapo y ya no sufro. ¿Qué es lo que hace el juego? Hace eso. Luego, por otro lado, te vas aislando mucho más. Por lo tanto, es una pescadilla que se muerde la cola. (...) qué pasa cuándo conectan con ese sentimiento de soledad.”. (P4)

6.1.2 Detecció i influència dels sentiments durant el procés d'addicció al joc i recuperació.

Aquesta segona dimensió es té en compte, principalment, en el segon bloc de preguntes de l'entrevista formulada. Així doncs, es recullen quines emocions o sentiments detecten les professionals entrevistades durant els processos acompanyats, la influència que tenen aquests en el procés de recuperació, així com en la implicació, i la manera d'abordar les situacions emocionals aparegudes.

- **Categoria: Estats emocionals intensos**

La categoria “estats emocionals intensos” fa referència a la varietat d'emocions i sentiments sorgits durant el procés de recuperació. N'és destacable el consens envers estats emocionals “negatius” destacats per les persones entrevistades, com ara ràbia, tristesa, por, angoixa, frustració, vergonya, culpabilitat, nerviosisme, ansietat, depressió, irritabilitat, negació, aïllament, soledat, dependència, etc.

- “Cada persona lo experimenta de diferente manera. Nos encontramos o con emociones muy desbordantes, es decir, el paciente tiene emociones de enfado o tristeza por las deudas que ha adquirido o el problema en sí, o bien, viene reprimiendo estas emociones, como que no es consciente del problema (...) a veces hay pacientes que vienen más enfadados, otros que vienen con más tristeza, o hay otros que vienen con mucho miedo a darse cuenta de las consecuencias que este trastorno ha implicado”. (P1).
- “Molta vergonya i molta culpa. Això està molt associat al joc patològic. Són persones que estan perdent els seus diners i senten que estan defraudant a les famílies i coneguts, a més, moltes vegades desenvolupen deutes i això sentiments de culpa i vergonya per no poder retornar aquests diners i pensar “què estic fent?”, “arruinant la meva vida i la de la meva família”(…) desenvolupen una tristesa que va més enllà, una depressió i ansietat que manifesten nerviosisme (...) També podem trobar, per una altra banda, frustració (...). Irritabilitat, es queixen molt quan el trastorn ja porta un temps i el caràcter de la persona canvia, és més irascible i es nota a l'hora de parlar. La desconfiança cap a ells mateixos i cap a les famílies, i també la negació del propi problema”. (P2)
- “Si que hay una sensación generalizada de aislamiento, porque están tan dentro del proceso adictivo (...) Esto, a nivel cerebral, hay una serie de cambios cuando se instaura una adicción y lleva a la persona a concentrarse más en eso. Dejan un poco a la par todo lo que le rodea, otros intereses. Ahora, por otro lado, hay otras soluciones/sentimientos muy fuertes, por ejemplo la ansiedad, como cualquier otro proceso adictivo. Se empieza a generar tolerancia, cada vez se necesita más para experimentar las primeras sensaciones y, si no está realizando la conducta, empieza a tener abstinencia. ¿Qué es el síndrome de abstinencia? Pues están ansiosos, nerviosos, pueden experimentar estar irritables, estar enfadados todo el tiempo. Entonces, claro, es un proceso emocional muy fuerte, lleno de emociones. (P3).
- Hay mucha culpa, mucha tristeza de hasta dónde han llegado por no poder parar, ganas de querer solucionarlo todo muy rápido, cosa que no puede ser. Esto va muy ligado a las prisas y las recompensas inmediatas. Entonces bueno, una vez pasada esta fase y van pasando días de abstinencia, pasan muchos días de frustración, *craving* (el ansia por jugar aparece), entonces cuando se elimina, todos los

estímulos deben controlarse. (...) Esto genera mucha frustración cuando tienen ganas de jugar y ven que no pueden. Hay frustración, rabia, mucho enfado.” (P5).

No obstant això, algunes aportacions recullen pics d’emocions també atribuïdes a “positives” en casos de sentir que s’està assolint la superació de l’addicció, o bé, eufòria com a part del procés.

- “Muchísima impulsividad, esto también es prácticamente común en todos, y luego aparecen picos de tristeza y también de euforia, que es de donde toman decisiones más impulsivas. Van en picos, hay periodos que suben mucho y periodos en que bajan más todavía. Todo lo que sube, al final baja. (...) Tanto uno como otro, son factores de riesgo ante una recaída cuando salen”. (P4)
- “Luego, cuando ven que va pasando el juego y que lo están consiguiendo, tienen como ese momento de motivación, pero claro, el tratamiento es muy largo, entonces, claro, evidentemente se sienten bien, están orgullosos y se fomentan las emociones positivas, pero cuando ven que todavía no pueden hacer ciertas cosas porque el control estimulante es durante mucho tiempo, vuelve la frustración”. (P5)

De fet, n’és destacable que estats emocionals intensos influeixen en el procés de recuperació de forma directa i indirecta. Per exemple, la baixa tolerància a la frustració o la impulsivitat poden generar intent d’abandonament, altres emocions o sentiments com l’angoixa poden suposar recaigudes en el joc. Al seu torn, però, la motivació també genera voler continuar endavant.

- “Si en ese momento, el paciente está sintiendo una tristeza intensa, es un foco rojo de decir “cuidado”, porque esta emoción te puede llevar a una recaída”. (P1)
- “La frustración, por ejemplo, les hace querer abandonar. Están acostumbrados a que todo les salga de la manera que ellos quieren, cuando quieren y como quieren (...) Somos la primera persona que aparece para un sostén de este tipo, que normalmente sale de la impulsividad, “me quiero ir”, “me agredo” o “abandono tratamiento””. (P4).
- “Cuando están en esa parte más motivada porque se sienten mejor, que van recuperando lo que se había perdido, se van estabilizando las cosas, las relaciones mejoran... Hay un aumento de motivación, de seguir adelante, de seguir las pautas que se marcan y las rutinas. (...) Al final, los estados emocionales intensos son un factor de riesgo para que haya una recaída durante el proceso. Entonces es importante atender a todas estas emociones que van y vienen porque, efectivamente, influyen en el proceso de recuperación, sea estancándose, sea no haciendo bien las cosas y que, por lo tanto, a largo plazo fuese una recaída asegurada, negándose a seguir las pautas por ejemplo. Y... entonces sí que hay que impulsar que cuando ven resultados, lo manifiestan, acompañar siempre esta parte motivacional”. (P5)

- **Categoría: Atenció emocional com a part del procés de recuperació**

La categoria “atenció emocional com a part del procés de recuperació” fa referència a les aportacions en consens que fan les persones entrevistades envers el treball de la gestió emocional com a part del mateix acompanyament, ja que aquestes guien les accions que es duen a terme per part de les persones afectades (per exemple, no voler continuar amb el

procés, recaigudes, etc.) i de les professionals (aplicar estratègies d'afrontament, psicoeducació amb les famílies, regulació emocional, foment d'emocions positives, etc.).

- “Hay que prestar mucha atención a la emoción porque pueden ser un factor de riesgo para que el paciente abandone o tenga una recaída, pero si no se trabaja la emoción que experimenta por la recaída, muchas veces no quieren venir porque han tenido esa recaída (...) se pregunta al paciente cómo ha estado durante la semana, si ha experimentado alguna emoción, si ha tenido deseos de jugar. Si ha tenido deseos de jugar, se tiene que indagar más, el porqué, qué lo ha detonado, si ha sido a partir de una situación específica, si es a partir de una emoción...” (P1)
- “Formen part del propi tractament, perquè totes parteixen, més o menys, del mateix estat emocional, llavors els protocols desenvolupats pel tractament del joc patològic, ja tenen en compte que la persona vindrà amb aquestes emocions i que s'hauran de treballar. (...) Estratègies específiques? Psicoeducació, com millorar la comunicació de la persona amb la seva família, reconeixement de la pròpia “enfermetat” i falta de control (...) La culpa i la vergonya et poden portar a jugar (igual que l'avorriment o qualsevol emoció “negativa”), llavors intentem pensar amb el pacient quines altres estratègies d'afrontament pot tenir en aquell moment. “*Quan et sentis així, què pots fer?, pots parlar?, quina activitat pots fer?, com la pots treballar internament?*” (P2)
- “Es un tratamiento estandarizado. ¿Qué quiere decir estandarizado? Pues que hay una serie de temáticas que se abordan, por ejemplo, estrategias de afrontamiento. Es decir, vamos a hablar del estado emocional, vamos a hablar de aquellas emociones que te están generando o en algún momento te llevaron a jugar y, entonces, pues “vamos a ver de qué manera las podemos encaminar o de qué manera pueden haber otras estrategias de controlar tus emociones.(...) No se aplica en todos los casos, pero sí que se está probando, por ejemplo, tenemos una aplicación que ayuda a la regulación emocional”. (P3)
- “Lo que hacen es consumir para anestesiar y no sentir. Entonces, tiene que haber un trabajo a nivel emocional enorme, desde todas las áreas (psicológica, médica y educativa) porque a lo mejor están bien por la mañana, les pasa cualquier cosa, se frustran y ya empiezan a gestionar mal la frustración y lo arrastran todo el día”. (P4)
- Se trabaja mucho con la entrevista motivacional, reforzando muchísimo los avances que se hacen, reforzando las nuevas actividades que pueden hacer, se refuerzan cómo las relaciones familiares o sociales vuelven a extralimitarse, que vean los resultados positivos. (...) a lo que van por la calle, ven un bar, se encuentran un compañero de juego... Esto se limita, no debes tener contacto con estas personas vinculadas con el juego, pero si vas paseando por la calle y te encuentras a estas personas, va a generar un movimiento en ellos que va a activar todo el sistema de recompensa, porque van a ver a ese amigo como si fuera una máquina. Todo esto se atiende. Al menos, donde yo trabajo, tenemos un teléfono al que pueden llamar y si viven situaciones así pueden contarle y descargar, y después en terapia trabajarlo también. Pero tienen esa alternativa también para que no pasen solos este proceso, ya que es tan complicado.” (P5)

6.1.3 Associació de sentiments davant realitats masculines i femenines.

Aquesta dimensió agrupa les preguntes del tercer bloc de les entrevistes. D'una banda, s'analitzaren les diferències existents segons el gènere de la persona en el procés de recuperació pel joc patològic. D'altra banda, es preguntà envers la presència de la perspectiva de gènere en l'acompanyament per la recuperació del joc patològic. D'aquesta manera, les

respostes envers “l’associació de sentiments davant realitats masculines i femenines” han ofert 4 categories:

- **Categoria: Causa o motivació pel joc**

En primer lloc, les professionals entrevistades han considerat rellevant mencionar la motivació o causa que impulsa a iniciar-se al joc en homes i en dones. Així doncs, s’ha detectat que els homes, no només comencen a jugar en edats més primerenques, sinó que ho fan per la sensació positiva que els genera (adrenalina), així com pel valor que li donen a l’aspecte econòmic i el fet de poder aconseguir diners més fàcilment. En canvi, les dones ho fan perquè connecten amb sentiments com la soledat (i l’avorriment que pot causar) i el joc els permet desconnectar d’aquesta realitat. Per tant, el motiu de l’addicció és un aspecte a tenir en compte en el treball per la recuperació de la persona de l’addicció:

- “Los hombres lo hacen por esta sensación de adrenalina que les genera el jugar y conseguir dinero fácil, mientras que las mujeres suelen empezar a jugar en edades más avanzadas por aburrimiento o un sentimiento de soledad. Esto suele ser un factor de riesgo superimportante, el sentirte sola en las mujeres puede ser un factor que lleve a desarrollar un trastorno de juego. (...) Muchas veces influye esto, no es lo mismo una persona que juega por el grado de excitación que una persona que se siente sola o porque está aburrida. Esto es un factor que se tiene que abordar para el tratamiento.” (P1).
- “Por ejemplo, las motivaciones de la adicción pueden ser totalmente diferentes. A lo mejor, ellas dicen “es que estaba sola, triste, aburrida” y empieza a hacer una conducta adictiva. Muy diferente a lo mejor de un chico que dice “a mí me gusta la expectativa, el vivir algo diferente”. (P3)
- Lo que sí se valora, dependiendo del género, son las variables que les llevan a jugar en este caso. (...) los hombres, cuando empiezan las variables van ligadas a la búsqueda de sensaciones, a la impulsividad, a la recompensa inmediata, el valor que le dan al dinero, quizás... La mujer, en este caso, va más ligado a evadirse de los problemas personales”. (P5)

- **Categoria: Tipus de joc.**

Segonament, les persones entrevistades consideren que el tipus de joc que es practica també és un factor a tenir en compte en el treball de recuperació, atès que acostumen a haver-hi diferenciació en el joc segons el gènere de la persona. En aquest sentit, es considera que els homes practiquen jocs actius, de tipus més estratègics, mentre que les dones ho fan a través de jocs passius i que acostumen a dependre més de l’atzar:

- “El tipo de juego, por ejemplo, los hombres suelen hacer juegos más estratégicos como las apuestas deportivas, el póker, o sea, algo más de estrategia, pasar por un razonamiento, mientras que las mujeres tienden a jugar juegos no estratégicos, le llamamos que dependen más de una cuestión del azar. Por ejemplo, las loterías, los bingos, los rascas... Entonces, sí hay estas diferencias que a la larga nos ayudan para entender cómo es que está funcionando este trastorno y que lleva a la persona, en cuestión de género, a poder desarrollarlo.” (P1).

- “Hi ha diferències, per exemple, en el tipus de joc. Els homes són més de jocs actius, estratègics, que penses que tens sensació de control (pòker) i les dones de més passius, com el bingo”. (P2).

- **Categoria: Estigmatització i invisibilitat de la realitat femenina.**

En tercer lloc, es considera molt rellevant l’aportació envers la categoria “estigmatització i invisibilitat de la realitat femenina”. Les professionals entrevistades coincideixen que existeix un gran (i doble) estigma social envers les dones que juguen patològicament pel fet de ser dones i jugadores, de manera que genera més vergonya i sentiment de culpa. Al seu torn, aquesta qüestió els porta a no cercar ajuda per la vergonya i el fet de voler amagar aquesta realitat, de manera que arriben moltes menys dones i, en conseqüència hi ha “pocs” diagnòstics en dones:

- “Algunos autores consideran que no es que sea cierto que haya un porcentaje mayor hombres en este trastorno, sino que muchas veces no se diagnostica en mujeres. No es que no haya, sino que no suelen ir a pedir ayuda por el estigma social de que el juego es más para hombres, “siendo mujer, ¿cómo voy a tener este problema?”, “me da pena, ¿cómo voy a acudir a un centro donde hay más hombres?”... Entonces, muchas veces no se diagnostica este problema porque no se acude a pedir ayuda profesional, entonces, ahí, las estadísticas no son tan reales como parecían”. (P1)
- “Una de les teories de per què les dones consulten menys, és que si el problema ja és estigmatitzant en homes, en dones ho és molt més i porta molta més vergonya i sentiments de culpa. Com és un problema “d’homes”, “com pot ser que una dona tingui aquest problema i no em tocara, hauria d’estar a casa, fent una altra cosa” (...) dediquem moltes més sessions a aquestes emocions que pot tenir la dona envers la culpa, vergonya, treballar el perquè els té, intentar que racionalitzi aquests sentiments de culpa i vergonya que venen associats. Treballem molt amb l’entorn social perquè realment no és només una impressió que elles tenen, sinó que és una realitat que estan sent estigmatitzades. Llavors intentem que les seves parelles, fills, pares, entenguin que és un problema que també pot ser de dona i que es pot viure igual que en un home”. (P2)
- “Aproximadamente un 90% de pacientes hombres y muy pocas mujeres, pero, en realidad, no sabemos si esto es que realmente hay un porcentaje tan bajo de mujeres que acuden al juego o es que no acuden a la atención psicológica. Porque se han hecho investigaciones en las que se ha visto que las mujeres tienen un doble estigma: Por ser adicta y ser mujeres. Es como si a nivel social se asociara más esta adicción a un varón y, por lo tanto, es como si todavía, el hecho de decir “está mal visto una adicción”, está peor el “ser una mujer”. Es una estigmatización social muy fuerte. Muchas de ellas te lo expresan, no asistían, no lo decían o tenían muchísima vergüenza. Entonces, ¿qué es lo que pasaba? Pues que tardaban más en pedir ayuda” . (P3)
- “Por un lado, pasa también porque hay un estigma social en el que a las mujeres, en este caso, se las puede juzgar más por este cliché tan antiguo de que hay un vicio, de que son unas viciosas por jugar, mientras que en los hombres sí que se ve como una enfermedad. Esto va ligado, pues bueno, a toda esta parte de que la mujer tiene que ser más responsable, debe tener el rol de cuidadora, no puede hacer estas cosas. Por lo tanto, el sentimiento de culpa de la mujer es mucho más mayor. Entonces, lo que sí encontramos es que resisten más a pedir ayuda. La mujer adicta tarda más en llegar a consulta porque tiene mucha vergüenza”. (P5)

- **Categoria: Violència de gènere.**

En quart lloc, es vol destacar la categoria “violència de gènere”, atès que algunes entrevistades han coincidit en la correlació envers el joc patològic en dones i la presència d’abusos o violències de gènere. Així doncs, les violències patides són aspectes que influeixen en l’acompanyament per la recuperació i que, per tant, s’han de tenir en compte:

- “El tratamiento es el mismo, pero sí que hay una aparte con las mujeres que hay que trabajar más que es la parte de protección del sexo, del cuerpo... Muchas vienen con violaciones de familiares, maltrato, abusos, sí, sí...”. (P4)
- “Una cosa muy importante a tener en cuenta si es mujer, según los estudios, es que el 70% de las mujeres con ludopatía son víctimas de violencia de género. Esto es algo que vincula con la idea de cómo usan ellas el juego en un primer momento para evadirse de sus problemas personales. También está ligado a que las mujeres están más sujetas a acontecimientos vitales estresantes o traumáticos y se evaden de esa realidad”. (P5)

6.1.4 Percepció professional envers el suport de la xarxa de les persones usuàries i la seva influència.

La “percepció professional envers el suport de la xarxa de les persones usuàries i la seva influència” és la quarta dimensió analitzada tenint en compte el quart bloc de preguntes de les entrevistes. En aquest cas, es gira entorn de la percepció de la implicació de la xarxa en el procés de recuperació, les maneres d’abordar la construcció d’aquesta en cas que no hi hagi, així com la importància que té en el procés. Totes les respostes giren al voltant de la necessitat de la xarxa de suport durant el procés, tal com es veurà amb la materialització de les categories exposades. De fet, quatre de les cinc professionals entrevistades treballen de manera grupal el procés de recuperació, per tal de poder tenir el suport de persones que passen per la mateixa situació.

- **Categoria: Suport de la xarxa existent.**

D’una banda, les persones entrevistades manifesten consens en la necessitat de suport per part de la xarxa ja existent de la persona acompanyada, perquè han de formar part del procés de diverses maneres. Per exemple, essent “coterapeutes”, cooperant en el control monetari, treballant amb la xarxa de manera psicoeducativa per tal que es doni una comprensió de la malaltia per la qual passa la persona, etc. En aquest sentit, es destaca que la xarxa ja existent acostuma a implicar-se en el procés de recuperació de forma positiva, essent beneficiós per la persona acompanyada:

- “Las personas que acompañan en el proceso terapéutico a los pacientes tienen un grado de implicación muy importante (...) aquí el familiar va a tener una responsabilidad compartida en las primeras sesiones, que es el poder controlar el dinero, hacer registros, supervisar a la persona que acompañan, cuánto gasta a dinero...” (P1).
- “Llavors, per nosaltres és una part crucial del treball. Necessitem algú que faci control econòmic, perquè per definició, el trastorn de joc amb aposta implica una pèrdua de control, llavors la persona al principi del tractament és impossible que controli la conducta.” (P2)
- “Lo que te decía, no podemos influir más allá. Si que se busca, lo ideal es que venga un coterapeuta. Esto ayuda también a fortalecer vínculos, en el caso de la pareja, a que sienta ese apoyo, compromiso, a que se restauren también nuevas vidas. (...) A veces viene la vereda de “no, es que ya no le tengo confianza, porque hay muchas mentiras, me dice una cosa, pero en realidad está jugando, he visto que tiene deudas... Entonces, se restaura un poco el vínculo, aunque no sea totalmente el objetivo terapéutico, pero lo que te decía, siempre se va a buscar que la persona vaya a mejor, incluso en este tema social.” (P3)
- “No es que sea importante, es que es básica, porque la familia tiene que entender que esto es una enfermedad. (...) a familia tiene que formar parte del equipo, en el sentido que se les tiene que mantener informados para que, cuando salgan, sepan cómo actuar. (...) la familia tendrá tendencia a moverse por la pena, la compasión, entonces conseguirá el dinero. Por eso, a la familia tiene que aprender a decir que NO y que no pasa nada por decirles que no a sus familiares. (...) En la red de apoyo tiene que haber familiares, tiene que haber amigos (no colegas) y tiene que haber terapeutas. Esta tiene que ser su red de apoyo”. (P4)
- “Claro, hay que evaluar si las relaciones están deterioradas o no, y cómo podemos potenciarlas, haciendo terapias familiares, reuniéndonos solo con la familia, o con paciente y familia... Pero por lo general, el entorno se suele implicar muchísimo (...) Hay cosas que trabajar, sobre todo con el entorno que ha salido perjudicado, pues tiene dolor y puede echar cosas en cara. Al final tienen su proceso de perdón o de gestión de esto que ha pasado, pero por lo general siempre se implican (...) quieren ayudar a la persona a que recupere a su vida, a que recupere a la pareja, a la madre, al padre, al amigo que eran antes. La implicación suele ser positiva y acompañan muchísimo”. (P5)

● **Categoría: Potenciar la creació de xarxa saludable**

D'altra banda, no s'han d'oblidar les realitats on no existeix aquesta xarxa, és insuficient o no és de qualitat (i no es pot restaurar). Així doncs, és necessari potenciar la creació d'una xarxa de suport saludable a partir de diverses estratègies. Primerament, s'intenten restaurar els vincles existents. Segonament, si això és insuficient, se cerquen activitats on la persona pugui socialitzar-se d'una manera saludable i que no generi interferències en el procés de recuperació:

- “La intención es que pueda retomar las redes que en algún momento ha tenido (...) Si eso no es posible, intentamos que vuelva a tener otras interacciones, haga relaciones para, nuevamente, salga con amigos, conozca a otras personas... Buscar, por otro lado, pero la intención es que siempre tenga una red de apoyo. Probablemente, no lo acompañará al tratamiento, pero lo que pueda socializar para evitar el aislamiento y el sentimiento de soledad. Que cree vínculos nuevos que le permitan también no generar más factores de riesgo y puedan tener un momento de distracción”. (P1)
- “(El terapeuta) intenta expandir el suport social... “amb qui et parles?”, “bueno amb una tieta meva”, i

intentem recuperar el contacte i a veure si està disponible, podria participar. Però, el pronòstic és molt pitjor quan no hi ha. I, en casos que hi ha trastorn mental greu, intentem implicar associacions, que n'hi ha moltes a Barcelona, o fundacions, perquè facin aquest suport i acompanyament". (P2)

- "Puede que busques, junto a él, en el proceso de recuperación, que la persona recupere otras actividades. Por ejemplo, un control de estímulos, pues quizás no tenemos que ir al casino y hacer vínculos de otra manera". (P3)
- Es importantísimo, poder crear esa red de soporte. Básicamente, porque si mantienen ese sentimiento de soledad del que hablábamos al principio, están aislados, a largo plazo, aunque se haga un trabajo de prevención de recaídas, si hay ciertas áreas de su vida que han quedado perjudicadas para siempre y no conseguimos fomentarlas, acabará recayendo, porque esas emociones y esa falta de gestión puede afectarles, de manera que necesiten evadirse de esa realidad. (...) que se den cuenta de que hay más cosas aparte del juego, que se pueden hacer otras cosas, que siempre hay una alternativa, que van a generar muchísimas emociones positivas, van a saber afrontar cualquier tipo de situación alternativa que no sea el juego." (P5)

- **Categoria: Manca de recursos per l'acompanyament**

Darrerament, aquest bloc ha manifestat, per part d'algunes persones entrevistades, la manca de recursos existents per poder establir una xarxa saludable i que no generi interferències en el procés iniciat. En aquest sentit, coincideixen al fet que es fa una bona feina d'acompanyament, però cal molt més suport i recursos que afavoreixin el procés de creació de xarxa:

- "Són situacions dramàtiques. Caldria molt més, però és el que tenim". (P2)
- "El problema es que a nivel de recursos no se puede, es complicado ir más allá de las soluciones médicas. Hay ahí una institución, un tema de recursos institucional, pero claro, muchas veces no podemos llegar más allá. Este vínculo, este puente, sería ideal. Si se planea de una manera que la persona pueda buscar compatibilidades con su proceso terapéutico, yo lo veo como algo positivo. Claro que sí (...) sería interesante encontrar una figura puente, sobre todo que acompañase a la gente que viene de situaciones más vulnerables y carentes de esta red social.". (P3)

6.1.5 Percepció de la soledat i aïllament en casos de joc online.

Aquesta dimensió inclou les preguntes del darrer bloc de les entrevistes, les quals feien referència a les diferències emocionals de les persones juguen online i presencial, així com les maneres d'abordar els casos on es dona joc online.

- **Categoria: Accessibilitat inofensiva i sobreestimulació.**

La primera qüestió a tenir en compte és la sobreestimulació que genera el joc online i, per tant, en un major aïllament de la persona, el qual pot afavorir a l'aparició de sentiment de soledat, així com a la ràpida instauració de l'addicció.

- “Están más tiempo en soledad y se aíslan más, entonces, como pasan mucho tiempo jugando online, tienden a dejar el contacto social para enfrascarse más”. (P1)
- “Esa sobreestimulación es a un nivel mucho mayor. En cuánto tiempo, una hora, ¿cuántas apuestas puedes hacer online? Ya ni siquiera necesitas estar presencial en un casino ni pasar tiempo delante de una máquina tragaperras. En ese momento, en una sola hora, puedes exponer a tu cabeza a un sinfín de sobreestimulación y eso hace que se desarrolle más rápido el proceso adictivo (...) genera mucha más sensación de aislamiento porque la propia conducta es aislante, ¿sabes? Si pones a mirarte el móvil, una red social 10 minutos, ya haces una desconexión del entorno. Es algo que nos pasa a todos, pero cuando una persona está desarrollando una conducta potencialmente adictiva o está generando una adicción, se da un aislamiento total, se desconecta del entorno”. (P3)
- “Están aislados de verdad, y más cuando ya está inmerso en la adicción se encierra en casa jugando con el móvil o el ordenador, gastando dinero... Entonces, sí que sienten esa parte de aislamiento mucho más fuerte que quizás el presencial, pero el punto en el que acaban al final es el mismo”. (P5)

Continuant amb l'anterior, en el joc presencial també es dona aïllament, encara que hi hagi una sensació d'haver de desplaçar-se a un ambient amb més gent, s'acaba jugant de manera individual:

- “Puede haber al principio una falsa imagen de que no se sienten solos porque están saliendo de casa, están yendo a un sitio con más gente”. (P4)
- “Hay un momento inicial en el que ven que están con gente y están socializando. Luego, al final, no es así. Acaban siempre, la mayoría de veces, jugando solos. La mayoría de sentimientos, es lo mismo, pasando por las mismas fases: culpa, frustración...” (P5)

Tanmateix, també existeix una aportació rellevant que explica que hi ha menys aïllament en el joc online perquè les apostes es donen de manera més ràpida i, per tant, la persona jugadora esgota els seus recursos amb més velocitat (per la pèrdua de la noció de què està passant, ja que no es controlen els diners de manera física) i disposa de la resta del temps per fer altres coses:

- “El que si se sap és que les persones que juguen online tenen un temps que comencen a apostar i que consulten molt més curt que les persones amb trastorn al joc presencial o tradicional, i que desenvolupen deutes molt més ràpid i grans que les que juguen presencial, perquè les respostes per Internet són molt més ràpides perquè tu quan no tens els diners a la mà, perds la noció de diners que estàs apostant, no veus els diners, i això els porta a apostar més ràpid, apostar més diners i a dedicar menys diners durant el dia. Per tant, no crec que tinguin més sentiment de soledat perquè crec que tenen temps per més relacions”. (P2)

No obstant això, les persones entrevistades coincideixen a la gran accessibilitat que ofereix el joc online, generant un fals sentiment de seguretat i d'inofensivitat que provoca una addicció més ràpida deguda a la sobreestimulació constant prèviament mencionada, que, al seu torn, genera pèrdua de la noció del que passa.

- “Al final, el juego online es mucho más accesible que el presencial. Si para jugar no tienes que ir a un casino o a un bar, sacas el móvil y te pones a jugar, puede ser a cualquier hora: las 15:00 h de la tarde o

las 5:00 de la mañana. Incluso, podemos estar hablando e ir jugando. Eso sí que es una diferencia también”. (P1)

- “Les apostes per Internet són més ràpides de mitja, és a dir, la persona està menys temps apostant que quan és presencial, evita el desplaçament. (...) la persona rep la resposta més ràpid”. (P2).
- “No es necesario una situación vital estresante, que va mucho más rápida. El proceso emocional se vive de manera más rápida (...) . Todo lo diseñado online tiene muy fácil acceso. ¿Qué quiere decir? Que no es lo mismo que la persona vaya a un bar, que está abierto a determinadas horas, a que la persona vaya a tener en su móvil 24/7 acceso a todo lo que está haciendo. Todo lo que se hace online da una falsa sensación de seguridad, es como “nadie lo sabe”, entonces “no estoy yendo a un casino”, “no debe ser tan malo”, ¿sabes? Entonces, es como que muchos comienzan diciendo que empezaron con la actividad porque les parecía más inofensiva (...) Hay que desmitificar esto de que es “inofensivo”, hay un peligro real”. (P3)

- **Categoria: Perfils jugadors i gestió emocional**

Davant aquest tema, les persones entrevistades coincideixen al fet que es donen les mateixes emocions, tot i que pot haver-hi diferència en la gestió d'aquestes en el joc online i presencial a causa de la diferenciació de perfils. Alguna persona entrevistada vincula aquesta qüestió al fet que hi ha hagut un canvi en el perfil de persones que hi juguen, atès que persones més joves són les que ho fan de manera online i, aquestes tenen una major capacitat de gestió emocional vinculada al grau de formació. En definitiva, les emocions són iguals, però algunes aportacions consideren que la gestió d'aquestes queda influenciada per les diferències generacionals.

- “Suelen experimentar las mismas emociones, lo que sí es diferente es que las personas que vienen por juego online tienden a aislarse más, a tener menos redes de apoyo”. (P1).
- A nivell emocional, és que són perfils diferents. (...) Llavors, el perfil emocional és diferent? Sí, perquè ara mateix, les persones que consulten són més joves i amb una formació més alta. Si compares poblacions, les que jugaven a escurabutxaques tenien un nivell de formació més baix i les que juguen ara, més alt, ja sigui a nivell de batxillerat o universitat, inclús. Casualment, o no tan casualment, el nivell de formació i l'edat es correlacionen amb la teva capacitat de gestió emocional, normalment tens més capacitat d'explicar què et passa. No és molt diferent perquè continuen arribant amb sentiments de culpa, depressió... Però és una mica més fàcil treballar a nivell emocional, perquè la persona més gran que no ha parlat d'emocions en la seva vida, li costa més”. (P2)
- “Por ejemplo, en cuestiones online hay perfiles más jóvenes, porque lo tienen más a mano”. (P3)
- “Yo creo (a nivel de sentimientos) que es exactamente lo mismo, pero sí que el juego online es más aislamiento todavía. No salir de tu casa para nada (...) Normalmente los de juego online son más jovencitos, porque, evidentemente, tienen más acceso y porque no quieren que nadie les vea”. (P4)

6.2. Discussió

A continuació, es pretenen establir vincles entre els resultats assolits al punt anterior i la teoria exposada al marc teòric.

Així doncs, primerament es parlarà dels resultats obtinguts envers l'existència del **sentiment de soledat durant l'addicció al joc**. Es destaca com a resultat que la **motivació i el grau de consciència** són un factor important a tenir en compte en el treball per la recuperació del joc patològic, coincidint amb Echeburúa et al. (2014), qui exposa que, tot i que el tractament a partir de l'abstinència ofereix uns resultats positius, però la gent té sentiments oposats per començar aquest tipus de tractament per la no disposició a deixar el joc. Continuant amb això, cal recordar que es parla d'un trastorn per descontrol d'impulsos cap al joc (American Psychiatric Association, 2014, 585-586), de manera que cal tenir en compte diferents factors, com ara els psicològics i personals que porten a la persona a la conducta del joc, sigui per la necessitat de contrarestar un sentiment negatiu o per la recerca de noves sensacions (Urdaniz citat a Calderón et al., 2022). Aquesta qüestió coincideix amb la categoria **“personalitat i funcionament psicosocial”**, atès que es destaca la necessitat de reconèixer la personalitat de la persona acompanyada per tal de poder establir estratègies d'afrontament (alternatives als impulsos per jugar), tenint en compte la seva realitat personal (per exemple, una gestió emocional deficient), així com les de l'entorn (per exemple, incomprensió de la malaltia).

Davant aquesta realitat, s'observa que els resultats obtinguts responen a tractament cognitiu-conductuals (Echeburúa et al., 2014), que tenen en compte la causa o motivació (prèviament explicat), les conductes que es realitzen i les conseqüències d'aquestes tant positives com negatives. Dins aquest tipus de tractament es realitzen tècniques de control d'estímuls, destacant en aquest punt, la figura de “coterapeuta”, la qual és una persona que acompanya a l'afectada pel joc en el procés de recuperació a partir del control monetari entre altres funcions. La figura del **“coterapeuta”** mostra la necessitat d'una xarxa social de suport en l'acompanyament per la recuperació, tal com s'exposarà més endavant. La realitat del joc genera incidència negativa en les relacions familiars (a causa de les mentides i deutes existents) i socials, perquè la persona deixa de fer activitats amb altres persones per tal de jugar (García et al., 1993).

En conseqüència, no es pot oblidar de començar a mencionar la rellevància que té el rol socioeducatiu amb la promoció i creació de contextos en què les persones es puguin incorporar (ASEDES, 2007). En altres paraules, la necessitat de l'educació social en el

tractament, perquè tal com s'anirà desenvolupant, existeixen sentiments vinculats a l'aïllament i la soledat que cal treballar. De fet, la categoria **"aïllament, vergonya i estigma"** mostra com la soledat pot donar-se per l'aïllament que suposa la conducta d'addicció al joc, que, al seu torn, es dona per la vergonya i estigma existent envers aquest trastorn. Tanmateix, es vol destacar l'agreujament d'aquesta situació en les dones, les quals pateixen la doble estigmatització pel fet de ser dones i jugadores, associant una connotació de vici a la problemàtica esmentada (Vázquez, 2012). No obstant això, es desenvoluparà més endavant aquesta qüestió.

Aquesta qüestió pot sobtar atès que, com diuen Calderón et al. (2011), el joc és una conducta socialment acceptada i que, fins i tot, es promou des de mitjans de comunicació. Tanmateix, quan es converteix en una patologia o problemàtica, aquesta acceptació es degrada a rebuig.

Ara bé, es donen altres **emocions i sentiments durant el procés**, en el qual la vergonya, la culpa, la frustració, l'ansietat, la irritabilitat, entre altres associades a "negatius" són molt freqüents. Aquests poden conduir a la persona a jugar per tapar aquella sensació "negativa". Les pèrdues de contextos de socialització a causa del joc, pot generar ansietat i depressió que, al seu torn, generin més recaigudes, essent un cercle viciós (García et al., 1993). Tanmateix, també les emocions o sentiments que s'atribueixen a experiències "positives" formen part del procés, de manera que també poden desencadenar una recaiguda. Per tant, tornant als tractaments cognitiu-conductuals, s'observa la necessitat d'analitzar totes les causes possibles, així com abordar les conseqüències emocionals durant tot el procés de recuperació, atès que influeixen i hi formen part.

Altrament, n'és destacable l'**anàlisi en perspectiva de gènere** a partir dels resultats obtinguts. Primerament, els resultats mostren que la motivació pel joc és diferent en homes i dones, atès que els homes inicien a edats més primerenques per cercar sensacions com l'adrenalina i obtenir diners de forma fàcil, mentre que les dones connecten amb sentiments de soledat que els porta a jugar i desconnectar d'aquesta realitat. Aquestes aportacions coincideixen amb Echeburúa et al. (2014) qui considera que les dones juguen, no per excitació, sinó per alleugerir el malestar emocional i la soledat viscuda. A més, l'American Psychiatric Assotiation (2014) coincideix a què els homes inicien a jugar a edats més primerenques a causa de la impulsivitat.

Segonament, existeix una diferenciació segons els tipus de jocs, tal com exposen els resultats. D'una banda, els homes juguen a jocs actius (on existeix estratègia i participació), mentre que

les dones a passius, on l'atzar tria els resultats seguint amb la diferenciació que s'estableix a Calderón et al. (2011). A més, aquest resultat coincideix amb Baño et al. (2021), qui considera que les dones eviten els jocs estratègics per evitar més emocions negatives, com ara la frustració o ràbia que es pot desprendre d'una "estratègia dolenta".

Tercerament, es vol destacar l'estigmatització i invisibilitat de la realitat femenina, la qual ha estat introduïda amb anterioritat. No obstant això, cal mencionar el doble estigma per ser dones i jugadores, que comporta una connotació negativa de vicioses, així com mares descuidades, malbaratadores, entre altres, que generen rebuig cap a elles, coincidint amb Vázquez (2012). Aquesta situació els genera vergonya que pot explicar la poca presència de dones en espais de recuperació que mostren els resultats, coincidint amb l'argument d'Echeburúa et al. (2014), qui exposa que hi ha una censura social que genera dificultat per demanar ajuda terapèutica per part de les dones. Per tant, la poca presència femenina no vol dir que el joc patològic sigui un trastorn masculinitzat, sinó que hi ha infradiagnòstic en dones perquè no cerquen ajuda, tal com diuen Baño et al. (2021).

Per últim, mencionar com la categoria "violència de gènere" referent a la realitat de moltes dones que juguen patològicament coincideix amb una situació de violència de gènere o abús, coincideix amb Vázquez (2012), qui assegura que un 70% de les dones afectades pel joc patològic, són víctimes de maltractament. Per tant, es destaca la comorbiditat envers el gènere (situació de trastorn pel joc a més de ser víctima de violència de gènere) que podria explicar la relació de les dones per començar a jugar amb la finalitat d'evadir-se de problemes personals, tal com destaquen Rius-Buitrago et al. (2021).

Altrament, els resultats referents a la "percepció professional envers el suport de la xarxa de les persones usuàries i la seva influència" mostren aspectes rellevants. D'una banda, tal com s'ha introduït, la necessitat de comptar amb el suport de la xarxa existent de la persona acompanyada, la qual acostuma a implicar-se en el procés, essent beneficiós, no només per l'acompanyament, sinó per la mirada de l'entorn cap a la persona que pateix les conseqüències del joc, essent necessari treballar la psicoeducació per tal de comprendre que aquesta realitat és una malaltia i que no s'ha d'estigmatitzar a la persona. En aquest sentit, es coincideix amb Salaberría et al. (1998) qui exposa que el joc és un problema social que afecta i aterra a les persones del voltant, generant influència recíproca entre la persona que juga i les que estan al seu voltant. Per tant, les relacions han de ser beneficioses bidireccionalment.

D'altra banda, és possible que algunes persones no comptin amb cap suport, de manera que els resultats mostren que, en aquests casos, s'ha de potenciar la creació d'una xarxa saludable, sigui a través de la restauració de vincles perduts, o bé, cercant nous espais on la persona es pugui socialitzar de forma sana i compatible amb el procés de recuperació o tractament. En altres paraules, les activitats o aolliment en espais de socialització han de promoure que es continuï amb el tractament iniciat, evitant interferències, com per exemple, antics contactes amb els quals es jugava, els quals poden despertar les ganes de jugar. Per aquest motiu, es coincideix amb Echeburúa et al. (2014), atès que es posa èmfasi en la prevenció de caigudes, detectant situacions de risc a partir de la promoció d'un estil de vida saludable.

Finalment, els resultats mostren que existeix manca de recursos per l'acompanyament i per la consolidació o creació de xarxes de suport que puguin ser compatibles amb els processos. Aquest resultat es vincula amb les aportacions de Sixto-Costoya i Olivar (2018), les quals destaquen l'aportació que pot fer la tasca socioeducativa en l'àmbit de les addiccions per acompanyar en el procés de socialització. En altres paraules, l'educació social pot actuar com la "figura pont" que exposen els resultats de la recerca com a necessària per dur a terme una socialització compatible amb el procés terapèutic.

Els resultats obtinguts envers **la percepció de la soledat i l'aïllament en casos de joc online** també són destacables, atès que permeten analitzar possibles diferències entre el joc tradicional/presencial i el joc online. D'aquesta manera, els resultats mostren que la sobreestimulació que genera el joc online facilita que s'instauri més ràpidament l'addicció a la vegada que aïlla de l'entorn per jugar. Aquesta qüestió, seguint els resultats, és causada per la inofensivitat que transmet el joc online, ja que el fet de tenir-ho tant a la mà, no provoca alarmes de perill. En altres paraules, l'accessibilitat que ofereixen les tecnologies i les apostes en línia faciliten l'aïllament. De fet, l'Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022) mostra que, actualment, hi ha més persones afectades pel joc patològic online que tradicional, fet que concorda amb l'accessibilitat esmentada. A més, la intimitat com a variable que facilita l'addicció (Mullor i Canal, 2019) i el fet que ningú conegui el que s'està fent a través de les pantalles permet la continuïtat de la conducta del joc. Altrament, la sobreestimulació també es relaciona amb la gran disponibilitat d'ofertes de jocs en línia, el fàcil accés a casinos online i la influència dels anuncis que conviden al joc en línia, tal com exposen Mullor i Canal (2019).

Així mateix, es volen destacar els resultats obtinguts referents a la diferència de perfils jugadors i gestió emocional d'aquests. En altres paraules, s'ha donat un canvi de perfil de jugador patològic, essent adults joves els protagonistes del joc online, amb formació, mentre que aquells que juguen presencialment acostumen a correspondre a edats més avançades. Al seu torn, els resultats correlacionen l'edat més jove i la formació amb una millor capacitat de gestió emocional, la qual és important en el procés de recuperació. López-Torres et al. (2020) coincideixen a la creixent presència d'adults joves (que acostumen a tenir més facilitats amb les tecnologies) amb formació universitària com a nou perfil de jugadors patològics online, evidenciant que és una addicció que es distribueix per totes les edats i classes. Continuant amb els resultats, es destaca que la modalitat de joc més present és l'aposta esportiva online, superant i posant-se per davant de les màquines escurabutxaques, tal com descriu López-Torres (2020). El canvi de model de joc, inclou un canvi de perfil de jugadors que cal tenir present en l'acompanyament i processos de recuperació, com ara en la capacitat de gestió emocional davant les situacions que apareguin (que són similars en joc online i presencial) que exposen els resultats, o bé, les diferències generacionals que influeixen en aquest.

7. Conclusions

Un cop realitzat el procés de recerca és important tornar enrere i revisar quin era el punt de partida. Així doncs, es considera el moment de recuperar els objectius específics plantejats a l'inici del present treball de fi de grau.

En primer lloc, se situava l'objectiu de “comprovar si l'addicció al joc pot generar sentiment de soledat en el procés segons les percepcions de les persones professionals”. El procés dut a terme ha permès obtenir una mirada de comprensió del joc patològic des d'una visió ecològica (Gifré i Esteban, 2012), és a dir, que no només influeix a la persona que pateix l'addicció, sinó també a les diferents esferes (microsistemes) d'aquesta, com ara la família, les amistats o l'àmbit laboral, sigui a causa de les mentides generades pels deutes econòmiques que acaba generant rebuig cap a la persona jugadora, l'allunyament per preferència a la conducta del joc, etc. D'aquesta manera, el joc aïlla a la persona de l'entorn, no només per la conducta patològica en si, la qual contribueix al fet que es faci de manera solitària (“entrar a la zona”), sino pel fet de voler amagar la seva situació per la vergonya que genera patir un trastorn tant estigmatitzant. De fet, tot i que els primers contactes amb el joc acostumen a ser en espais d'oci i lúdics en un ambient social i obert, la conducta addictiva acaba aïllant a la persona, cosa que facilita l'aparició del sentiment de soledat, el qual es va agreujant per l'abandonament d'altres microsistemes de la seva vida. Per tant, la soledat contribueix a la continuïtat del joc, atès que permet desconnectar d'aquest sentiment negatiu que no es pot fer desaparèixer amb la xarxa de confiança, atès que aquesta normalment està degradada per l'oblit que fa la persona en iniciar la conducta. En altres paraules, es corrobora que el joc patològic és un problema social (Salaberría et al., 1998) que genera soledat i facilita la continuïtat de respostes addictives.

Així doncs, es conclou que l'addicció al joc genera sentiment de soledat tenint en compte les percepcions de les professionals participants en la recerca.

En segon lloc, es volia “comprendre l'experiència envers els sentiments trobats a causa de l'addicció al joc des de la visió professional”, destacant la varietat d'emocions i sentiment sumats a la soledat. Al cap i a la fi, tal com s'ha anat destacant, existeix el factor de risc associat a la “recerca de sensacions” (Urdaniz citat a Calderón et al., 2011), la qual cosa ha coincidit amb els resultats, atès que moltes vegades s'arriba al joc per poder contrarestar una emoció o sentiment “negatiu”, o bé, com a resultat d'un estat d'eufòria que contribueix a generar pensaments fantasiosos o supersticiosos, és a dir, atribuïts a la possibilitat de guanyar.

En altres paraules, la visió professional identifica diversos estats emocionals intensos, entre els quals es destaca la ràbia, la tristesa, la vergonya, la culpa, la soledat, la frustració, etc. així com la depressió i l'ansietat, fet que mostra la comorbiditat com a aspecte a tenir en compte en el procés de recuperació.

Continuant amb aquesta idea s'ha observat la varietat de sentiments i emocions existents a causa de l'addicció al joc i que, tot i que cada persona viu i fa el seu propi procés, s'observen tendències que permeten tractaments estandarditzats, així com la conclusió que la vivència emocional forma part del procés i, per tant, és un aspecte crucial a tenir en compte per la recuperació del joc patològic.

En tercer lloc, es volien “considerar les vivències femenines i masculines envers les dificultats i sentiments sorgits de l'addicció al joc”. Aquest tercer objectiu ha tingut una limitació a causa de no haver pogut accedir a la mostra de persones afectades pel joc per la confidencialitat de l'àmbit. No obstant això, es considera que s'ha fet un apropament des de l'òptica professional. D'aquesta manera, s'han identificat diferents sentiments en la motivació o causa que convida a l'accés al joc, de manera que s'atribueix que les dones tenen aquest contacte per connectar amb sentiments de soledat, els quals, al seu torn, poden estar vinculats als abusos i diverses formes de violència a les quals estan sotmeses les dones. Al seu torn, les dones juguen a jocs que depenen de l'atzar, tenint un rol passiu, mentre que els homes ocupen els jocs estratègics, tenint un rol actiu. A més, hi ha infradiagnòstic en dones perquè no acudeixen a cercar ajuda, a causa del doble estigma que tenen per ser dones i jugadores patològiques, generant-se una major vergonya i culpabilitat perquè s'associa que aquest no és el seu rol i haurien d'estar fent altres coses. Una de les persones entrevistades va comentar que *“no és només una impressió que elles tenen, sinó que és una realitat que estan sent estigmatitzades”* (P2), una qüestió que torna a posar en evidència que el joc patològic és un problema social (Salaberría et al., 1998), que requereix treball de consciència per l'estigmatització que suposa i la situació de desigualtat que genera aquesta situació per les dones. A més, el joc patològic en dones reflecteix patrons patriarcals on la dona ha d'estar sotmesa, invisibilitzada i avergonyida de no fer “el que li correspon”, de manera que el treball d'acceptació pròpia és una dificultat afegida al procés.

Així doncs, es destaca que, tot i no haver pogut accedir a persones afectades pel joc patològic, s'ha pogut indagar sobre algunes diferències de la realitat femenina, mostrant dificultats afegides, així com sentiments molt vinculats a la soledat. Aquestes qüestions s'han

de tenir en compte i no oblidar les realitats femenines (encara que estiguin menys representades a les unitats o processos de recuperació) per poder plantejar processos de recuperació adients a aquestes situacions que queden invisibilitzades.

En quart lloc, es proposava “expressar la vinculació de la persona jugadora amb la seva xarxa i entorn de relacions des d’una mirada professional”. La situació relacional pot estar degradada pels aspectes comentats amb anterioritat, entre els quals destaquen les mentides. Així mateix, un factor fonamental a tenir en compte és la baixa consciència de l’entorn envers que el joc patològic és una malaltia, un trastorn del control d’impulsos que afecta la persona, de manera que, novament, és important treure l’estigma existent i apostar per processos amb les famílies, amb la finalitat que compreguin la situació. Al cap i a la fi, totes les persones participants consideren que la vinculació amb la xarxa és crucial i ha de ser part del procés de recuperació, atès que es requereix acompanyament més enllà de les unitats de tractament o centres de rehabilitació, per garantir continuïtat de tot allò que es treballa en la quotidianitat, és a dir, que sigui aplicable en el dia a dia i no hi hagi recaigudes per interferències sigui per sentir-se sol (soledat), anar a zones de risc (sigui bars, sales d’apostes, etc.), deixar-se portar per la frustració, coincidir amb coneguts amb els quals es va iniciar la conducta del joc, veure algun anunci o espot publicitari, etc. No es pot oblidar que el joc sense addicció és una conducta socialment acceptada (Calderón et al., 2011) i que existeix un fàcil accés a aquest.

Encara que els resultats han mostrat una tendència a la col·laboració i implicació de les famílies o xarxa de la persona acompanyada, també és important destacar la preocupació per les possibles interferències en el procés, és a dir, la manca de coherència entre el que es fa en el procés de recuperació i la quotidianitat. N’és destacable que és impossible el control absolut d’estímul, però també que es comença a deixar veure el desig d’existència d’una figura pont, és a dir, una figura que treballi la construcció coherent i saludable d’aquesta xarxa social necessària en el tractament. Per tant, cal fer suport i apostar per la creació de xarxa i introduir “la figura pont” que es demanda. Tal com s’anirà veient, aquesta qüestió ofereix un gran ventall de possibilitats per l’educació social, atès que aquesta malaltia afecta la salut social de les persones i, actualment, falta cobrir aquesta necessitat en molts espais de tractament.

En cinquè lloc, es pretenia “conèixer si el joc online influeix a un major sentiment de soledat i d’aïllament de la persona que hi juga patològicament”. El joc en si, tal com s’ha anat dient, genera una conducta aïllant com a tal, a més de tenir un fàcil accés que facilita l’inici en

aquest, des del fet lúdic. Tanmateix, en l'escenari online, aquesta accessibilitat és molt més fàcil i pot generar un fals sentiment d'inofensivitat, fet que comporta la instauració de l'addicció d'una manera més ràpida que, al seu torn, aïlla a la persona perquè té el mecanisme per continuar amb la conducta al seu abast (al telèfon mòbil, per exemple), és a dir, sense necessitat de sortir de casa per dur a terme apostes. Per tant, la gran sobreestimulació del joc online desconnecta a la persona del seu entorn i l'aïlla, de manera que facilita l'aparició de soledat. A més, n'és destacable el canvi de perfil de jugador que suposa el joc online, atès que és més present en població jove. De fet, el joc online és el més popular avui dia, de manera que és important tenir en compte quins perfils són més susceptibles a l'hora de treballar no només en el procés de recuperació, sinó també en la prevenció de les situacions esmentades.

Per acabar, el present treball també tenia l'objectiu específic de “reivindicar la figura de l'educació social dins l'àmbit de les socioaddiccions”. Continuant amb el paràgraf anterior, és important destacar la figura socioeducativa en el treball de prevenció de les addiccions (Sixto-Costoya i Olivar, 2018). Ara bé, no només això, atès que no pot oblidar-se del component social de la salut, perquè es crea i viu en la quotidianitat (OMS, 1986, citat a Gutiérrez i Quintanal, 2018), de manera que l'educació social hauria de tenir un gran pes en l'àmbit de les socioaddiccions, a través de la promoció de participació en pràctiques saludables i que ofereixin qualitat de vida (Gutiérrez i Quintanal, 2018).

Altrament, n'és destacable la necessitat de qüestionar els estímuls socioambientals que conviden al joc, és a dir, analitzar críticament la realitat i publicitat que envolta la quotidianitat per poder desmitificar la inofensivitat del joc, sigui presencial o en línia. Així mateix, com s'ha anat mencionant, hi ha factors socials i culturals que influeixen a l'aparició d'una conducta patològica, com per exemple la necessitat de sentir aprovació i reconeixement (Calderón et al., 2011), de manera que des de l'educació es poden treballar aquestes qüestions. Les personalitats competitives i enèrgiques són factors de risc que es poden contrarestar des d'escenaris socioeducatius i lògiques basades en la cooperació i socialització amb altres persones.

Amb tot això, l'objectiu general proposat va ser “conèixer si s'ha d'apostar per intervencions socioeducatives generadores de xarxa de relacions i suport per a persones en procés de recuperació pel joc patològic”. Després d'haver realitzat la recerca i analitzat les conclusions de cadascun dels objectius específics es pot afirmar que s'ha d'apostar per intervencions socioeducatives que generin xarxa relacional de suport en la recuperació pel joc.

7.1 Impacte en l'educació social i línies futures

Continuant amb la idea anterior, l'educació social és necessària en els processos de recuperació pel joc patològic.

D'una banda, perquè existeix sentiment de soledat en el procés d'addicció i recuperació, a causa que la conducta del joc genera aïllament i un estigma social que poden desencadenar sensació de manca de suport. D'altra banda, perquè tot i la diversitat de perfils de persones adultes que juguen i les particularitats dels seus processos, la necessitat de comptar amb suport social durant el tractament és crucial tal com han mostrat els resultats, atès que és un problema que ha de mirar-se de forma ecològica, pel fet que influeix als diferents microsistemes de la persona. Finalment, perquè s'expressa la necessitat que hi hagi coherència entre els tractaments i la creació de xarxa i continuïtat amb la vida quotidiana, així com una figura professional que vinculi i treballi la socialització saludable en les persones en procés de recuperació.

En definitiva, no hi ha dubte que aquest és un dels espais de l'educació social (intervencions socioeducatives) en aquest procés de recuperació, atès que, seguint la definició d'ASEDES (2007), l'educació social està capacitada pel desenvolupament de la sociabilitat, la promoció i la dinamització social i cultural. En altres paraules, la recerca ha permès afirmar que l'aposta per les intervencions socioeducatives per la creació de xarxa és un fet que ha d'iniciar-se, perquè ha estat una necessitat demandada i expressada per part de les professionals participants que treballen, dia a dia, amb persones en procés de recuperació pel joc patològic. Per tant, és una aposta necessària, que ha de tenir en compte les dificultats afegides que presenten les dones, entre altres, pel doble estigma. Així mateix, aquest treball ha permès comprendre que des de l'educació social cal tenir coneixença de les socioaddiccions, els factors de risc, indicadors existents i la possible comorbiditat, a causa que el treball amb persones requereix estar alerta i identificar possibles alertes que assenyalin situacions de joc o inici de comportament patològic en qualsevol àmbit de l'educació social.

Per acabar, també es vol destacar que aquesta recerca ha tingut una limitació clara referent a la dificultat d'accedir a persones que haguessin passat per un procés de recuperació pel joc patològic, a causa de la confidencialitat de dades. Aquesta primera limitació va generar un canvi d'enfocament d'aquest treball, generant l'oportunitat de conèixer les vivències de les persones que acompanyen aquests processos. Tanmateix, es considera que seria positiu reprendre aquesta recerca inicial i insistir en la presència d'aquests possibles participants, per

poder oferir una visió més global i completa del fenomen explorat. Altrament, una altra possible línia d'investigació podria ser la recerca de contextos socials saludables i la possibilitat de crear connexió amb aquests per tal de facilitar la connexió i coherència entre els processos de recuperació dins les unitats o zones acompanyades amb el procés de creació de xarxa i socialització. En aquest sentit, podria indagar-se envers la possibilitat d'establir contactes amb entitats de cultura popular, com ara, colles castelleres, o esportives, per poder connectar la realitat quotidiana de la persona que cerca xarxa i la coherència del procés amb les unitats o espais d'acompanyament per la recuperació.

Ara bé, aquesta recerca ha permès conèixer i reivindicar la possibilitat i necessitat d'actuació de l'educació social en el món de les socioaddiccions i, concretament, com s'ha vist en aquest treball, amb el joc patològic. A més, s'ha reconegut la gran presència de la problemàtica del joc en la societat i, per tant, la necessitat d'abordar aquesta qüestió des d'una consciència individual i també professional, atès que el treball amb persones requereix una constant adquisició de nous aprenentatges i reciclatge de coneixements, per tal de poder identificar situacions de risc o alarmes que indiquin relacions inadequades amb el joc. En conseqüència, des de l'educació social, tal com s'ha vist a través d'aquest treball de fi de grau, cal reivindicar els espais d'actuació que pertanyen a aquesta professió per garantir qualitat en els processos, a través d'una mirada interprofessional ecològica.

En definitiva, el present treball de final de grau conclou amb la importància d'introduir intervencions socioeducatives i acompanyament en els processos de recuperació pel joc patològic, essent orientades a la creació de xarxa i la socialització de la persona, reivindicant d'aquesta manera la professionalitat i preparació de l'educació social per assumir aquest rol de connexió i coherència entre procés "clínic" i quotidianitat. A més, no es pot oblidar el treball socioeducatiu en la prevenció. Arribat aquest punt, es conclou que **"el joc no és el lloc"**, és a dir, el lloc de les persones no és a l'aïllament, sinó a la socialització i construcció de xarxes relacionals i de suport.

8. Referències bibliogràfiques

Ajuntament de Barcelona. (2021). *Estratègia municipal contra la soledat 2020-2030. Barcelona contra la soledat*. Ajuntament de Barcelona. Recuperat el 6 de febrer de 2024 de https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documentos/estrategia_contra_soledat_barcelona_2020_2030.pdf

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. (5a edició). Editorial Medica panamericana. <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>

ASEDES. (2007). *Documentos profesionalizadores. Definición de Educación Social. Código Deontológico del educador y la educadora social. Catálogo de Funciones y Competencias del educador y la educadora social*. Asociación estatal de educación social - ASEDES. <https://www.eduso.net/wp-content/uploads/documentos/143.pdf>

Baño, Marta., Mestre-Bach, Gemma., Granero, Roser., Fernández-Aranda, Fernando., Gómez-Peña, Mónica., Moragas, Laura, Pino-Gutierrez, Amparo., Codina, Ester., Guillén-Guzmán, Elías., Valero-Solís, Susana., Lara-Huallipe, Milagros., Baenas, Isabel., Mora-Maltas, Bernat., Valenciano-Mendoza, Eduardo., Solé-Morata, Neus., Gálvez-Solé., González-Bueso., Vega., Santamaría, José., Menchón, José. i Jiménez-Murcia, Susana. (2021). Women and gambling disorder: Assessing dropouts and relapses in cognitive behavioral group therapy. *Addictive Behaviors*, 123, 1-8. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460321002707>

Calderón, Gustavo., Castaño, Guillermo. i Storti, M^a Adelaida. (2011). *La ludopatía: Una dependencia no química de cuidado*. Fundación Universitaria Luis Amigó. <https://elibro-net.sire.ub.edu/es/ereader/craiub/127466>

Clotas, Caterina., Bartroli, Montse., Caballé, Marta., Pasarín M^a Isabel. i Villalbí, Joan. (2020). El negocio de los juegos de azar: una perspectiva desde la salud públic. *Rev. Esp Salud Pública*, 94, 1-10. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7721453>

de la Calle, Mario., i Muñoz, M^a José. (2018). Hikikomori: el síndrome de aislamiento social juvenil. *Rev. Asoc. Esp. Nueropsiq*, 38, (133), 115-129. <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/17036/16906>

Dorio, Inma., Sabariego, Marta. i Massot, Inés. (2004). Características generales de la metodología cualitativa. En Bisquerra, Rafael (coordinador). Metodología de la investigación educativa (p. 275-292). La Muralla

Dulcey, Andrés. (2007). Juego patológico. *Revista Facultad Ciencias de la Salud: Universidad del Cauca*, 9, (4), 38-46.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6544464>

Direcció General de Tributs i Joc. (2023). *Dades del joc Juny 2023. Generalitat de Catalunya*. Departament d'Economia i Hisenda. Recuperat el dia 10 de març de 2024.
https://economia.gencat.cat/web/.content/70_tributs/Publicacions-estadistiques/Joc/Dades-del-joc/DADES-TRIBUTARIES-I-SECTORIALS-DEL-JOC-WEB-JUNY-2023.pdf

Echeburúa, Enrique. (2005). Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones revista versión online*, 17, (1), 11-16.
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/382/382>

Echeburúa, Enrique., Salaberria, Karmele. i Cruz-Sáez, Marisol. (2014). Nuevos retos en el tratamiento del juego patológico. *Terapia psicológica*, 32, (1), 31-40.
<https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v32n1/art03.pdf>

García, José Luis., Díaz, Carmen. i Aranda, José A. (1993). Trastornos asociados al juego patológico. *Instituto Español para la Atención a los Problemas del Juego de Azar*, 9, (1), 83-92. https://www.um.es/analesps/v09/v09_1/08-09_1.pdf

Gifré, Mariona. i Esteban, Moisès. (2012). Consideraciones educativas desde la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner. *Contextos educativos*, 15, 79-92.
<http://www2.udg.edu/Portals/92/ecis/conextoseducativos2012.pdf>

Gutiérrez, Rocío. i Quintanal, José. (2018). La Educación Social en el ámbito sanitario. *RES, Revista de Educación Social*, 27, 251-273.
https://eduso.net/res/wp-content/uploads/2020/06/esamsanitario_res_27.pdf

Hernández-Sampieri, Roberto. i Mendoza, Christian Paulina. (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México D.F. (México): McGraw-Hill

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, 294. (2018). <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>

López-Torres, Isabel., León-Quisomondo, Leticia., i Ibáñez, Ángela. (2020). Actualización del perfil del jugador patológico. *RIECS*, 5, (1), 42-49. https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/43212/actualizacion_lopez_RIECS_2020_v.%205%2c_n.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Martín, Unai. i González, Yolanda. (2020). Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. *Gaceta Sanitaria*. 35, (5), 432-437. <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911120301977>

Martínez Rizo, Felipe. (2002). Las disputas entre paradigmas en la investigación educativa. *Revista española de pedagogía*. 60, (221), 27-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=244758>

Massot, Inés; Dorio, Inma; y Sabariego, Marta. (2004) Estrategias de recogida y análisis de la información. En Bisquerra, Rafael (coordinador). *Metodología de la investigación educativa* (p. 275-292). La Muralla.

Mazón, Miguel. (2014). España un gran casino. *Revista española de drogodependencias*, 2, 5-8. https://www.aesed.com/descargas/revistas/v39n2_editorial.pdf

Mullor, Jesús. i Canal, Sergi. (2019). Socioaddiccions: atenció educativa i terapèutica a joves amb ús problemàtic i abús de noves tecnologies. Estudi de factors d'èxit/fracàs del programa «Ciber». *Anuari de la Joventut*. https://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/anuariJoventut/index/assoc/2019_anuari_jove/ntut_p48.dir/2019_anuari_joventut_p481.pdf

Noreña, Ana., Alcaraz-Moreno, Noemí., Rojas, Juan. i Rebolledo-Malpica, Dinora. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*. 12, (3), 263-274. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000300006

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2022). *Trastornos comportamentales 2022 Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES*. Ministerio

de

Sanidad.

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_Trastornos_Comportamentales.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2008). CIE-10. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. *Organización Mundial de la Salud. 1*, (554). <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

Palacios-Rodríguez, Oscar., Galarza-Tehada, Dulce. i Vázquez-Muñiz, Cristina. (2020). Dominios culturales relacionados con la depresión en adultos. *Enfermería Universitaria. 17*, (2), 173-186. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8882587>

Rius-Buitrago, Alicia., Soriano-Villaroel, Isabel. i López-González, Hibai. (2021). «Yo sabía que nadie me iba a juzgar»: La adicción al juego online desde la perspectiva de género. *Musas*, 6, (1), 138-155. <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol6.num1.8/33145>

Sabariego, Marta; Massot, Inés; y Dorio, Inma. (2004). Métodos de investigación cualitativa. En Bisquerra, Rafael (coordinador). *Metodología de la investigación educativa* (p. 293-328). La Muralla.

Sáiz, Jerónimo. i Ibáñez, Ángela. (1999). Las bases neurobiológicas del juego patológico. *Anuario de Psicología*, 30, (4), 47-65. <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/61528/88383>

Salaberría, Karmele., Báez, Kontxi. i Fernández, Javier. (1998). El juego patológico: un problema social. *Revista de servicios sociales*, 33, 15-24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2698861>

Sánchez, Emilio. (2003). Juego patológico: un trastorno emergente. *Área de psicopatología*. 5, (2), 75-87. <https://www-elsevier-es.sire.ub.edu/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-juego-patologico-un-trastorno-emergente-13045096>

Sixto-Costoya, Andrea. i Olivar, Álvaro. (2018). Educación Social y Trabajo Social en adicciones. Recuperar el territorio colaborando. *RES, Revista de Educación Social*, 26, 141-158. <https://eduso.net/res/wp-content/uploads/2020/06/RES-26-andrea.pdf>

Soler-Masó, Pere., Iglesias, Edgar., i Espona, Berta. (2022). La prevenció, detecció i acompanyament d'adolescents i joves en situacions de soledat. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 80, 59-78.
<https://raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/392663/492468>

Universitat de Barcelona. Vicerectorat de Recerca. (2020). Codi d'integritat en la recerca de la Universitat de Barcelona. Universitat de Barcelona.
<http://hdl.handle.net/2445/166917>

Vázquez, M^a Josefa. (2012). Ludopatía y mujer: un análisis desde la perspectiva de género. *IV Congreso Universitario Nacional Investigación y Género*. 2097-2107.
<http://hdl.handle.net/11441/40956>

Verdura, Ernesto. (2014). Juego patológico, adicción sin sustancia. [Tesi doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Dialnet.
<https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/41c4684b-6a8f-4d7f-b631-101bfef956b7/content>

9. Annexos

9.1. Annex 1: Criteris clínics extrets del DSM-V-TR (American Psychiatric Association, 2014, p. 583-586):

A. Joc patològic problemàtic persistent i recurrent, que provoca deteriorament o malestar clínicament significatiu i es manifesta perquè l'individu presenta quatre (o més) dels següents criteris durant un període de 12 mesos:

- 1. Necessitat d'apostar quantitats de diners capa cop majors per aconseguir l'excitació desitjada.*
- 2. Està neguitós o irritat quan intenta reduir o abandonar el joc,*
- 3. Ha fet esforços repetitius per controlar, reduir o abandonar el joc, sempre sense èxit*
- 4. Sovint té la ment ocupada en les apostes (p. ex., revivint continuament amb la imaginació experiències d'apostes passades, condicionant o planificant la seva pròxima aposta, pensant en formes d'aconseguir diners per apostar.*
- 5. Sovint aposta quan se sent desassossec (p. ex., desamparament, culpabilitat, ansietat, depressió).*
- 6. Després de perdre diners en les apostes, acostuma a tornar un altre dia per intentar guanyar ("recuperar les pèrdues").*
- 7. Menteix per ocultar el seu grau d'implicació en el joc.*
- 8. Ha posat en perill o ha perdut una relació important, un treball o una carrera acadèmica o professional a causa del joc.*
- 9. Compta amb els demés perquè li donin diners per alleujar la seva situació financera desesperada provocada pel joc.*

B. El seu comportament davant el joc no s'explica millor a través d'un episodi maníac.

9.2. Annex 2: Pluja d'idees i procés de construcció de les entrevistes.

Objectiu específic	Pregunta d'investigació	Possibles preguntes de l'entrevista a les persones professionals
Comprovar si l'addicció al joc pot generar sentiment de soledat en el procés segons les percepcions de les persones professionals.	Quina és la percepció de les persones professionals envers el sentiment de soledat durant el procés d'addicció al joc?	- Com perceps la situació relacional de les persones a qui acompanyes? - Quins factors habituals a tenir en compte en l'acompanyament per la recuperació del joc patològic et trobes? - Quins elements possibles destacaries com a facilitadors en l'aparició d'un sentiment de soledat en les persones a qui acompanyes? - Quins elements possibles destacaries com a protectors de l'aparició d'un sentiment de soledat en les persones a qui acompanyes? - Com a professional, de quina manera es viu la soledat entre les altres persones de l'equip o companys/es de feina? - De quina manera s'aborda l'acompanyament els casos on la persona acompanyada manifesta o mostra sentiment de soledat i/o aïllament?

Comprendre l'experiència envers els sentiments trobats a causa de l'addicció al joc des de la visió professional.	Quins sentiments es detecten en el procés d'addicció al joc i com influeixen en aquest?	- Quins sentiments manifesten, sota la teva percepció, les persones usuàries durant les diferents fases del procés? - De quina manera influeixen els sentiments de les persones afectades pel joc en el seu procés de recuperació i en la seva implicació? - Com influeixen els sentiments de la persona afectada pel joc en la seva implicació en el procés? - Com influeixen els sentiments de la persona en la relació amb tu, com a persona que acompanyes en aquest procés? - Quins sentiments o situacions aparegudes dificulten més el procés de recuperació? - De quina manera s'aborden les situacions emocionals i sentimentals aparegudes durant el procés?
Considerar les vivències femenines i masculines envers les dificultats i sentiments sorgits de l'addicció al joc.	De quina manera es detecten diferències en els sentiments sorgits de l'addicció al joc entre les realitats masculines i femenines ?	- Quines diferències sentimentals has observat com a professional entre el gènere masculí i femení? - De quina manera s'aborden els casos tenint en compte el gènere de la persona, així com les possibles diferents casuístiques existents que dificultin el procés de recuperació? - Quins elements consideres que

		faciliten el procés de recuperació en el cas d'homes? I de dones? - Com a professionals, de quina manera teniu present la perspectiva de gènere i les diferents realitats existents?
Expressar la vinculació de la persona jugadora amb la seva xarxa i entorn de relacions des d'una mirada professional.	Quina és la percepció de les persones professionals envers el suport de la xarxa de les persones usuàries?	- Com perceps la implicació de les famílies en el procés de recuperació de la persona afectada pel joc? - Com perceps la implicació de la xarxa relacional de les persones afectades pel joc en el seu procés de recuperació? - Quines carències detectes en la implicació o suport social de les persones que acompanyes? - De quina manera s'aborda la construcció o consolidació de xarxa en els casos que sigui necessari fer-ho? - Com d'important consideres que és la intervenció per la creació de xarxa de suport?
Conèixer si el joc online influeix a un major sentiment de soledat i d'aïllament de la persona que hi juga patològicament.	Quin tipus de percepció existeix envers el sentiment de soledat i aïllament en casos de joc online?	- Quines diferències, en l'àmbit de sentiments, detectes entre persones que juguen online o presencial? - Quines dificultats apareixen en els casos de recuperació per joc online? - De quina manera s'aborda la possible

		realitat d'aïllament de persones afectades pel joc online? - Com s'accedeix a persones aïllades de la realitat social?
--	--	---

Així mateix, es vol destacar la pluja d'idees per l'elaboració de les entrevistes a les persones afectades pel joc, atès que la idea inicial consistia a incloure la seva participació en la recerca. Tanmateix, l'accés a aquesta població va resultar restringit. No obstant això, a continuació es presenta la taula:

Objectiu específic	Pregunta d'investigació	Possibles pregunta de l'entrevista a les persones afectades pel joc patològic
Comprovar si l'addicció al joc pot generar sentiment de soledat en el procés segons les percepcions de les persones usuàries.	Quina és la percepció de les persones afectades pel joc envers el sentiment de soledat durant el procés d'addicció al joc?	- Durant el procés de recuperació per afectació pel joc, com et vas sentir? - Quins sentiments relacionats amb la soledat (el fet de sentir-te sol) vas tenir? - De quina manera penses que durant el procés de recuperació van respectar els teus sentiments i espais? - Quines situacions consideres que van dificultar sentir-te acompanyat durant el procés de recuperació? Tant en l'àmbit de professionals com relacional. - Com t'hauria agradat que t'haguessin tractat si poguessis tornar enrere?
Comprendre l'experiència envers els sentiments trobats a causa de l'addicció al joc.	Quins sentiments es detecten en el procés d'addicció al joc?	- Quina evolució de sentiments vas tenir durant el procés d'addicció al joc? - Com et vas sentir en adonar-te que tenies una relació problemàtica amb el joc?

		- Quina evolució de sentiments vas tenir durant el procés de recuperació per l'afectació pel joc? - Com van influir els teus sentiments en la implicació en el teu procés de recuperació? - De quina manera creus que es van validar els teus sentiments? - Quins sentiments et van facilitar l'accés a un procés de recuperació? - Quins sentiments et dificultaven el procés? - De quina manera penses que es podria haver facilitat el teu camí tenint en compte els sentiments que dificultaven el procés?
Considerar les vivències femenines i masculines envers les dificultats i sentiments sorgits de l'addicció al joc.	De quina manera es detecten diferències en els sentiments sorgits de l'addicció al joc entre les realitats masculines i femenines ?	- Com a (home/dona), quines situacions t'han fet sentir discriminat/da amb relació a l'afectació pel joc? Com t'has sentit davant aquestes situacions? - Com a dona, de quina manera consideres que l'afectació pel joc afecta la realitat femenina? Quins sentiments consideres que són diferents per les dones dels homes? - Quina és la teva percepció envers ser dona/home i tenir una situació d'afectació pel joc? Quins sentiments et genera aquesta percepció?

Expressar la vivència de la persona jugadora amb la seva xarxa i entorn de relacions	Quina és la vivència envers el suport de la xarxa i de l'entorn relacional durant el procés d'addicció al joc?	- De quina manera et vas sentir recolzat/da per la teva xarxa? - Com et va fer sentir la implicació (o manca d'aquesta) del teu entorn en el teu procés de recuperació? - De quina manera vas requerir (o no) suport de la teva xarxa, o bé, la construcció d'una nova xarxa? - Quines accions t'haurien agradat per tal de facilitar el fet de sentir-te acompanyat/da durant aquest procés?
Conèixer si el joc online influeix a un major sentiment de soledat i d'aïllament de la persona que hi juga patològicament.	Quina percepció existeix envers el sentiment de soledat i aïllament en casos de joc online?	- En cas d'haver jugat online, de quina manera et senties al realitzar apostes sense presència d'altres persones? - En cas d'haver jugat online, quines dificultats vas trobar per accedir a un procés de recuperació? - En cas d'haver jugat online, com et vas sentir durant el procés d'addicció i d'accés a un procés de recuperació? - En cas d'haver jugat online, de quina manera l'aïllament influïa el teu estat d'ànim? - En cas d'haver jugat online, com consideres que el fet de fer apostes online dificulta més la recuperació a causa de l'aïllament?

9.3. Annex 3: Guió entrevista professionals.

Bon dia, sóc la Míriam Sánchez, estudiant del grau d'Educació Social a la Universitat de Barcelona i estic realitzant el meu Treball de Final de Grau sobre "L'addicció al joc i la vinculació amb el sentiment de soledat". La finalitat de la meva recerca, és conèixer si s'ha d'apostar per intervencions socioeducatives generadores de xarxa de relacions i suport per a persones en procés de recuperació pel joc patològic. D'aquesta manera, vull tenir en compte la perspectiva de les persones professionals que acompanyeu aquests processos de recuperació.

Agraeixo de tot cor que col·laboreu amb el meu treball. Abans de començar és important que llegiu el full d'informació per a persones participants i que signeu el full de consentiment informat.

Aquesta entrevista consta de 13 preguntes, amb les quals us heu de sentir còmodes i lliures de contestar. De manera que si en algun moment sentiu incomoditat, es respectarà la decisió de no continuar amb l'entrevista. Així mateix, recordo que procediré a enregistrar l'entrevista, encara que l'àudio només serà utilitzat pels fins de la recerca.

A continuació, et faré unes preguntes de caràcter sociodemogràfic per recollir informació de les característiques de les persones participants. Després, començarem amb les preguntes de l'entrevista.

Dades sociodemogràfiques:

- Edat:
- Gènere:
- Professió:
- Tipus de formació especialitzada:

Preguntes de l'entrevista:

Primerament, et faré tres preguntes relacionades amb la teva percepció com a professional envers el sentiment de soledat de les persones afectades durant el procés d'addicció al joc.

- 1. Quins factors habituals a tenir en compte en l'acompanyament per la recuperació del joc patològic et trobes?**
- 2. Quins elements possibles destacaries com a facilitadors en l'aparició d'un sentiment de soledat en les persones a qui acompanyes?**
- 3. De quina manera s'aborda l'acompanyament els casos on la persona acompanyada manifesta o mostra sentiment de soledat i/o aïllament?**

A continuació, et formularé tres preguntes vinculades als sentiments que detecteu en el procés d'addicció al joc, així com en la implicació en el procés de recuperació, segons la vostra experiència com a professionals.

- 4. Quins sentiments manifesten, sota la teva percepció, les persones usuàries durant les diferents fases del procés?**
- 5. De quina manera influeixen els sentiments de les persones afectades pel joc en el seu procés de recuperació i en la seva implicació?**
- 6. De quina manera s'aborden les situacions emocionals i sentimentals aparegudes durant el procés?**

Al meu treball m'agradaria considerar la realitat del joc patològic tenint en compte el gènere de la persona, atès que moltes vegades la realitat femenina queda oblidada o més invisibilitzada en les recerques. Per aquest motiu, us faré dues preguntes relacionades amb les possibles diferències entre dones i homes en els sentiments sorgits durant l'addicció al joc.

- 7. De quina manera s'aborden els casos tenint en compte el gènere de la persona, així com les possibles diferents casuístiques existents que dificultin el procés de recuperació?**
- 8. Com a professionals, de quina manera teniu present la perspectiva de gènere i les diferents realitats existents?**

Les següents preguntes tenen la finalitat d'entendre la vostra percepció com a professionals

envers el suport de la xarxa relacional (amistats, familiars, etc.) de les persones afectades pel joc en el seu procés.

9. Com perceps la implicació de la xarxa relacional (i famílies) de les persones afectades pel joc en el seu procés de recuperació?

10. De quina manera s'aborda la construcció o consolidació de xarxa en els casos que sigui necessari fer-ho?

11. Com d'important consideres que és la intervenció per la creació de xarxa de suport?

Per últim, m'agradaria fer unes preguntes relacionades amb el joc online, per poder conèixer quina percepció teniu envers els sentiments que es donen en aquests casos.

12. Quines diferències, en l'àmbit de sentiments, detectes entre persones que juguen online o presencial?

13. De quina manera s'aborda la possible realitat d'aïllament de persones afectades pel joc online?

Fins aquí l'entrevista per la meua part. T'agradaria aportar alguna coseta més que pensis que és important i no t'he preguntat?

Volia agrair-te el teu temps, la teua paciència i la teua col·laboració en aquest procés. Gràcies per la teua feina i el teu temps.

9.4. Annex 4: Guió entrevista persones afectades pel joc.

Bon dia, sóc la Míriam Sánchez, estudiant del grau d'Educació Social a la Universitat de Barcelona i estic realitzant el meu Treball de Final de Grau sobre "L'addicció al joc i la vinculació amb el sentiment de soledat". La finalitat de la meva recerca, és conèixer si s'ha d'apostar per intervencions socioeducatives generadores de xarxa de relacions i suport per a persones en procés de recuperació pel joc patològic. D'aquesta manera, vull tenir en compte la perspectiva de les persones que heu viscut un procés de recuperació per aquest motiu.

Agraeixo de tot cor que col·laboreu amb el meu treball. Abans de començar és important que llegiu el full d'informació per a persones participants i signeu el full de consentiment informat.

Aquesta entrevista consta de 14 preguntes, amb les quals us heu de sentir còmodes i lliures de contestar. De manera que si en algun moment, sents incomoditat es respectarà la decisió de no continuar amb l'entrevista. Sóc conscient que pot haver-hi algunes preguntes que et poden semblar una mica més complicades de gestionar o que et semblin més o menys incòmodes. Tanmateix, voldria que et sentissis amb la llibertat d'aturar o poder passar de pregunta en cas que no vulguis contestar. Així mateix, recordo que procediré a enregistrar l'entrevista, encara que l'àudio només serà utilitzat pels fins de la recerca.

A continuació, et faré unes preguntes de caràcter sociodemogràfic per recollir informació de les característiques de les persones participants. Després, començarem amb les preguntes de l'entrevista.

Preguntes sociodemogràfiques:

- Edat:
- Gènere:
- Nivell d'estudis:
- Ocupació actual:
- Tipus d'espai on duies a terme l'activitat del joc:

Preguntes de l'entrevista:

Primer de tot, et faré unes preguntes per conèixer la teva percepció envers el sentiment de soledat durant el procés d'addicció al joc.

Per això m'agradaria preguntar-te:

- 1. Quins sentiments relacionats amb la soledat (el fet de sentir-te sol) vas tenir durant el procés d'addicció al joc?**
- 2. De quina manera penses que durant el procés de recuperació van respectar els teus sentiments i espais?**
- 3. Com t'hauria agradat que t'haguessin tractat si poguessis tornar enrere?**

Ara m'agradaria preguntar-te, d'una forma més general, envers els sentiments que vas tenir durant tot el procés, des del moment que vas començar a jugar, passant pel procés de recuperació, fins a arribar al dia d'avui.

Sóc conscient que poden ser preguntes compromeses, de manera que dóna't el temps que necessitis i, en cas que no et sentis còmode podem passar a una altra pregunta sense cap problema.

- 4. Quina evolució de sentiments vas tenir durant el procés d'addicció al joc?**
- 5. Com et vas sentir en adonar-te que tenies una relació problemàtica amb el joc?**
- 6. De quina manera penses que es podria haver facilitat el teu camí tenint en compte els sentiments que dificultaven el procés?**

A continuació et faré unes preguntes relacionades amb la teva vivència com a home/dona, amb la finalitat de poder considerar les vivències tant femenines com masculines envers les dificultats i sentiments sorgits de l'addicció al joc.

- 7. Com a (home/dona), quines situacions t'han fet sentir discriminat/da amb relació a l'afectació pel joc? Com t'has sentit davant aquestes situacions?**

(En cas que la persona participant sigui dona):

- 8. Com a dona, de quina manera consideres que l'afectació pel joc afecta la realitat femenina? Quins sentiments consideres que són diferents per les dones dels**

homes?

9. Quina és la teva percepció envers ser dona/home i tenir una situació d'afectació pel joc? Quins sentiments et genera aquesta percepció?

Les següents preguntes tenen l'objectiu de conèixer la teva vivència envers el suport que vas tenir durant el procés per part de la teva xarxa i entorn, així com els sentiments que et va generar aquest.

10. Com et va fer sentir la implicació (o manca d'aquesta) del teu entorn en el teu procés de recuperació?

11. De quina manera vas requerir (o no) suport de la teva xarxa, o bé, la construcció d'una nova xarxa?

12. Quines accions t'haurien agradat per tal de facilitar el fet de sentir-te acompanyat/da durant aquest procés?

Per últim, *(en cas que la persona hagi jugat de forma online)*, vull fer-te dues preguntes relacionades envers la teva experiència sobre el sentiment de soledat i l'aïllament en el cas de jugar de forma online.

13. En cas d'haver jugat online, de quina manera et senties al realitzar apostes sense presència d'altres persones?

14. En cas d'haver jugat online, de quina manera l'aïllament influïa el teu estat d'ànim?

Fins aquí l'entrevista per la meua part. T'agradaria aportar alguna coseta més que pensis que és important i no t'he preguntat?

Volia agrair-te el teu temps, la teva paciència i la teva col·laboració en aquest procés. Gràcies pel teu temps.

9.5. Annex 5: Document de consentement informat.

FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT¹

El/la persona que signa (nom) _____ amb DNI número _____ declara
que: _____

- Participa de forma voluntària en el Treball de Final de Grau, modalitat recerca, sobre “L’addicció al joc i la vinculació amb el sentiment de soledat”, duta a terme per l’alumna Míriam Sánchez Lafuente del grau d’Educació Social de la Universitat de Barcelona.
- Ha llegit el full d’informació² a les persones participants, ha entès la finalitat de la recerca i ha pogut fer preguntes respecte a la seva participació.
- Respecta que la seva participació no ofereix benefici econòmic.
- Comprèn que la seva participació pot finalitzar quan ell/a ho desitgi/ho necessiti.
- Accepta l’enregistrament mitjançant àudio de l’entrevista que se li realitzarà, el qual serà fet servir només per la investigació, deixant de banda qualsevol altra publicació.
- És conscient que es garantirà la confidencialitat de les seves dades, així com l’anonimat de les persones participants.

Un cop entesa la finalitat de l'estudi, ofereix el seu consentiment per participar:

Signatura de la persona participant.

Signatura de l'alumna responsable

Barcelona, a de del 2024.

¹ Per la redacció del full de consentiment informat s'han tingut en compte diferents aspectes que té la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales.

² Vegeu annex 6.

9.6. Annex 6: Full d'informació a les persones participants.

FULL D'INFORMACIÓ A LES PERSONES PARTICIPANTS

ESTUDI “L'ADDICCIÓ AL JOC I LA VINCULACIÓ AMB EL SENTIMENT DE SOLEDAT”

Aquesta investigació vol conèixer l'experiència de les persones que han viscut en primera persona la realitat del joc patològic i la seva recuperació com a professional acompanyant el procés de recuperació. Així doncs, la finalitat d'aquesta recerca és conèixer si s'ha d'apostar per intervencions socioeducatives generadores de xarxa de relacions i suport per a persones en procés de recuperació pel joc patològic.

Diversos autors han aportat informació sobre la definició del joc patològic. No obstant això, es vol destacar la definició d'aquest com “la impossibilitat de resistir als impulsos del joc, essent un trastorn en el control que comporta conseqüències en l'àmbit personal, familiar, professional i social”. De fet, en la recerca bibliogràfica duta a terme, s'ha destacat l'afectació en les relacions amb altres de la persona jugadora en els diferents àmbits mencionats, donant-se així una problemàtica social, agreujada per l'acceptació i normalització existent cap al joc. Així mateix, s'entén que l'afectació pel joc pot afectar a qualsevol persona i, encara que poden existir diferents conseqüències segons l'edat, el gènere (quelcom que es vol destacar en aquesta recerca), situació vital de la persona, etc. Es volen comprendre els sentiments que es poden donar en el procés, tenint en compte les afectacions relacionals existents i la possible aparició del sentiment de soledat. Convé destacar que es defineix la soledat no com el fet d'estar sol, sinó com el sentiment de sentir-se sol perquè les expectatives envers la mateixa xarxa social no concorden amb les característiques reals que es tenen.

Tenint en compte aquestes qüestions, es pretén conèixer l'experiència de les participants per donar veu a les vivències, experiències i significats atribuïts per les persones que han viscut de prop aquesta realitat a partir d'entrevistes de preguntes semiobertes. Per a recollir la informació de les entrevistes, s'enregistrarà la conversa amb un telèfon mòbil, encara que s'ha de destacar que no es difondrà el contingut, sinó que només serà utilitzat per la mateixa investigació, garantint confidencialitat i l'anonimat de les participants.

La selecció de les persones participants ha estat intencional, és a dir, a partir d'uns criteris, tenint en compte l'adhesió voluntària en la recerca. Les participants professionals han de ser

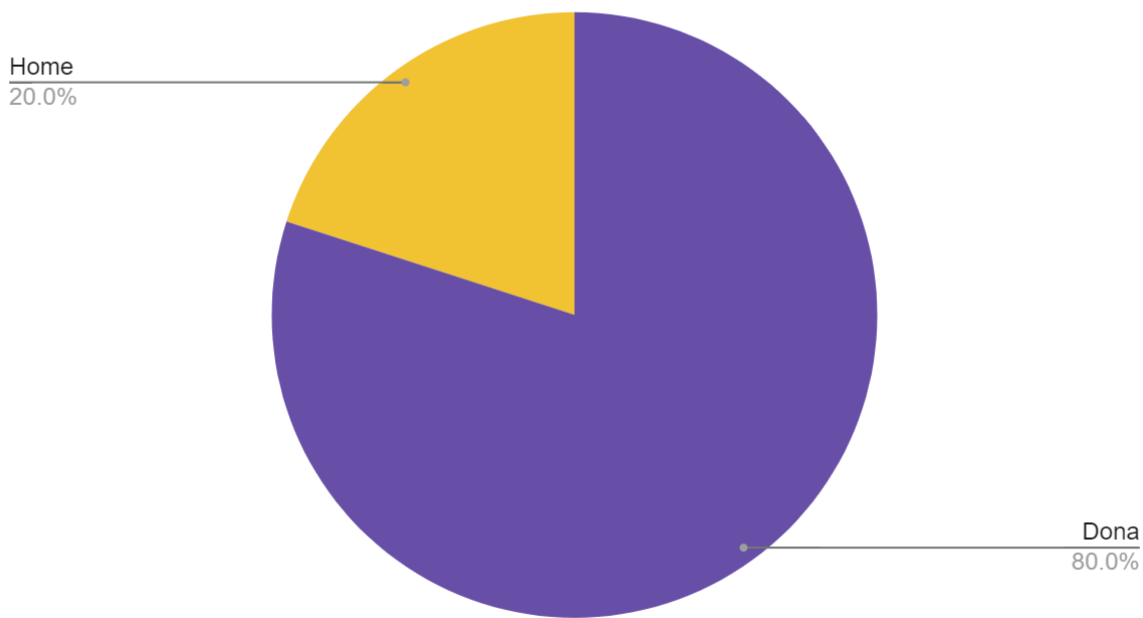
professionals acompanyants de processos de recuperació, d'una forma no exclusivament farmacològica, a més de tenir experiència d'1 any en el camp.

Es vol destacar que els resultats de la investigació seran publicats en el dipòsit de Treballs de Final de Grau de la Universitat de Barcelona, així com en possibles futures publicacions, encara que no apareixeran dades personals. A més, si la persona ho desitja, podrà rebre una còpia del treball on s'inclouran els resultats i conclusions obtingudes gràcies a la seva participació.

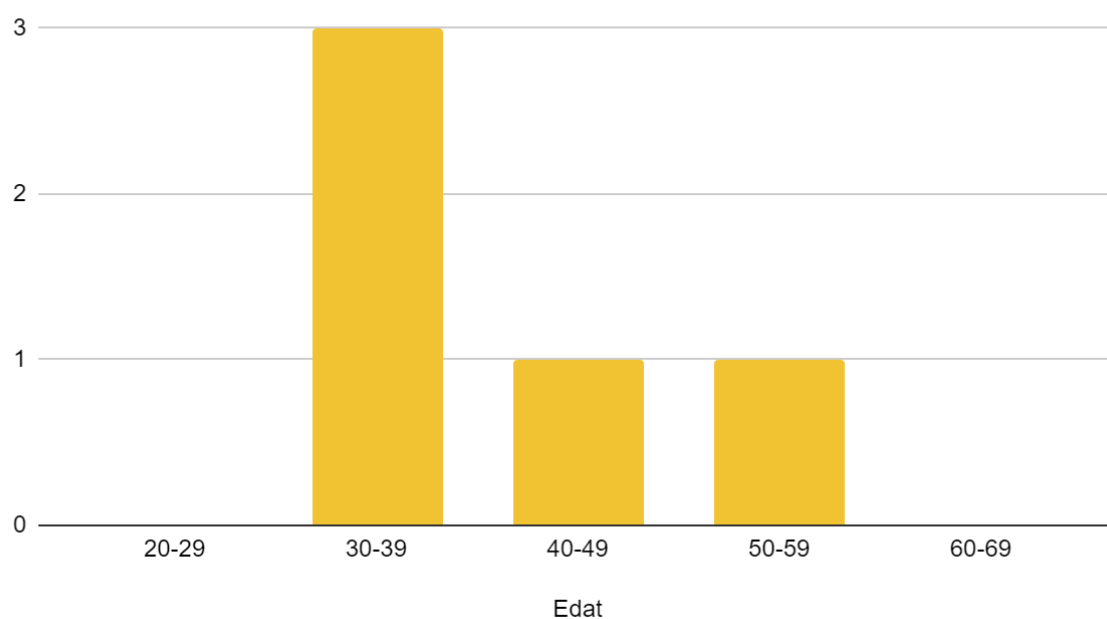
9.7. Annex 7: Gràfics de les dades sociodemogràfiques

A continuació es presenten gràfics d'elaboració pròpia que representen la recollida de les dades sociodemogràfiques de les persones participants:

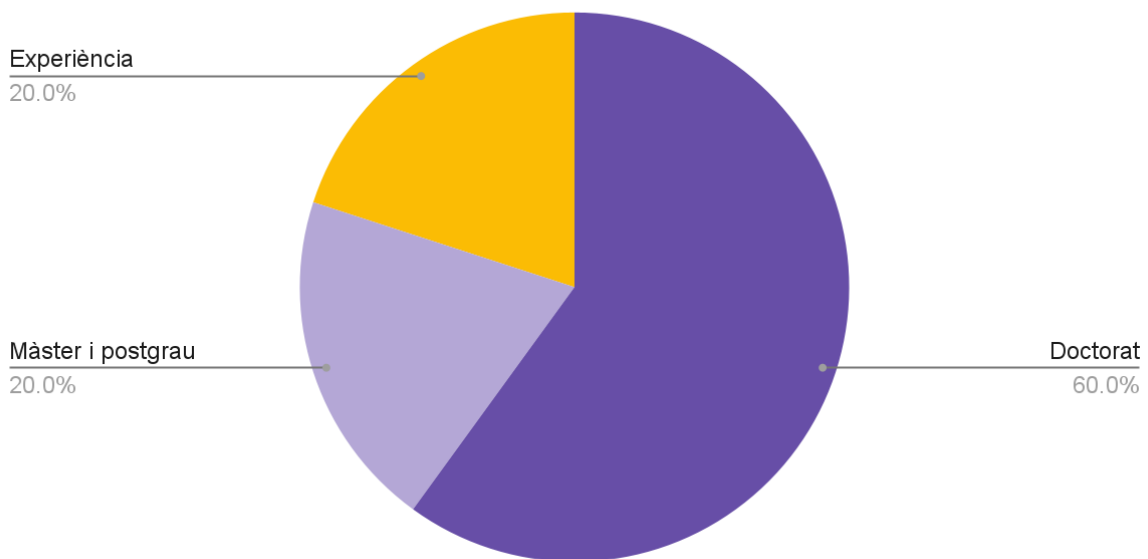
Gènere de les persones participants



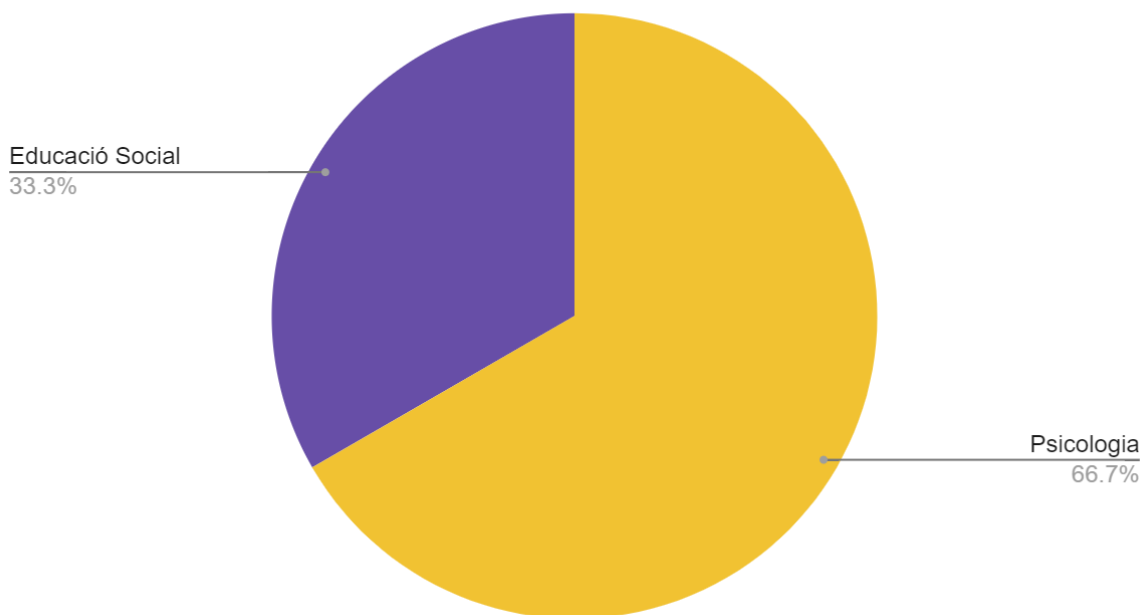
Edat de les persones participants



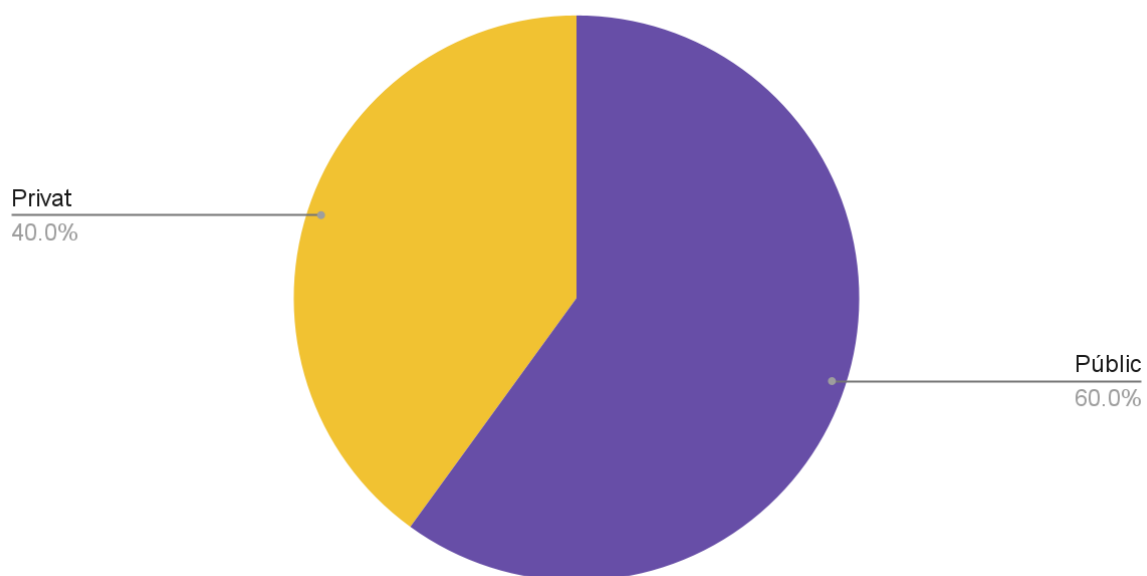
Formació específica de les persones participants en socioaddiccions



Professió de les persones participants



Classificació de les persones participants segons l'àmbit de treball



Per garantir el secret de confidencialitat i anonimat de les persones entrevistades al Dipòsit, s'entregarà una altra còpia del present document, sense incloure la transcripció de les entrevistes dels següents annexos:

9.8. Annex 8: Transcripció entrevista 1

Participant 1:

Preguntas de la entrevista

Primero te haré tres preguntas relacionadas con tu percepción como profesional sobre el sentimiento de soledad en personas afectadas durante el proceso de adicción al juego:

1. ¿Qué factores habituales a tener en cuenta en el acompañamiento para la recuperación del juego patológico te encuentras?

Uno de los principales factores es la motivación, es muy importante. Con motivación nos referimos al grado de conciencia que el paciente está presentando por el problema. A veces, los pacientes vienen con la idea de empezar un tratamiento pero no son conscientes de que tienen un problema de juego y de lo que el trastorno implica. Entonces, el grado de conciencia que tengan sobre esto es muy importante. Esto también va a implicar, de manera voluntaria, que quieran empezar un tratamiento. Cuando están motivados tienden a querer iniciar un tratamiento y hemos visto que las personas que no están muy convencida y vienen más por presión de la familia, porque han tenido un problema en el trabajo, porque se les pide como requisito, abandonan el tratamiento. Entonces, se tiene que estar convencido porque hemos visto que estas personas suelen tener mejores resultados en el tratamiento.

Y bueno, también tener la disposición de seguir con todas las pautas, ¿no? Que es una vez a la semana, dejar de jugar, la abstinencia, hacer la autoprohibición. Que bueno, la autoprohibición es como una sugerencia que se hace dentro del tratamiento y que está dentro del tratamiento, que es “me autoprohibo” de los casinos, de lo online, para no acceder a las plataformas donde acceder al juego. Toda esta serie de pautas que se van marcando entran dentro de la motivación y que el paciente quiera seguir marcando todas estas pautas que se le van dando.

También consideramos que es muy importante para el acompañamiento las redes con la familia del paciente. Ya te comentaba que depende de si alguien puede acompañar al paciente o no, se les asigna una modalidad u otra (grupa o individual). El acompañamiento de la

familia, del amigo o, incluso, de asistentes sociales, tiene un papel muy importante, porque dentro del tratamiento es el familiar el que ayuda al paciente a controlar. Se le da tarea al familiar. El familiar, por ejemplo, maneja el dinero y se aconseja que el paciente sólo maneje efectivo, no cuentas, se cierran todas las cuentas, o sea, nada sólo efectivo y que el efectivo que maneja sea diario, es decir “cuánto necesitas para subsistir?”, por ejemplo, el café, el transporte... Entonces, si sobra cambio, se tiene que justificar y devolver pero al inicio del tratamiento el familiar o persona que va a acompañar tiene esta función, se responsabiliza junto al paciente de hacer este control del dinero. El objetivo es que cuando termine el tratamiento, el paciente sea capaz de ser independiente, o sea, que no se le tenga que controlar el dinero, sino que aprenda a controlar este estímulo y que sin jugar pueda ser capaz de manejar sus cuentas, pero al inicio tiene este papel sumamente importante.

Y también consideramos algunas características de personalidad. Nosotros hemos encontrado en las investigaciones que las personalidades más impulsivas tienen mayor probabilidad de desarrollar una adicción comportamental, como lo es el trastorno del juego. Entonces, vemos en nuestros pacientes que tienen altos niveles de impulsividad y por eso es tan difícil que aprendan a controlar los estímulos, que tengan autocontrol de la conducta, o sea, evitar el jugar. Esta personalidad la encontramos en muchos pacientes que vienen y, precisamente, por esa impulsividad, bueno, tenemos un alto índice de abandono. A veces, suele ser al inicio, no vienen al tratamiento y muchas veces es en la quinta/sexta sesión cuando dejan de venir.

- ¿De cuánto crees que es el porcentaje de abandono?

Varía un poco, depende del grupo. Es que, como depende mucho de las características de las personas. Como vienen personas con características variadas, hay grupos donde la mayoría de pacientes terminan y otros, donde la mitad abandonan. Pero, nosotros hemos encontrado que el grado de motivación con el que vengan influye mucho en el abandono o en la recaída. Un aproximado sería un 30%.

- ¿Los grupos son mixtos?

Sí, son mixtos, aunque la mayoría de los pacientes que vienen por juego son hombres.

- Y... ¿Crees que las mujeres o los hombres pueden abandonar más? ¿Hay alguna relación?

Bueno, la realidad es que en un grupo de 15 personas, solemos tener 1 o 2 mujeres. Es muchísimo menos y, si en este caso, como asignamos los grupos según la característica de la persona (más que por género), las personas que van a integrar el grupo tienen las mismas características, consideramos que es viable para que funcione, porque en el grupo aprenden de los demás. Entonces, eso les resulta muy gratificante al final, porque si en mi familia no logran entender lo que me pasa, la otra persona que está a mi lado lo entiende porque ha pasado por eso. En el grupo aprenden mucho entre ambos.

Cuando solemos sugerir una modalidad individualidad, cuando no tienen este acompañamiento, no tienen al familiar, un amigo... a lo que nosotros llamamos co-terapeuta. Y cuando suelen tener algo más complejo además del juego, a lo que llamamos comorbilidad, es decir, tiene un trastorno del juego, más un trastorno de personalidad, depresión mayor, o sea, tienen otra patología. Entonces, consideramos que, por las características que presenta la persona y sintomatología, sería mejor una modalidad individual. Pero te decía que más que del género depende de las características y sintomatología.

2. ¿Qué elementos posibles destacarías como facilitadores en la aparición de un sentimiento de soledad en las personas a quienes acompañas?

Primero es importante que te mencione que el trastorno de juego afecta en el funcionamiento psicosocial de la persona, salud física y psicológica. Pues bueno, te comentaba, el juego afecta al funcionamiento psicosocial de las personas, la salud física y la salud psicológica en sí, pero de manera directa o indirecta también puede afectar de manera negativa las diferentes esferas con las que se involucra: la familia, el trabajo, los amigos, etcétera. Cuando esto pasa, poco a poco, las personas pueden alejarse de quién está teniendo el problema de juego, por temas financieros, porque ocultan cosas, porque empiezan a mentir, porque algunas personas, incluso, pueden “empeñar” objetos de otras personas para poder jugar... Entonces, empiezan esta serie de conflictos y en muchas ocasiones esto ocasiona que las personas se quedan solas, sin apoyo. Incluso, la familia cuando no tenga implicación, los despidos del trabajo... Poco a poco se van aislando de los demás.

Por el contrario, también puede pasar que, de manera voluntaria, el paciente decida no contar nada a nadie porque experimenta un sentimiento de vergüenza. Nos pasa que vienen, pero no quieren que nadie se entere, no quieren que les lleguen notificaciones... Es un secreto, ¿no? Nadie de la familia lo sabe, en el trabajo no lo pueden explicar, muchas veces no saben cómo pedir el permiso para decir que vienen a la [REDACTED] y es como un secreto oculto. Y claro, se

aíslan, empiezan a experimentar soledad porque no tienen con quién enfrentar o apoyarse, por decisión propia. Estos son factores opuestos, pero que al final pueden generar esta soledad en los pacientes que vienen.

3. ¿De qué manera se aborda el acompañamiento de los casos donde la persona acompañada manifiesta o muestra sentimiento de soledad y/o aislamiento?

Nosotros siempre sugerimos que si hablan con el familiar, si no es viable por el momento arreglar la situación, siempre sugerimos que puedan buscar algún asistente social o el apoyo de una fundación, pero es muy importante que encuentren.

- Es decir, ¿se deriva el caso?

No lo derivamos, pero sugerimos que lo busquen. Es una sugerencia y, en muchas ocasiones lo hacen e incluso pueden venir acompañados de un asistente social, pueden ir a sesiones con alguna fundación... Hemos encontrado que eso les complementa y les viene muy bien tener ese respaldo, aunque no sea familiar o amigo, pero es una persona que está ahí. Realmente vemos que en los resultados del tratamiento tienen mejor probabilidad de terminarlo que las personas que no tienen este apoyo y, desafortunadamente, suelen abandonar.

A continuación, formularé tres preguntas vinculadas a los sentimientos que detectáis en el proceso de adicción al juego, así como en la implicación en el proceso de recuperación, según vuestra experiencia como profesionales:

4. ¿Qué sentimientos manifiestan, bajo tu percepción, las personas usuarias durante las diferentes fases del proceso?

Bueno, no hay algo general, cada persona lo experimenta de diferente manera. Nos encontramos o con emociones muy desbordantes, es decir, el paciente tiene emociones de enfado o tristeza por las deudas que ha adquirido o el problema en sí, o bien, viene reprimiendo estas emociones, como que no es consciente del problema. Hay una mezcla entre las emociones que a veces hay pacientes que vienen más enfadados, otros que vienen con más tristeza, o hay otros que vienen con mucho miedo a darse cuenta de las consecuencias que este trastorno ha implicado: cuando tienen deudas grandes, un problema legal, una separación de la pareja, cuando ya no hablan con los padres, etcétera. Entonces, vienen con un miedo muy grande de seguir experimentando estas consecuencias, pero bueno, suele variar y no hay como algo general.

No hay algo general, suele ir variando conforme va avanzando el tratamiento. Hay pacientes que vienen muy enojados y luego se han dado cuenta de las consecuencias que ha generado y pueden expresar, contrario al enfado, sentimientos de tristeza, bastante intensos. O viceversa. Primero se puede llegar muy triste y después generar enfado, pero depende de cómo cada paciente afronte el problema. Lo que sí en cada sesión se trabaja con las emociones: “¿Qué he experimentado durante la semana?”. A partir de eso se trabaja, es decir, cómo eso que ahora sientes puede ayudar a trabajar el problema, o si esa emoción contribuye a que el paciente tenga nuevamente el deseo de jugar, porque a veces los pacientes juegan para liberar un estado negativo: “Yo me siento mal, me siento triste y juego para liberar esa tristeza”. Si en ese momento, el paciente está sintiendo una tristeza intensa, es un foco rojo de decir “cuidado”, porque esta emoción te puede llevar a una recaída. Por lo tanto, tendremos que trabajar con la tristeza, con esa emoción que está experimentando en ese momento el paciente, porque si descuidamos la emoción, puede ser un factor de riesgo que el paciente desencadene o tenga una recaída.

Trabajamos también las emociones cuando hay una recaída, porque nuevamente vienen tristes, enojados o tienen experiencias de miedo, o están agobiados y hay que trabajar con esa emoción. “Tuviste una recaída, la emoción que experimentas es esta, cómo la estás viviendo...” Les explicamos que la emoción no les puede paralizar porque si he tenido una recaída, estoy asustado y abandono, no... Que no te paralice la emoción, la vamos resolviendo.

5. ¿De qué manera influyen los sentimientos de las personas afectadas por el juego en su proceso de recuperación y en su implicación?

Bueno, era un poco lo que te comentaba, ¿no? Hay que prestar mucha atención a la emoción porque pueden ser un factor de riesgo para que el paciente abandone o tenga una recaída, pero si no se trabaja la emoción que experimenta por la recaída, muchas veces no quieren venir porque han tenido esa recaída.

6. ¿De qué manera se abordan las situaciones emocionales y sentimientos aparecidos durante el proceso?

Bueno, te lo he ido comentando también un poco, pero es en cada sesión. En cada sesión se pregunta al paciente cómo ha estado durante la semana, si ha experimentado alguna emoción, si ha tenido deseos de jugar. Si ha tenido deseos de jugar, se tiene que indagar más, el porqué,

qué lo ha detonado, si ha sido a partir de una situación específica, si es a partir de una emoción... Porque a veces también nos pasa que nos dicen que están aburridos y el aburrimiento lleva a tener una recaída. Entonces, en cada sesión se tiene que trabajar en este aspecto.

En mi trabajo, me gustaría considerar la realidad del juego patológico teniendo en cuenta el género de la persona, ya que muchas veces la realidad femenina queda olvidada o más invisibilizada en las investigaciones. Por este motivo, os haré dos preguntas relacionadas con las posibles diferencias entre hombres y mujeres en los sentimientos surgidos durante la adicción al juego.

7. ¿De qué manera se abordan los casos teniendo en cuenta el género de la persona, así como las posibles diferentes casuísticas existentes que dificultan el proceso de recuperación?

Vale, pues, es muy importante para nosotros para entender como el trastorno de juego aparece y se mantiene, porque sí hemos encontrado que tiene diferentes características en cuando al origen y evolución del juego. Por ejemplo, en hombres encontramos que suele aparecer en edades más tempranas, por ejemplo, en la adolescencia suele haber algunas características, mientras que en mujeres suele ser en edades más avanzadas. La motivación para jugar también existen diferencias muy importantes. Los hombres lo hacen por esta sensación de adrenalina que les genera el jugar y conseguir dinero fácil, mientras que las mujeres suelen empezar a jugar en edades más avanzadas por aburrimiento o un sentimiento de soledad. Esto suele ser un factor de riesgo superimportante, el sentirte sola en las mujeres puede ser un factor que lleve a desarrollar un trastorno de juego. Por lo tanto, la motivación es diferente tanto en hombres como en mujeres.

Y también el tipo de juego, por ejemplo, los hombres suelen hacer juegos más estratégicos como las apuestas deportivas, el póker, o sea, algo más de estrategia, pasar por un razonamiento, mientras que las mujeres tienden a jugar juegos no estratégicos, le llamamos que dependen más de una cuestión del azar. Por ejemplo, las loterías, los bingos, los rascas... Entonces, sí hay estas diferencias que a la larga nos ayudan para entender cómo es que está funcionando este trastorno y que lleva a la persona, en cuestión de género, a poder desarrollarlo. Esta parte creo que es muy interesante.

Un dato importante es que dentro de la literatura que llevamos estudiando, algunos autores consideran que no es que sea cierto que haya un porcentaje mayor hombres en este trastorno, sino que muchas veces no se diagnostica en mujeres. No es que no haya, sino que no suelen ir a pedir ayuda por el estigma social de que el juego es más para hombres, “siendo mujer, ¿cómo voy a tener este problema?”, “me da pena, ¿cómo voy a acudir a un centro donde hay más hombres?”... Entonces, muchas veces no se diagnostica este problema porque no se acude a pedir ayuda profesional, entonces, ahí, las estadísticas no son tan reales como parecían.

8. Como profesionales, ¿de qué manera tenéis presente la perspectiva de género y las diferentes realidades existentes?

Pues no hay resultados concretos, otros estudios que se han estudiado en otros lugares del mundo, tampoco han concretizado que evolucionen mejor las mujeres que los hombres. En algunos casos sí que se ve que las mujeres suelen responder mejor a los tratamientos que los hombres, en otros estudios es igual, o sea, no es algo concreto. Pero hemos visto, a nivel más interno, que las mujeres suelen acabar los tratamientos un poco más, pero no es un porcentaje equilibrado porque vienen menos mujeres.

En el tratamiento, los grupos tienen que tener ciertas características, por ejemplo, no es lo mismo una mujer que el juego se desarrolló por una causa diferente, entonces sugerimos un tratamiento más individual. Muchas veces influye esto, no es lo mismo una persona que juega por el grado de excitación que una persona que se siente sola o porque está aburrida. Esto es un factor que se tiene que abordar para el tratamiento, pero suele ser algo más individual.

Las siguientes preguntas tienen la finalidad de entender vuestra percepción como profesionales en torno al apoyo de la red relacional (amistades, familiares, etc.) de las personas afectadas por el juego en su proceso:

9. ¿Cómo percibes la implicación de la red relacional (y familiar) de las personas afectadas por el juego en su proceso de recuperación?

En el caso de esta unidad, te diría que las personas que acompañan en el proceso terapéutico a los pacientes tienen un grado de implicación muy importante. Cuando se hace la devolución de resultados y se les pregunta si alguien les va a poder acompañar en el tratamiento, se les explica la importancia porque ya te mencionaba que aquí el familiar va a tener una responsabilidad compartida en las primeras sesiones, que es el poder controlar el dinero,

hacer registros, supervisar a la persona que acompañan, cuánto gasta a dinero... Tienen una responsabilidad, puede ser que surja algún gasto extra, ¿no?, entonces, “haré la transferencia, les hago un bizum, les doy más dinero en efectivo, etcétera”. Y claro, es una responsabilidad que comparten cuando vienen a la sesión, entonces tienen un grado de implicación muy importante.

10. ¿De qué manera se aborda la construcción o consolidación de red en los casos que sea necesario hacerlo?

Bueno, siempre la intención es que pueda retomar las redes que en algún momento ha tenido. Siendo consciente del trastorno o la gravedad, pueda partir para mejorar la comunicación o relación que tiene o ha perdido. Si eso no es posible, intentamos que vuelva a tener otras interacciones, haga relaciones para, nuevamente, salga con amigos, conozca a otras personas... Buscar, por otro lado, pero la intención es que siempre tenga una red de apoyo. Probablemente, no lo acompañará al tratamiento, pero lo que pueda socializar para evitar el aislamiento y el sentimiento de soledad. Que cree vínculos nuevos que le permitan también no generar más factores de riesgo y puedan tener un momento de distracción.

También hemos visto que los pacientes que se aíslan tienden a tener más pensamientos relacionados con el juego y tienen probabilidades de tener una recaída precisamente por este aislamiento, por sentirse solos y aliviar este estado negativo. Como te comentaba, en el caso de las mujeres, se había visto que juegan por este sentimiento de soledad y aislamiento. Es otro foco que nos dice que tenemos que fomentar los vínculos de las personas.

11. ¿Cómo de importante consideras que es la intervención para la creación de red de apoyo?

Bueno, lo que te comentaba, es algo sumamente importante porque puede ser un factor de prevención, el decir, “tiene otras redes que no solamente le permiten tener este apoyo, sino también que le van a permitir no tener estos pensamientos o deseos relacionados con el juego”. Pasa mucho que, cuando preguntamos, “¿Qué estabas haciendo en el momento que surgió el deseo”? Y dicen “no estaba haciendo nada”, o “estaba sola/o”, “estaba aburrido/a”... Entonces claro, no quería sentirme así y, entonces, es algo muy importante.

Por último, me gustaría hacerte unas preguntas relacionadas con el juego online, para poder conocer qué percepción tenéis en torno a los sentimientos encontrados en estos casos:

12. ¿Qué diferencias, en el ámbito de sentimientos, detectas entre personas que juegan online o presencial?

Suelen experimentar las mismas emociones, lo que sí es diferente es que las personas que vienen por juego online tienden a aislarse más, a tener menos redes de apoyo. Están más tiempo en soledad y se aíslan más, entonces, como pasan mucho tiempo jugando online, tienden a dejar el contacto social para enfrascarse más. Al final, el juego online es mucho más accesible que el presencial. Si para jugar no tienes que ir a un casino o a un bar, sacas el móvil y te pones a jugar, puede ser a cualquier hora: las 15:00 h de la tarde o las 5:00 de la mañana. Incluso, podemos estar hablando e ir jugando. Eso sí que es una diferencia también.

13. ¿De qué manera se aborda la posible realidad de aislamiento de personas afectadas por el juego online?

Sugerimos la interacción, menos tiempo en pantallas y que pueda crear nuevos vínculos. Que vuelva a recuperar los que tiene, pero que interactúe, que no sólo retome como las interacciones sociales, sino que pueda hacer algo más: practicar algún deporte, pueda hacer una nueva actividad, algo nuevo que le genere interés y pueda hacer nuevas acciones.

Hasta aquí la entrevista por mi parte. ¿Te gustaría aportar alguna idea más que pienses que es relevante y no te he preguntado?

Bueno, creo que hemos ido fluyendo. Te he comentado los aspectos más importantes y decirte que desde nuestra parte, la investigación, la clínica, seguimos trabajando en mejorar los tratamientos, identificar factores de riesgo, seguir identificando aspectos relacionados con el juego. Creo que falta mucho en este campo por descubrir y gustaría poder hacer algo más, pero por el momento estamos trabajando en esto.

Quería agradecerte tu tiempo, paciencia y colaboración en este proceso. Gracias por tu trabajo y tiempo.

9.9. Annex 9: Transcripció entrevista 2

Participant 2:

Preguntes de l'entrevista:

Primerament, et faré tres preguntes relacionades amb la teva percepció com a professional envers el sentiment de soledat de les persones afectades durant el procés d'addicció al joc.

1. Quins factors habituals a tenir en compte en l'acompanyament per la recuperació del joc patològic et trobes?

Vols dir, del tractament? Doncs, hi ha diversos factors que s'han de tenir en compte al principi del tractament, molts d'ells estan relacionats amb la motivació i amb el reconeixement del problema que tingui la pròpia persona. A més, s'ha d'avaluar quin és el suport social del què disposa aquella persona, també és molt important, sobretot a l'hora de determinar a l'inici del tractament, de quines eines disposarem per poder tractar aquella persona. S'ha d'avaluar això, el suport social que pugui tenir, també la situació actual del problema.

Nosaltres treballem amb una situació cognitiva conductual que a [REDACTED] treballen igual. És difícil determinar quines són les causes del problema i quins són els factors que estan mantenint aquell problema. Això és molt important definir-ho al principi per després poder desenvolupar una acció més personalitzada.

A l'hora de començar el tractament, penso que aquests són els factors a tenir en compte, explicar bé on és la persona actualment, de quins suports disposem per tractar-la i com està aquella persona a nivell de motivació a l'hora de començar el tractament, perquè si no hi ha motivació potser cal treballar una mica més això, o bé, el reconeixement del problema i la resta, ja t'ho he comentat.

2. Quins elements possibles destacaries com a facilitadors en l'aparició d'un sentiment de soledat en les persones a qui acompanyes?

El joc patològic, com t'he comentat és bastant estigmatitzant. A més, com totes les addiccions, solen dedicar molt temps al seu problema i així aconsegueixen trobar més diners per apostar o jugar, passant molt de temps. Són persones que deixen de banda activitats que

abans feien i això provoca més aïllament social. Deixen de veure els amics que tenien, o els veuen menys. També deixen d'estar temps amb la família perquè dediquen més temps al joc, a més, com normalment van associades moltes mentides, les relacions familiars i amb els amics es resenteixen molt.

A part d'això, a la societat encara, tot i que s'ha millorat bastant en comparació a fa uns anys, encara hi ha falta de comprensió i suport a les persones amb aquest problema. Sempre s'han tingut com persones vicioses, que es deixen portar, que volen apostar, etc. Llavors, a la gent li costa comprendre que una de les característiques principals de qualsevol addicció és la pèrdua de control, llavors, la persona, en un moment donat, perd totalment el control d'aquella conducta i ho fa perquè no té control sobre ella. A més, tenim la depressió o l'ansietat de la persona, que facilita l'aïllament de la persona i, per tant, que pugui tenir sentiments de soledat.

I les expectatives que té la persona sobre com hauria de ser la seva vida i com és. Això tendeix a aïllar-se més i a aquest sentiment de soledat.

3. De quina manera s'aborda l'acompanyament els casos on la persona acompanyada manifesta o mostra sentiment de soledat i/o aïllament?

Depèn molt de les causes d'aquesta soledat. Normalment, és un conjunt d'aquestes (causes) que t'he mencionat. Intentem abordar-les en conjunt.

Primer, intentaríem fer un suport específic per aquell problema, no? Específic i general, de fet, perquè un dels problemes que tenen les persones amb addicció i, de fet, últimament, hi ha un corrent conductiu-conductual, que diu que a la base de tots els trastorns mentals hi ha una gestió emocional deficient, el que s'hauria de fer és un treball de gestió emocional. El fet que la persona reconegui els sentiments, que moltes vegades costa reconèixer (soledat, avorriment, estrès), ho tenen molt barrejat i tenen un treball de gestió emocional molt necessari.

Després s'intenta, amb el treball cognitiu-conductual, sempre incloure coterapeutes (familiars o amics, o aquelles persones que considerem que poden contribuir a ajudar a la recuperació) i allà es fa un treball d'acompanyament a aquelles persones i de psicoeducació a aquestes persones. Se'ls intenta explicar a què consisteix el trastorn si no l'entenen bé, treballar els sentiments de ràbia i traïció que tenen aquelles persones cap a la persona que té el problema i després a millorar una mica la relació i, així, la soledat es pot diluir una mica més. I també,

com són persones que han perdut moltes de les activitats que feien, una part del tractament, també implica que desenvolupin noves activitats fora del joc, activitats noves o que recuperin activitats que feien abans. Allà poden fer noves amistats, coneguts amb els que poden parlar i construir una nova xarxa a part dels que ja hi ha.

A part d'això, si és necessari, també s'involucren, intentem coordinar-nos amb altres professionals, treballadors socials o altres professionals d'empreses de salut o socials, perquè ens donin una mà buscant recursos per aquella persona. I ja està.

A continuació, et formularé tres preguntes vinculades als sentiments que detecteu en el procés d'addicció al joc, així com en la implicació en el procés de recuperació, segons la vostra experiència com a professionals.

4. Quins sentiments manifesten, sota la teva percepció, les persones usuàries durant les diferents fases del procés?

Et refereixes a emocions? Com t'he dit, molta vergonya i molta culpa. Això està molt associat al joc patològic. Són persones que estan perdent els seus diners i senten que estan defraudant a les famílies i coneguts, a més, moltes vegades desenvolupen deutes i això sentiments de culpa i vergonya per no poder retornar aquests diners i pensar "què estic fent?", "arruïnant la meua vida i la de la meua família"...

En quant a comorbiditat, l'ansietat i la depressió són molt comunes, persones que desenvolupen una tristesa que va més enllà, una depressió i ansietat que manifesten nerviosisme, inclús alguns venen amb atacs d'ansietat, a través dels quals es destapa tot perquè no aguanta més la pressió.

També podem trobar, per una altra banda, frustració, precisament no entendre com no poden controlar la situació. Irritabilitat, es queixen molt quan el trastorn ja porta un temps i el caràcter de la persona canvia, és més irascible i es nota a l'hora de parlar. La desconfiança cap a ells mateixos i cap a les famílies, i també la negació del propi problema. No sé com ho diria... No donar-li la importància que té i pensar que "jo controlo més o menys". En aquest sentit, és molt similar a qualsevol altra addicció. Pràcticament, en aquest sentit, és igual a qualsevol addicció amb substància.

5. De quina manera influeixen els sentiments de les persones afectades pel joc en el seu procés de recuperació i en la seva implicació?

Formen part del propi tractament, perquè totes parteixen, més o menys, del mateix estat emocional, llavors els protocols desenvolupats pel tractament del joc patològic, ja tenen en compte que la persona vindrà amb aquestes emocions i que s'hauran de treballar.

Llavors, tenim en compte totes aquestes eines que nosaltres fem servir per poder treballar això. Normalment, quan hi ha ansietat i depressió, quan la persona comença a treballar en el problema, a posar ordre en la seva vida, en les seves finances perquè partia de deutes molt grans, ja es calmen molt la depressió i l'ansietat.

Si no, doncs busquem ajuda psiquiàtrica, li recomanem que prengui medicació. I la resta, igual, treballar amb aquestes eines i tenir en compte que hi ha culpa, que la família vindrà amb desconfiança, que hi haurà cert aïllament social. Llavors, es té en compte en els tractaments conductiu-conductuals, com quan treballes amb la família, buscar alternatives, el treball de l'eix emocional, tot això, no?

Però, aquí treballem de forma individual o grupal?

Doncs, aquí per sort, encara tenim la possibilitat de fer-ho individual. A [REDACTED], de moment, ho fan grupal perquè és molt difícil assumir tots els pacients que tenen, però nosaltres mantenim individual. Realment, si els grups no són massa grans, l'efectivitat és la mateixa, però a nivell individual permet treballar coses més específiques.

Pots connectar més amb la persona a nivell individual com a professional?

El treball del professional no és connectar emocionalment amb la persona, sinó entendre emocionalment a la persona, vale? Entendre com se sent i per què se sent així, donar-li eines perquè treballi aquelles emocions. El treball d'un psicòleg no és connectar, sinó establir una relació terapèutica. És un tema que costa molt explicar i no saps fins que no et poses a treballar davant d'un pacient. Tú no pots deixar que les emocions d'un pacient a tú t'arribin i t'afectin, perquè llavors perds l'objectivitat. Llavors, no és una connexió emocional, sinó que de fet, has de mantenir una distància emocional amb el pacient. Entendre com es sent, saber com se sent però no connectar,

En el grup passa igual, pots treballar individualment, perquè personalitzat és més fàcil, potser necessites menys temps.

6. De quina manera s'aborden les situacions emocionals i sentimentals aparegudes durant el procés? *Pregunta replantejada envers les estratègies que pren com a*

professional a nivell individual per abordar aquestes situacions.

Estratègies específiques? Psicoeducació, com millorar la comunicació de la persona amb la seva família, reconeixement de la pròpia “enfermetat” i falta de control. Utilitzem també, per exemple, que la persona comenci a pagar deutes que la persona té i li estiguin generant aquella vergonya o que posi ordre a les seves finances.

Moltes vegades venen i no saben ni quants diners deuen en total, els estan trucant tot el dia d'aquí, d'allà... Posar ordre a tot això, ajuda molt. Sobretot, els intentem ensenyar a reconèixer les emocions i estratègies que siguin adaptatives per afrontar aquelles emocions. La culpa i la vergonya et poden portar a jugar (igual que l'avorriment o qualsevol emoció “negativa”), llavors intentem pensar amb el pacient quines altres estratègies d'afrontament pot tenir en aquell moment. *“Quan et sentis així, què pots fer?, pots parlar?, quina activitat pots fer?, com la pots treballar internament”?*

Al meu treball m'agradaria considerar la realitat del joc patològic tenint en compte el gènere de la persona, atès que moltes vegades la realitat femenina queda oblidada o més invisibilitzada en les recerques. Per aquest motiu, us faré dues preguntes relacionades amb les possibles diferències entre dones i homes en els sentiments sorgits durant l'addicció al joc.

7. De quina manera s'aborden els casos tenint en compte el gènere de la persona, així com les possibles diferents casuístiques existents que dificultin el procés de recuperació?

Doncs, realment, aquesta és la pregunta del milió. A les unitats de tractament a nivell català, espanyol, europeu i mundial, pràcticament un 90% de les persones que acudeixen són homes. Però, en canvi, quan mires les persones que juguen i aposten, no hi ha aquesta diferència, no hi ha una diferència tan gran. Encara no s'ha aconseguit establir a què es deu això. Arriben poques dones. De cada 10 persones arriba 1 i és tirar molt llarg, potser una mica menys.

De totes maneres, quan arriben dones, encara que no treballem només joc patològic, sinó també altres trastorns, també amb substàncies, inclús trastorns en els quals hi ha més dones, intentem tenir aquest enfocament de gènere.

En el cas del joc hi ha diferències, per exemple, en el tipus de joc. Els homes són més de jocs actius, estratègics, que penses que tens sensació de control (pòker) i les dones de més passius,

com el bingo.

A part d'això, la comorbiditat sol ser diferent. Els homes emocionalment són més plans i les dones més expressives emocionalment, llavors s'ha de tenir en compte.

El tema de l'estigmatització és molt important tenir-ho en compte. Una de les teories de per què les dones consulten menys, és que si el problema ja és estigmatitzant en homes, en dones ho és molt més i porta molta més vergonya i sentiments de culpa. Com és un problema "d'homes", "com pot ser que una dona tingui aquest problema i no em tocaria, hauria d'estar a casa, fent una altra cosa".

Nosaltres intentem sempre estar formats en diferències de gènere. Fem formacions al llarg de l'any, tant que proposa la Generalitat perquè nosaltres som un centre proveïdor de CatSalut, funcionem com una entitat pública, com a nivell privat i, bàsicament això tenim en compte.

8. Com a professionals, de quina manera teniu present la perspectiva de gènere i les diferents realitats existents? *Pregunta redirigida a com treballen l'estigma.*

Doncs, dediquem moltes més sessions a aquestes emocions que pot tenir la dona envers la culpa, vergonya, treballar el perquè els té, intentar que racionalitzi aquests sentiments de culpa i vergonya que venen associats. Treballem molt amb l'entorn social perquè realment no és només una impressió que elles tenen, sinó que és una realitat que estan sent estigmatitzades.

Llavors intentem que les seves parelles, fills, pares, entenguin que és un problema que també pot ser de dona i que es pot viure igual que en un home. Sobre tot això. Amb elles a nivell emocional, de racionalitzar tot això i, amb l'entorn, a nivell de recolzament.

Creus que a les dones els hi costa més tenir un recolzament que, en canvi, a un home?

Això depèn, en general diria que al principi pot ser que hi hagi més reticència, però quan ho treballes és el mateix. Depèn de la família que tinguin, el suport de persones que tenen. Hi ha famílies que de seguida donen el suport i altres que fan tot el possible pel recolzament d'aquella persona.

Les següents preguntes tenen la finalitat d'entendre la vostra percepció com a professionals envers el suport de la xarxa relacional (amistats, familiars, etc.) de les persones afectades pel joc en el seu procés.

9. Com perceps la implicació de la xarxa relacional (i famílies) de les persones afectades pel joc en el seu procés de recuperació?

Doncs el que et deia, depèn molt. Hi ha casos en els què hi ha molt suport en l'àmbit familiar, amics o persones conegudes i, hi ha altres que no n'hi ha cap, no hi ha amics i la persona està sola. Llavors, per nosaltres és una part crucial del treball. Necessitem algú que faci control econòmic, perquè per definició, el trastorn de joc amb aposta implica una pèrdua de control, llavors la persona al principi del tractament és impossible que controli la conducta. Per tant, si no controles els diners, continuarà perdent diners. Control monetari i econòmic. Envers el control d'estímul ja no s'utilitza molt aquesta expressió, encara que de vegades sí que s'evita el fet d'anar a bars...

És molt important el control econòmic, perquè a diferència d'altres problemes psicològics, que només tenen conseqüències a nivell familiar o social, aquest també té conseqüències a nivell econòmic i, de vegades, si no són controlades, poden provocar que la persona arruïni la seva vida per molts anys, inclús per sempre. Sí que el suport social, sobre tot familiar és crucial i, si no hi ha aquest suport, el tractament es complica molt més.

En aquests casos, la persona terapeuta intenta fer aquest control econòmic, intenta expandir el suport social... "amb qui et parles?", "bueno amb una tieta meva", i intentem recuperar el contacte i a veure si està disponible, podria participar. Però, el pronòstic és molt pitjor quan no hi ha. I, en casos que hi ha trastorn mental greu, intentem implicar associacions, que n'hi ha moltes a Barcelona, o fundacions, perquè facin aquest suport i acompanyament.

Existeix alguna entitat que tingui voluntariat per fer aquest tipus de coses?

A Barcelona, per sort, bueno, a Catalunya, hi ha a les que persones amb trastorn mental greu, i també els seus familiars, poden acudir per fer el que es diu "tutelatges", és a dir, si la persona no pot o no hi ha família, aquella associació farà de "família" d'aquella persona. En teoria, si funcionen bé, hi haurà una persona referent que conegui a la persona, quedi amb la persona setmanalment, mensualment, depenent el que la persona necessiti, i porta els temes que la persona necessiti a partir d'una ordre judicial. Potser la persona no pot gestionar els diners, però sí decidir a què es gasta els diners cada dia. Llavors, s'arriba a un acord, o bé, si la persona no pot decidir res sobre els diners, doncs es fa tutelatge. Hi ha una persona del jutjat que mira que ninguna persona s'aprofiti d'aquestes persones, això funcionant idealment.

Heu tingut contacte amb aquestes entitats?

Sí... (riu). Perquè normalment, les entitats públiques és on arriben els casos més greus. Com està tot tan saturat, tota la salut mental que la situació és desoladora, els casos que no són “tan greus” no arriben a les unitats especialitzades, sinó que intenten tractar-se a nivell de CAP o CSMA si ja hi ha alguna cosa bastant important, o se li recomana que vagin a la privada, però persones que estan molt greus són les que arriben. Persones amb comorbiditat molt greu, amb situacions complicades...

10. De quina manera s’aborda la construcció o consolidació de xarxa en els casos que sigui necessari fer-ho?

(Pregunta ja contestada amb preguntes anteriors: Vinculació i recuperació de contactes, espais d’esbarjo o teixit d’associacions de Barcelona)

11. Com d’important consideres que és la intervenció per la creació de xarxa de suport?

Una importància crucial, si no, alguns casos serien inabordables, perquè persones que estan deteriorades per tants anys de trastorn mental greu, de drogues... És impossible abordar si no hi ha un control dels diners, perquè esgoten els diners i acaben vivint al carrer, sense menjar... Són situacions dramàtiques. Caldria molt més, però és el que tenim.

Per últim, m’agradaria fer unes preguntes relacionades amb el joc online, per poder conèixer quina percepció teniu envers els sentiments que es donen en aquests casos.

12. Quines diferències, en l’àmbit de sentiments, detectes entre persones que juguen online o presencial?

Quina pregunta més difícil... A nivell emocional, és que són perfils diferents. Quan jo vaig començar, treballava a [REDACTED] i el 90% de les persones que hi anava, tenien problemes amb les màquines escurabutxaques, i jo, ja tinc uns anys. Quan vaig començar Internet no existia. Bueno, sí existia, però encara no estava en el seu fort. Quan vaig començar ens van posar ordinadors connectats a Internet i, llavors començaven les apostes online. Llavors hi havia com un sentiment de “ostres, això dispararà el problema de joc i tindrem un tsunami de persones que demanaran ajuda” però no ha passat això. Què ha passat? El perfil de les persones que juga ha canviat, ja no són un 90% escurabutxaques, sinó un 30% escurabutxaques, i l’altre percentatge són apostes online o un altre tipus d’aposta, més o

menys, eh? Llavors, el perfil emocional és diferent? Sí, perquè ara mateix, les persones que consulten són més joves i amb una formació més alta. Si compares poblacions, les que jugaven a escurabutxaques tenien un nivell de formació més baix i les que juguen ara, més alt, ja sigui a nivell de batxillerat o universitat, inclús. Casualment, o no tan casualment, el nivell de formació i l'edat es correlacionen amb la teva capacitat de gestió emocional, normalment tens més capacitat d'explicar què et passa. No és molt diferent perquè continuen arribant amb sentiments de culpa, depressió... Però és una mica més fàcil treballar a nivell emocional, perquè la persona més gran que no ha parlat d'emocions en la seva vida, li costa més.

Potser ara s'està parlant més de la salut mental...

Sí, ja passa, hi ha més gestió emocional, abans una persona que venia i tenia 60 anys, li parlaves de més de tres emocions i era ja com... (riu).

13. De quina manera s'aborda la possible realitat d'aïllament de persones afectades pel joc online?

Doncs, la meua impressió clínica és que no estan més aïllades les persones que juguen online, no és així. Suposo que t'imagines una persona que està allà amb l'ordinador i no surten de casa?

Pensava en la idea que el fet d'apostar a través del mòbil i que no hi hagi desplaçament pugui fer que la realitat quedi més invisibilitzada... No sé si m'explico...

Has anat a algun casino o sala d'apostes per fer el treball? **No.** Doncs, si passes, el que veuràs allà seran persones que demanen alguna cosa per beure i estan allà sense parlar durant 3, 4, 5 hores davant una màquina, igual que si vas a un bar. Segurament això ho hagi vist més. Entres a un bar, hi ha una persona davant la màquina, tu prens algo durant una estona i, quan marxes, la persona continua allà davant jugant. En canvi, les apostes per Internet són més ràpides de mitja, és a dir, la persona està menys temps apostant que quan és presencial, evita el desplaçament i, a més, les màquines "tragaperras" tenen un temps de resposta més lent que les gestions per Internet i, per tant, passaran més temps soles i les seves relacions quedaran més ressentides.

El joc amb aposta online implica menys temps, la persona rep la resposta més ràpid i ja tens el dia per fer coses perquè no tens més diners, perden els diners molt més ràpid. El que si se

sap és que les persones que juguen online tenen un temps que comencen a apostar i que consulten molt més curt que les persones amb trastorn al joc presencial o tradicional, i que desenvolupen deutes molt més ràpid i grans que les que juguen presencial, perquè les respostes per Internet són molt més ràpides perquè tú quan no tens els diners a la mà, perds la noció de diners que estàs apostant, no veus els diners, i això els porta a apostar més ràpid, apostar més diners i a dedicar menys diners durant el dia.

Per tant, no crec que tinguin més sentiment de soledat perquè crec que tenen temps per més relacions.

Creus que potser tenen més impulsivitat al tenir el telèfon a la mà? Sí, però com no tenen més diners no poden apostar. Sí que generen més deutes perquè hi ha menys noció, gasten més quantitat, agafen més préstecs... O sigui, sí, és un factor de risc tenir l'aposta tot el dia a la mà, però abans del tractament quan gasten els diners ja no poden més i, després del tractament hi ha eines per tot això.

De fet, ara mateix, des de fa uns anys, l'autoprobhibició ja serveix pels dos àmbits, és a dir, si fas l'autoprobhibició no et deixarà entrar a una sala d'apostes o casino, teòricament, perquè sempre t'han de demanar el DNI (teòricament), ni tampoc enregistrar-te a una pàgina web, per la base de dades. Hi ha pàgines web per apostar sense l'autoprobhibició? Sí. Que també entren a jocs que no demanen DNI? Sí, però existeix.

Fins aquí l'entrevista per la meua part. T'agradaria aportar alguna coseta més que pensis que és important i no t'he preguntat?

Volia agrair-te el teu temps, la teua paciència i la teua col·laboració en aquest procés. Gràcies per la teua feina i el teu temps.

9.10. Annex 10: Transcripció entrevista 3

Participant 3:

Preguntas de la entrevista

Primero te haré tres preguntas relacionadas con tu percepción como profesional sobre el sentimiento de soledad en personas afectadas durante el proceso de adicción al juego:

1. ¿Qué factores habituales a tener en cuenta en el acompañamiento para la recuperación del juego patológico te encuentras?

Vale a ver, el tema de la soledad viene por muchas cosas. Uno, viene porque, por ejemplo, al inicio de la conducta, claramente puede haber iniciado en un momento recreativo, se va generando la adicción, como en cualquier adicción, lo que hace es que la persona se focalice en eso, va perdiendo interés en otros ámbitos de la vida y va haciendo un aislamiento. Entonces, claro, puede ser que una persona no tenga red de apoyo, o puede ser que la tenga pero, igualmente, va a tener ese sentimiento de aislamiento una vez ha desarrollado la adicción.

Entonces, lo que sucede en esas situaciones, cuando ellos llegan, depende de cómo llegue la persona. Si llega por su cuenta y no tiene coterapeuta, es decir, alguien que le acompañase y tal, pues será una persona que sabremos que no tendrá esa red de apoyo, pero se le sugiere que lo busque, si es un familiar, o como sea. ¿Por qué? Porque el coterapeuta aquí tiene una función muy importante. El soporte no es únicamente como familiar, de forma pasiva, sino también una acción activa, viene a sesiones, se le comentan cosas de cómo apoyar a su familiar, a su amigo, a su pareja... durante el proceso. Y tiene otras funciones como por ejemplo apoyar a la persona en el control de estímulos. Control de estímulos, ¿qué quiere decir? Muchas veces, al principio necesitan ceder el control de sus finanzas, entonces sí que es algo que se toma mucho en cuenta porque sabemos que en cualquier situación, enfermedad (ya sea física o mental) es necesario el acompañamiento en la red social, es muy necesaria.

Por otro lado, aquí es un proceso muy activo. No solo vienen, los dejan y tal, sino que hay un acompañamiento.

Luego, por otro lado, sí que también hay dos modalidades de tratamiento dependiendo de la persona. Si es una situación muy compleja, se hace de forma individual, si es una situación que lo permite (es decir, que no hay muchas comorbilidades, no es una persona que se

presenta con otras situaciones distintas) recibe un tratamiento en grupo. Esto ayuda mucho, porque, uno no se siente solo. Todo lo que le está generando la adicción, no es sano, vive como en soledad, pero ve otras personas reflejado en ese proceso y se apoya en estas personas durante las 16 sesiones. Van comentando cómo se han sentido, por lo tanto, cuando estás en los grupos, te das cuenta de que ellos mismos funcionan dentro del grupo terapéutico, es decir, a veces alguien expresa algo. Si otro compañero de grupo ya pasó esa situación, le comenta cómo lo vivió, a lo mejor qué le ayudó... Eso les genera mucho apoyo.

2. ¿Qué elementos posibles destacarías como facilitadores en la aparición de un sentimiento de soledad en las personas a quienes acompañas?

Primero viene el sentimiento de aislamiento. Muchas veces están ellos y la adicción y muchas veces no lo dicen. Cuando una persona viene y no tiene red social, puede ser porque verdaderamente no hay nadie, o muchas veces lo que pasa es porque no lo dicen: “No quiero que mi pareja se entere porque me va a dejar, si lo digo (a algún compañero de trabajo) me van a echar...” Entonces, muchas veces es más porque ellos sienten que tienen que pasar el proceso solos por diversas circunstancias. El terapeuta, siempre tenemos que mantener una línea profesional, porque es una necesidad tanto la persona como para el propio terapeuta, pero sí que intenta, aunque no quiera, al final se convierte en la red de apoyo de la persona.

Eso no quiere decir que vaya a haber un tratamiento fuera de la institución, la persona seguirá las sesiones individuales, lo que pasa es que el terapeuta irá tomando roles que otra persona no puede tomar y se manejará de forma diferente. Ahora, una cuestión emocional, que se maneja durante la terapia, es superimportante porque el contenido terapéutico va desde explicarles el problema que tienen, evitar recaídas, darles estrategias para controlar los estímulos... Pero también se manejan otras cosas, por ejemplo, estrategias de afrontamiento. ¿Qué quiere decir esto? Muchas de las personas nos encontramos que a veces comienzan actividades de juego porque te dicen “bueno, mira que tenía un problema y así me distraía”. ¿No? Entonces, ¿qué es una estrategia de afrontamiento? Es una situación emocional que no había otro aprendizaje de cómo llevarlo a cabo y pensamos estrategias y herramientas para que se aprenda a llevarlo de otra manera. Es decir, por qué esas emociones, por qué empieza una conducta, si tenían que ver con alguna situación emocional y de qué otra manera se puede transformar. Eso también ayuda a la persona a reconocer su estado emocional, a saber de qué manera lo puede controlar y una buena manera de manejar, no solo el tema de la soledad, sino también la ansiedad, o lo que están sintiendo ellos.

- **Entonces, cuando alguien manifiesta o se siente solo/a, ¿hay alguna estrategia de buscar red social?**

No, no la hay, a menos que ellos, por ejemplo, (dependiendo de la circunstancia en la que estén), grupos de asistencia, grupos de apoyo (esto sabrás más tú que yo), dependiendo de la necesidad que tengan. Lo que nosotros, si ellos tienen otro tipo de terapia, no podemos mantenerla a la par, entonces sí que es motivo de que salieran. Por ejemplo, un grupo de autoayuda no sería recomendable porque va a interferir en el tratamiento que les damos aquí. Si por ejemplo, necesitan una asistencia social y eso les va como acompañamiento porque están dentro de un programa, a lo mejor de situación vulnerable, eso está bien, algo que genera apoyo. Pero otro tipo de búsquedas, a nivel individual, puede generar más mal que bien. Por ejemplo, si estás en un grupo de autoayuda y lo que está saliendo ahí está en un proceso distinto de lo que la persona necesita en ese momento, pues no le apoyaría en nada.

- **Es decir, por ejemplo, Jugadores Anónimos, sería incompatible con el tratamiento [REDACTED]?**

En el momento en el que está en tratamiento, sí. Después, sí que podría ir a este tipo de tratamientos, pero en el momento no, porque a lo mejor ahora mismo está en una situación de control de estímulos y allí se realizan exposiciones.

- **Y, por ejemplo, otras actividades más sociales, por ejemplo, apuntarse a un grupo de teatro, serían interferencias o complementarias?**

Esto, para nada, está en la voluntad de la persona. Mientras no se trate de otro tratamiento a la par, o grupo de apoyo que pueda interferir en el tratamiento, no pasa absolutamente nada. Pero nosotros como terapeutas no podemos decirle a la persona, porque es un tratamiento estandarizado que va dirigido a este tipo de problemática. No es un tratamiento psicológico o libre que se pueda hacer en otro lugar. Entonces, no se le puede decir a la persona “mira que te iría bien, busca aquí o busca allá”. Nosotros como terapeutas no podemos intervenir de esa manera, esto es algo que la persona poco a poco ha de ir realizando ella misma. El acompañamiento es algo que se hace aquí. Pero no le podemos señalar a la persona “mira, ves a buscarte un grupo de salidas, porque tal”. Esto es un tema que genera mucha responsabilidad, o sea, imagínate que este grupo de teatro dice “vamos a un bar a hacernos un café” y claro, la persona venía por un problema con las máquinas tragaperras. Se va a un bar y puede ser un detonante para que juegue de nuevo porque no puede controlar todavía el

estímulo. Entonces, como terapeuta no podemos llevar la responsabilidad de decir “haz esto, no hagas lo otro” fuera del contexto del tratamiento de la adicción. Hay otras situaciones que, al contrario, lo que dirían es, “mira, cuando vayan a tomar un café, si estás en la fase de controlar el estímulo, pues no vayas al mismo sitio donde desarrollaste el problema”.

No es que no se pueda ir más allá, es que hay necesidades a nivel de tratamiento y otras que la propia persona debe decidir por sí misma.

- **Claro, entiendo que la [REDACTED] es un espacio controlado, pero fuera hay muchos estímulos que no se pueden controlar, ¿no?**

Exacto, lo que la persona quiera buscar actividades adelante, pero debe mantener el proceso que está llevando a cabo.

No sé si te lo comentó Anahí, pero cuando llegan se firma un convenio terapéutico. Es un convenio muy simbólico, pero se hace al inicio del tratamiento, ya sea que la persona llegue sola o con coterapeuta, porque precisamente es el hecho de decir “me responsabilizo de hacer este tratamiento y de seguir con una serie de pasos para mantenerlo”. Entonces sí que se intenta favorecer de todas las maneras posibles que la persona se mantenga en el tratamiento y se realicen las actividades a nivel terapéutico. Después la persona es libre, pero debe controlar lo que al momento tiene que controlar.

- 3. ¿De qué manera se aborda el acompañamiento de los casos donde la persona acompañada manifiesta o muestra sentimiento de soledad y/o aislamiento?**

Explicado con las preguntas complementarias anteriores: No se puede recomendar más allá de lo que la persona busque porque puede haber interferencias, aunque sí se puede recomendar evitar el estímulo y hacer red, pero evitando espacios que puedan generar emociones de impulso al juego.

A continuación, formularé tres preguntas vinculadas a los sentimientos que detectáis en el proceso de adicción al juego, así como en la implicación en el proceso de recuperación, según vuestra experiencia como profesionales:

- 4. ¿Qué sentimientos manifiestan, bajo tu percepción, las personas usuarias durante las diferentes fases del proceso?**

Un poco lo que te mencionaba. Cuando deja de ser una actividad recreativa y se instaura la adicción, si que hay una sensación generalizada de aislamiento, porque están tan dentro del proceso adictivo que ya no pueden. Aunque estén en su trabajo, en el ambiente laboral, muchas veces decían “es que estaba pensando constantemente en qué momento poder hacer una pausa, poder salir y poder tomar un café y estar un rato en la máquina”. Esto, a nivel cerebral, hay una serie de cambios cuando se instaura una adicción y lleva a la persona a concentrarse más en eso. Dejan un poco a la par todo lo que le rodea, otros intereses. Ahora, por otro lado, hay otras soluciones/sentimientos muy fuertes, por ejemplo la ansiedad, como cualquier otro proceso adictivo. Se empieza a generar tolerancia, cada vez se necesita más para experimentar las primeras sensaciones y, si no está realizando la conducta, empieza a tener abstinencia. ¿Qué es el síndrome de abstinencia? Pues están ansiosos, nerviosos, pueden experimentar estar irritables, estar enfadados todo el tiempo. Entonces, claro, es un proceso emocional muy fuerte, lleno de emociones. Después también puede presentarse mucho con sentimientos depresivos. No es solo la soledad, la soledad formaría parte de esto. La depresión viene porque muchos de ellos están endeudados, a lo mejor sienten que han fallado a todos, “fallé a mi familia, a mi pareja”... Entonces, empieza este sentimiento de culpabilización. Realmente, hay muchas emociones en juego y no es únicamente la soledad real o física, sino porque hay todo un bagaje emocional realmente duro para la persona.

5. ¿De qué manera influyen los sentimientos de las personas afectadas por el juego en su proceso de recuperación y en su implicación?

Para que cada persona se quede en el tratamiento hay muchas cosas. Estas emociones... El estado emocional influye, pero por sí sólo no hace que la persona se quede o no se quede en el tratamiento. Por ejemplo, muchas personas imagínate que vienen más forzadas por el familiar o por alguien que les ha dicho que viniera al tratamiento. Pues a lo mejor esta persona se queda, en un principio, porque fue forzado y, después, empieza a recibir algún beneficio de tratamiento y se va quedando. Puede haber también que otra persona se quede en el tratamiento, pero tenía alguna depresión igualmente, entonces, recibe tratamiento para esto, pero también para lo otro. Muchas veces tiene más que ver con la personalidad de la persona. Nosotros, a nivel de tratamiento hemos visto que, por ejemplo, una persona que tiene una personalidad más impulsiva que tiene una necesidad constante de buscar nuevas sensaciones y tal, que se aburre fácilmente, es más difícil que se mantenga en un tratamiento porque en general en su vida, es una persona que es así. Como terapeuta se hace un intento de adherencia constante, que la persona se mantenga, se asocie al tratamiento. Acciones como

las que te decía: Firmar un convenio, que haya una persona que venga con él. Es decir, tratar de todas las maneras posibles que la persona se adhiera y se quede en el tratamiento.

Muchos vienen también por órdenes judiciales, cuando tienen deudas muy grandes tienen que venir. Ahí hay un sinfín de factores. El estado emocional sí que puede influir en que la persona mejore o no mejore, pero no es lo único que juega a favor o no de que se quede en el tratamiento.

6. ¿De qué manera se abordan las situaciones emocionales y sentimientos aparecidos durante el proceso?

Era lo que te decía. Es un tratamiento estandarizado. ¿Qué quiere decir estandarizado? Pues que hay una serie de temáticas que se abordan, por ejemplo, estrategias de afrontamiento. Es decir, vamos a hablar del estado emocional, vamos a hablar de aquellas emociones que te están generando o en algún momento te llevaron a jugar y, entonces, pues “vamos a ver de qué manera las podemos encaminar o de qué manera pueden haber otras estrategias de controlar tus emociones”.

También hay otras estrategias de solución de problemas. Es importante porque muchas veces es no solo “no sé como afrontar mi emoción”, sino “no sé como afrontar una problemática real como una separación”. Entonces, el escape más de la mano puede ser la conducta adictiva. Se espera que ayuden a la persona a que pueden manejarse mejor y pueden manejar su entorno sin tener que acudir a la adicción. No es la única manera.

También, se prueban otra serie de tratamientos. No se aplica en todos los casos, pero sí que se está probando, por ejemplo, tenemos una aplicación que ayuda a la regulación emocional. Esta aplicación es un videojuego terapéutico, les enseñamos a reconocer su estado emocional, a ganar importancia de autorregularse emocionalmente, es decir, cómo pueden controlar la ansiedad, el nerviosismo e irritabilidad con estrategias de relajación acompañados de una aplicación. También, algunos pacientes, se va probando una sesión de mindfulness, es decir, se intentan dar estrategias a la par, entendiendo que estas estrategias por sí solas no son suficientes. Estamos hablando de una adicción, por lo tanto, necesita tener una serie de pasos de recuperación y estas estrategias que usamos son un plus, es decir, deberían ayudar a la persona a regular su estado emocional, poderlo manejar, pero por sí solas no le ayudarían a acabar con la adicción.

En mi trabajo, me gustaría considerar la realidad del juego patológico teniendo en cuenta el género de la persona, ya que muchas veces la realidad femenina queda olvidada o más invisibilizada en las investigaciones. Por este motivo, os haré dos preguntas relacionadas con las posibles diferencias entre hombres y mujeres en los sentimientos surgidos durante la adicción al juego.

7. ¿De qué manera se abordan los casos teniendo en cuenta el género de la persona, así como las posibles diferentes casuísticas existentes que dificultan el proceso de recuperación?

El tema de género es muy interesante. Mucho. Muy interesante. Me alegra mucho que lo abordes porque ¿Qué pasa?

En este tipo de adicción, las apuestas, es más común en hombres, vemos aproximadamente un 90% de pacientes hombres y muy pocas mujeres, pero, en realidad, no sabemos si esto es que realmente hay un porcentaje tan bajo de mujeres que acuden al juego o es que no acuden a la atención psicológica. Porque se han hecho investigaciones en las que se ha visto que las mujeres tienen un doble estigma: Por ser adicta y ser mujeres. Es como si a nivel social se asociara más esta adicción a un varón y, por lo tanto, es como si todavía, el hecho de decir “está mal visto una adicción”, está peor el “ser una mujer”. Es una estigmatización social muy fuerte.

Muchas de ellas te lo expresan, no asistían, no lo decían o tenían muchísima vergüenza. Entonces, ¿qué es lo que pasaba? Pues que tardaban más en pedir ayuda. Otra situación a la que se enfrentan cuando vienen es que muchas deciden ir a un tratamiento individual porque es un tema más adictivo, no hay comorbilidades y es apta para el grupo, pero a lo mejor llegan al grupo y se encuentran que es la única mujer, entonces ven que no tienen nada en común, les da vergüenza expresar. Entonces, muchas de ellas se llevan a nivel individual. Son pocas, pero sí que enfrentan este tipo de cosas: Primero, el estigma, el no querer decirlo a nadie, las dificultades para llegar al punto de pedir ayuda. Segundo, llegan y es un grupo de todo varones, que expresan cosas diferentes a las mías, “yo lo vivo diferente”, entonces, claro, también hay que comprender. Por eso, muchas veces tienen un tratamiento individual.

Otra cosa importante a nivel de género, hay investigaciones desarrollándose en eso, es que puede haber casos muy graves. O sea, por ejemplo, se empezó a ver que los varones tardaban un poco más en convertir una actividad recreativa a una conducta adictiva. Esto sucedía

coincidiendo con un evento vital muy importante. Por ejemplo, había alguien que llevaba 5 años jugando al póker con amigos, de repente se afronta a un despido, o a una separación, el fallecimiento de alguien y, de pronto, se instaura la adicción. En cambio, vienen mujeres que les dices “¿cuándo empezaste a jugar?” Y te dicen “hace tres meses”. Es decir, el cambio es rapidísimo, en menos de un año, algo que empezaron a hacer por curiosidad o que te apetecía por un poco de distracción y, en poco tiempo, en menos de un año, llega a ser una adicción. Entonces, esto en el caso de la mujer es mucho más rápida. Cuando hablamos de qué puede contribuir a la severidad de una adicción, también hablamos de esto, ¿no? Lo rápido que se instaura y claro, que se afrontan a todos estos retos a nivel de género.

No por eso quiere decir que tengan menos probabilidades de recuperarse, sino que somos conscientes a nivel de apoyo hospitalario y que tenemos que adaptarnos a ellas.

8. Como profesionales, ¿de qué manera tenéis presente la perspectiva de género y las diferentes realidades existentes?

Influye en el tratamiento en ese sentido, por ejemplo, que no se sientan tan cómodas en el grupo. Por ejemplo, las motivaciones de la adicción pueden ser totalmente diferentes. A lo mejor, ellas dicen “es que estaba sola, triste, aburrida” y empieza a hacer una conducta adictiva. Muy diferente a lo mejor de un chico que dice “a mí me gusta la expectativa, el vivir algo diferente”. Aunque se está trabajando, porque hay esta perspectiva de género, aunque no esté en el manual del libro, sí que se tiene en cuenta.

Es una realidad a la que nos enfrentamos cada día y debe tenerse en cuenta para que el tratamiento pueda ser efectivo. Si las dejamos en un grupo en las que no se sienten nada en común, probablemente, abandonarán. La perspectiva de género, aunque no esté escrito “si es una chica lo haces de esta manera”, las clínicas tienen años de experiencia y pueden ir ajustándose.

Las siguientes preguntas tienen la finalidad de entender vuestra percepción como profesionales en torno al apoyo de la red relacional (amistades, familiares, etc.) de las personas afectadas por el juego en su proceso:

9. ¿Cómo percibes la implicación de la red relacional (y familiar) de las personas afectadas por el juego en su proceso de recuperación?

Esto depende de cada persona. Hay personas que llegan teniendo una red de apoyo y personas que llegan teniendo nada, 0 vínculos. De hecho hay gente que empieza con la conducta porque no tenía otra cosa. Hay otras personas que no, ya tenían un vínculo, tenían todo a su alrededor y de pronto llegó a la adicción, se instauró y los vínculos se fueron rompiendo, o cierto distanciamiento. Esto es muy particular, depende mucho de la persona.

Lo que te decía, no podemos influir más allá. Sí que se busca, lo ideal es que venga un coterapeuta. Esto ayuda también a fortalecer vínculos, en el caso de la pareja, a que sienta ese apoyo, compromiso, a que se restauren también nuevas vidas. A veces viene la vereda de “no, es que ya no le tengo confianza, porque hay muchas mentiras, me dice una cosa, pero en realidad está jugando, he visto que tiene deudas...” Entonces, se restaura un poco el vínculo, aunque no sea totalmente el objetivo terapéutico, pero lo que te decía, siempre se va a buscar que la persona vaya a mejor, incluso en este tema social, pero desafortunadamente, como centro hospitalario, no puedes influir más allá.

Puede que busques, junto a él, en el proceso de recuperación, que la persona recupere otras actividades. Por ejemplo, un control de estímulos, pues quizás no tenemos que ir al casino y hacer vínculos de otra manera.

Se busca que la persona vaya recuperando, incluso es parte del proceso terapéutico. Algunos lo logran, otros no. Podemos motivar a la persona, pero hay cosas que no están en nuestro control. Hay circunstancias complicadas, muy duras, que por ejemplo quizás han migrado y están verdaderamente solos, o personas que toda su red de apoyos rodeaba el círculo de la adicción y tiene que hacer una modificación de esto. Hay personas rodeadas de gente, pero están totalmente aislados. Hay un sinfín de situaciones. Siempre se va a buscar que la persona vaya a recuperación, incluso de todas estas situaciones a nivel familiar, pero mira que muchas se escapan de las manos.

- **Entiendo que consideráis muy importante la red, y que hay un punto en el que no podéis acceder más al entorno de la persona. ¿Crees que podría ser interesante una figura puente entre el recurso/institucional y la persona para poder generar una red social que fuese compatible? Por ejemplo, la educación social cada vez está más presente en la salud mental. ¿Sería compatible con el tratamiento para el juego patológico?**

Esto sería lo ideal si lo pudiéramos tener. Los pacientes, como te digo, hay un sinfín de circunstancias, entonces, probablemente, necesitan algo más de lo que se puede llegar aquí. El problema es que a nivel de recursos no se puede, es complicado ir más allá de las soluciones médicas. Hay ahí una institución, un tema de recursos institucional, pero claro, muchas veces no podemos llegar más allá. Este vínculo, este puente, sería ideal. Si se planea de una manera que la persona pueda buscar compatibilidades con su proceso terapéutico, yo lo veo como algo positivo. Claro que sí.

10. ¿De qué manera se aborda la construcción o consolidación de red en los casos que sea necesario hacerlo?

Contestado con anterioridad: Limitación como hospital para aconsejar más allá por la falta de control de estímulos.

11. ¿Cómo de importante consideras que es la intervención para la creación de red de apoyo?

Contestado con anterioridad: Importancia de los vínculos y el coterapeuta.

Por último, me gustaría hacerte unas preguntas relacionadas con el juego online, para poder conocer qué percepción tenéis en torno a los sentimientos encontrados en estos casos:

12. ¿Qué diferencias, en el ámbito de sentimientos, detectas entre personas que juegan online o presencial?

No, a nivel de sentimiento de todo el proceso, no hay mucho cambio. Lo que si vemos es que el juego online desarrolla una adicción más rápida. Lo mismo que te decía, una adicción al casino, a las máquinas, etcétera. Puede tener un promedio de 5 años como actividad recreativa y después irse a un tema adictivo coincidiendo con una situación vital. En el caso del juego online no. No es necesario una situación vital estresante, que va mucho más rápida. El proceso emocional se vive de manera más rápida, porque, de hecho, las diferencias del juego presencial y el juego online. Todo lo diseñado online tiene muy fácil acceso. ¿Qué quiere decir? Que no es lo mismo que la persona vaya a un bar, que está abierto a determinadas horas, a que la persona vaya a tener en su móvil 24/7 acceso a todo lo que está haciendo.

Todo lo que se hace online da una falsa sensación de seguridad, es como “nadie lo sabe”, entonces “no estoy yendo a un casino”, “no debe ser tan malo”, ¿sabes? Entonces, es como que muchos comienzan diciendo que empezaron con la actividad porque les parecía más inofensiva. Pero claro, ¿cuál es el problema? El proceso adictivo funciona así, imagínate que cada vez que hacemos una actividad placentera, por ejemplo, comer, empieza una actividad cerebral que se llama proceso de recompensa, y nos da este sentimiento de “que bien, he comido algo rico”. Pues todo este proceso adictivo lo que hace es que nos sobreestimula este proceso de recompensa, genera constantemente esta satisfacción de conseguir algo o de haber tenido una sensación placentera o de haber experimentado algo positivo y lo sobreestimula. Esto es lo que hacen las adicciones.

En el caso de una adicción online imagínate... Esa sobreestimulación es a un nivel mucho mayor. En cuánto tiempo, una hora, ¿cuántas apuestas puedes hacer online? Ya ni siquiera necesitas estar presencial en un casino ni pasar tiempo delante de una máquina tragaperras. En ese momento, en una sola hora, puedes exponer a tu cabeza a un sinfín de sobreestimulación y eso hace que se desarrolle más rápido el proceso adictivo. Todo lo que es online, no es que per se sea adictivo, sino que tiene las puertas abiertas para que se pueda pasar a una adicción y el proceso sea mucho más rápido y volátil.

13. ¿De qué manera se aborda la posible realidad de aislamiento de personas afectadas por el juego online?

Sí, genera mucha más sensación de aislamiento porque la propia conducta es aislante, ¿sabes? Si pones a mirarte el móvil, una red social 10 minutos, ya haces una desconexión del entorno. Es algo que nos pasa a todos, pero cuando una persona está desarrollando una conducta potencialmente adictiva o está generando una adicción, se da un aislamiento total, se desconecta del entorno. Cuando es presencial sí que hay una sensación de aislamiento, sí que hay un aislamiento en la separación de la familia y tal, pero una persona que lo hace online puede estar en el entorno de trabajo, en la escuela, en las pausas de comida, puede estar incluso durante una clase y estar focalizado en la conducta que está realizando.

El aislamiento, tanto real como la sensación, es mucho mayor (en los casos online).

- ¿Cómo lo abordáis?

Es lo que te comentaba, el tratamiento es estandarizado, pero sí que tenemos la conciencia del juego. No solo el juego, sino toda la conducta online, es mucho más adictiva, más rápida y,

por lo tanto, se instaura una adicción de forma más rápida. Se hace el mismo control de estímulos que se hace en presencial, entonces, claro, a lo mejor la persona no se puede quedar sin móvil, pero sí que puede hacer una autoexclusión, sí que puede hacer un control de móvil, sí se pueden hacer algunas cosas, pero el acompañamiento va a seguir la misma línea.

El tema es que entre más tenemos conciencia de cómo se generan las adicciones, qué es más adictivo, y que es más duro, nos ayuda a implementar cuestiones de intervención. Por ejemplo, en cuestiones online hay perfiles más jóvenes, porque lo tienen más a mano. Hay que desmitificar esto de que es “inofensivo”, hay un peligro real. Para eso, nos va ayudando, es una de las funciones.

Hasta aquí la entrevista por mi parte. ¿Te gustaría aportar alguna idea más que pienses que es relevante y no te he preguntado?

Hacer conclusiones de lo que hablaste, sí que sería interesante encontrar una figura puente, sobre todo que acompañase a la gente que viene de situaciones más vulnerables y carentes de esta red social. Por otro lado, el tratamiento ha de ser dirigido a la adicción, aunque no es una sustancia, sino que hay una serie de situaciones que han de abordarse y realizarse. Es decir, un tratamiento normal, no dirigido a la adicción, puede ayudar a la persona, pero no romperá ese círculo si no va dirigido a ello. Por eso insisto tanto en que hay fases del tratamiento que deben llevarse sí o sí.

Hay fases del acompañamiento a donde nosotros no llegamos, que es lo social, con vosotros sería ideal.

Lo último que me gustaría comentar es que este tipo de actividades que vosotros hacéis, estas entrevistas, que nosotros damos, van un poco con la idea de poder generar conciencia. Ya sea a través de la exposición del mismo, etc. Realmente, pueden parecer actividades inofensivas porque son conductas, “no me estoy fumando un porro”, pero hay un peligro dentro de la conducta en sí. Está reconocido que van a generar esta misma sobreestimulación cerebral y es totalmente potenciabile adictivo, no es una conducta inofensiva. Entonces, si se genera conciencia sobre vosotros y vuestro entorno, eso está muy bien.

El tema de las mujeres, lo que tú decías, quitar ese estigma. Sean mujeres o varones, se tiene que saber que siempre se puede buscar apoyo, pero en el caso de una mujer, es mucho más importante porque muchas veces el estigma impide que se acerquen o digan las cosas hasta que realmente hayan venido por situaciones muy tristes y malas.

La idea es esta, que se pueda difundir el que como mujer puedas encontrar esa red de apoyo, buscar ayuda a tiempo, que no son actividades inofensivas y que hay lugares a los que puedes acudir y recuperarte de la adicción.

Quería agradecerte tu tiempo, paciencia y colaboración en este proceso. Gracias por tu trabajo y tiempo.

9.11. Annex 11: Transcripció entrevista 4

Participant 4:

Preguntas de la entrevista

Primero te haré tres preguntas relacionadas con tu percepción como profesional sobre el sentimiento de soledad en personas afectadas durante el proceso de adicción al juego:

1. ¿Qué factores habituales a tener en cuenta en el acompañamiento para la recuperación del juego patológico te encuentras?

A ver, lo que tenemos en consideración cuando trabajamos con el juego patológico es un poco, por un lado, el contexto social que tiene esa persona. Es decir, el contexto social incluye, por un lado, la familia, el trabajo, la dinámica, estructura y la cultura que él tiene. Evidentemente, luego se identifica si hay alguna patología psiquiátrica. Hay una parte en la que tiene que establecer si hay alguna patología de base o se ha desarrollado alguna patología psiquiátrica. Hay datos que se ven y a veces que no se ven y que empiezan a salir cuando aparece el juego o salen como síntoma después de la sustancia (en caso de adicciones con sustancia). Luego está la parte educativa, que es la que nosotras trabajamos, el equipo educativo. Es la parte de hábitos. El juego patológico está muy ritualizado, que es la parte que nosotros trabajamos sobre todo.

... Ya se me ha olvidado de qué iba la pregunta... (ríe)

La historia de vida lleva un poco la parte psicológica. El aquí y ahora lo llevamos nosotros, qué es lo que pasa y qué es lo que va a pasar cuando salgas de aquí. Ten en cuenta que aquí se les aísla para que no tengan esos estímulos de afuera y se puedan centrar en ellos mismos. Aislarse implica de su espacio, familia y de su entorno para que puedan centrarse en ellos y ellas. A esto le llamamos unidades terapéuticas. Además, trabajan a nivel comunitario porque hay personas que tienen la misma problemática que ellos, entonces eso, el crear el grupo hace que se dé un “mira, me pasa lo mismo que a ti, no me estás juzgando”, “a mi me pasa lo mismo que a ti te pasa”.

Y también el ambiente familiar y social que le rodea fuera para después montar una estructura terapéutica con ellos y saber lo que comentabas tú, si hay una red de apoyo, si puede volver a casa, no volver a casa. Bueno, tener en cuenta todos los factores ambientales

que rodean a la persona, tanto familiares como sociales, para poder ayudarles. Eso es un factor bastante importante a la hora de empezar a trabajar.

2. ¿Qué elementos posibles destacarías como facilitadores en la aparición de un sentimiento de soledad en las personas a quienes acompañas?

A ver, para empezar el juego, normalmente es una dinámica que se realiza de manera sola e individual. Para empezar, el juego online es algo totalmente secreto y aislado porque nadie se entera. Hay 24 horas de servicio. Es algo que se puede hacer de manera totalmente discreta.

Luego, hay una cosa que no sé si has oído hablar... ¿Has oído hablar de la zona?

No...

Vale, cuando una persona... Te pongo un ejemplo. Las máquinas tragaperras. Cuando una persona se tira horas y horas y horas jugando, se mete en una etapa que se llama la zona, es decir, esto y sólo hay esto (*haciendo referencia a la máquina tragaperras*) y esto se da en solitario. Esto es lo que pasa con el tema de las adicciones. Por eso no hay luz, ¿tú sabías que no hay luz natural, ni ventanas ni relojes? Precisamente para eso, para que se pierda la noción del tiempo. Para que la gente se meta en la zona y no salga de eso, es algo totalmente en solitario, mientras estoy jugando mi cabeza no piensa y yo no siento. Si ese sentimiento de soledad lo tengo, ya lo voy a dejar de tener, porque no le voy a dar lugar, voy a estar centrada en el juego, en el juego, en el juego...

Entonces, el tema del aislamiento, ¿crees que todo esto influye a que se aísle de su entorno y opte por un proceso de recuperación?

Claro, cuando una persona tiene un sentimiento de soledad, pero es un sentimiento muy profundo, lo que hace la sustancia o el juego, es tapar aquello que lo genera. Si yo conecto con el malestar, un malestar que no me gusta, yo descubro que a través del juego (o una sustancia), eso lo tapo, se anestesia, lo tapo y ya no sufro. ¿Qué es lo que hace el juego? Hace eso. Luego, por otro lado, te vas aislando mucho más. Por lo tanto, es una pescadilla que se muerde la cola: Me siento mal por lo que hago, pero como me siento mal juego para no sentirme mal. Y me voy aislando mucho más. Todos los consumos, incluyendo el juego, al principio se empieza en grupo, por diversión. Al final, todo el mundo lo acaba haciendo en solitario sin que nadie se entere, por vergüenza, por miedo, porque empiezo a tener deudas,

porque no quiero que se entere mi familia, llevo 24 horas sin dormir en mi habitación sin que nadie se entere...

3. ¿De qué manera se aborda el acompañamiento de los casos donde la persona acompañada manifiesta o muestra sentimiento de soledad y/o aislamiento?

Desde el área de psicología se trabaja, por supuesto, es decir, qué pasa cuándo conectan con ese sentimiento de soledad. Eso hay que trabajarlo, por supuesto. No hay que dejarlo, porque puede ser, me siento solo o, no me gusta estar solo. Aquí hay dos cosas que pueden ser, hay un matiz enorme. Cuando una persona se siente sola, es algo muy grande que hay que trabajar. Eso se trabaja desde el área de psicología y del área educativa. En el área educativa se aprenden estrategias para socializar, para empezar a salir al mundo exterior, para empezar a trabajar de una manera ordenada, a gestionar el dinero... Ese es otro tema, una persona que se ha gastado todo el dinero que tiene, y el que no tiene, es muy difícil volver a estructurar todo eso y que sea un desencadenante para volver a jugar (el factor económico), que siempre lo es. Entonces, hay una parte psicológica a trabajar con el sentimiento de soledad, y luego la parte educativa de ir, con la práctica y el día a día. Ese sentimiento es una sensación más profunda que se trabaja desde el área de psicología. A veces, se confunde la soledad con la sensación de vacío. Si quitas la sustancia, quitas el juego... Aparece un vacío insoportable que estás acostumbrado a tapar cuando jugabas o cuando consumías. Entonces eso es un poco complicado.

El factor que también puede influir mucho es cuando aparece una patología mental... ahí la película cambia mucho, porque estamos añadiendo unas dificultades aparte de la propia adicción o el sentimiento de soledad que le pueda haber provocado la adicción, etcétera, que se tengan que estabilizar y, a veces, o muchas veces, vienen con unas dificultades tan grandes que tenemos que reducir lo máximo la problemática fuera, pero aquí le va a acompañar esta dificultad, entonces trabajamos más limitados que con una persona que no tenga una patología mental. Las dificultades incrementan.

En el día a día, por ejemplo, ¿qué técnicas usáis para ir generando este proceso?

Es que, cada paciente es un mundo.

¿Hacéis el acompañamiento a nivel individual o grupal?

De las dos maneras, individual y grupal. Aquí, cuando entra un paciente, tiene un referente que es el socioterapeuta (bueno, el educador), el psicólogo y el psiquiatra. Estas tres personas son las referentes que le llevan a nivel individual. Nos reunimos, vamos pasando la información, hacemos un plan educativo, con objetivos terapéuticos que vamos viendo si pueden cumplir o no... Y después está la parte comunitaria, que los dan los mismos profesionales a los pacientes, es la otra parte del tratamiento. Lo que pasa en comunidad, que parece que muchas veces no se tiene en cuenta, a nosotras nos da muchísima información para trabajar con el paciente: el comportamiento que tiene, si destaca mucho en la comunidad (o no), si le cuesta socializarse, si tiene problemas de memoria, de organización, de higiene, o sea, todo esto lo tenemos muy en cuenta a la hora de trabajar individualmente con el paciente. Si que abarcamos el tema familiar, sobre todo los socioterapeutas, cada semana llamamos a las familias para dar información de la evolución del paciente y, de paso, reeducamos, damos estrategias a las familias para después cuando salga el paciente, poderlo ayudar. Hacemos también reuniones familiares con el equipo y con las familias. También hay terapias familiares con una persona externa al equipo del paciente para que pueda trabajar con la familia.

Pero cada persona y cada paciente es un mundo. A veces se puede trabajar y son un apoyo incondicional y, otras, la red de apoyo no está. Cuando no está, la tenemos que intentar construir desde lo público o desde lo privado, dependiendo cómo está la situación económica del paciente, para que haya algo fuera de sostén cuando el periodo de ingreso, que tiene un límite, pues termine y salgan fuera.

A continuación, formularé tres preguntas vinculadas a los sentimientos que detectáis en el proceso de adicción al juego, así como en la implicación en el proceso de recuperación, según vuestra experiencia como profesionales:

4. ¿Qué sentimientos manifiestan, bajo tu percepción, las personas usuarias durante las diferentes fases del proceso?

Los que más, más, más... Frustración, culpa (cuando empiezan a tocar de pies en la tierra), porque se dan cuenta de toda la mierda que han dejado fuera, la realidad, una bajísima tolerancia a la frustración. Esto es común en todos. Muchísima impulsividad, esto también es prácticamente común en todos, y luego aparecen picos de tristeza y también de euforia, que es de donde toman decisiones más impulsivas. Van en picos, hay periodos que suben mucho y periodos en que bajan más todavía. Todo lo que sube, al final baja.

Tanto uno como otro, son factores de riesgo ante una recaída cuando salen. Si no se ha trabajado bien, son riesgo de recaída.

5. ¿De qué manera influyen los sentimientos de las personas afectadas por el juego en su proceso de recuperación y en su implicación?

La frustración, por ejemplo, les hace querer abandonar. Están acostumbrados a que todo les salga de la manera que ellos quieren, cuando quieren y como quieren. Y ya. Lo quiero para ayer. Entonces claro...

Cuando aparecen límites, es como el detonante más común. Cuando empezamos a decir: No móvil, no salida, no haces esto, no haces lo otro, esto ahora no toca, es cuando la mecha se acaba más rápido. Es la frustración.

¿Eso cómo lo gestionáis?, cuando alguien os dice... “me quiero ir”

Con la intervención verbal.

Contención verbal sí...

Qué puedan decir y entender por qué se quieren ir...

Hay una parte muy importante también que es la vinculación con el paciente. Nosotras estamos aquí de lunes a viernes 8 horas con los pacientes que están ingresados y los vemos prácticamente todo el día. Entonces, vas creando un vínculo profesional con el paciente, por lo tanto, a unos les abordas de una manera y a otros de otra según las características que vayamos viendo de ellos. No con todos te puedes poner “No, no te vas a ir, y punto!”, es decir, que te pones firme y sirve, y hay otros a los que esto no les sirve, tienes que encontrar un lugar mucho más pasivo, calmado, desde la escucha, vas a dar una vuelta... Hay muchas estrategias.

O desde la negociación también...

Entiendo que allí están internos, ¿cuánto es el tiempo de estada?

Intentamos que sean 4 meses.

Claro, y entra el factor económico.

Justo es lo que te iba a preguntar, ¿de cuánto dinero estamos hablando?

Somos, creo, la clínica más barata y más cara, creo, ¿no? Hay un baremo muy amplio. Precios no controlamos, pero hay para todo según el factor económico, pero al final, claro, es un gasto que se tiene que tener en consideración.

Dependiendo lo que se quiera (o pueda) gastar la familia o el paciente, es una cosa, y la otra es el ideal para nosotras, que es que un tratamiento sea de 4 meses y, dependiendo de las patologías o dificultades, va incrementando a 7-8... Y hay salidas, no siempre está ingresado aquí. Hacen salidas a casa, con la familia... En las unidades terapéuticas vemos la evolución del paciente.

6. ¿De qué manera se abordan las situaciones emocionales y sentimientos aparecidos durante el proceso?

Toda la parte emocional se tiene que trabajar, precisamente lo que hacen es consumir para anestesiar y no sentir. Entonces, tiene que haber un trabajo a nivel emocional enorme, desde todas las áreas (psicológica, médica y educativa) porque a lo mejor están bien por la mañana, les pasa cualquier cosa, se frustran y ya empiezan a gestionar mal la frustración y lo arrastran todo el día. La frustración normalmente se trabaja desde la parte más educativa, porque nosotras ponemos mucho los límites. Pero donde más se frustran es en la parte conductual, es decir, cuando trabajan, que hay otras maneras de gestionar eso que les está pasando. En el momento que tú, das golpes, gritas, agredes, huyes... eso es una mala gestión emocional de lo que te está pasando. Entonces, lo primero que tienes que hacer es tipificar aquello que te está pasando, ayudar y educar o enseñar a ponerle nombre a aquello que les pasa, identificar. Una vez le pone nombre, entonces ya viene enseñar a regular y resolver el conflicto de otra manera a la que estaban acostumbrados a hacer. Es un trabajo de pico y pala, a diario. Hay momentos en los que están bien, momentos en los que tienes que apretar un poco más... Momentos en los que dices un NO y te montan un pollo que madre mía, como las rabietas de los niños pequeños. Tienes que entender a unos sí...

Pero es un trabajo que tiene que estar, en todas las etapas del proceso debe estar.

Y el educador en este caso es el que está siempre en primera fila en cuando a las crisis en comunidad. Somos la primera persona que aparece para un sostén de este tipo, que normalmente sale de la impulsividad, “me quiero ir”, “me agredo” o “abandono tratamiento”. Nosotros somos los primeros del equipo que hacemos esta intervención, de contención. Cuando ya podemos regular un poco o calmar esto, si hemos podido solos, perfecto, y, si no,

acudimos a las otras áreas, pues ya podemos trabajar desde la calma. Porque cuando está en el momento del pico, en ese momento no se puede trabajar ni contener.

Entonces, forma parte del proceso de recuperación.

Claro, es la parte fundamental.

En mi trabajo, me gustaría considerar la realidad del juego patológico teniendo en cuenta el género de la persona, ya que muchas veces la realidad femenina queda olvidada o más invisibilizada en las investigaciones. Por este motivo, os haré dos preguntas relacionadas con las posibles diferencias entre hombres y mujeres en los sentimientos surgidos durante la adicción al juego.

7. ¿De qué manera se abordan los casos teniendo en cuenta el género de la persona, así como las posibles diferentes casuísticas existentes que dificultan el proceso de recuperación?

Para empezar, entran menos mujeres que hombres. El incremento de mujeres con TLP despunta más que los hombres. La media aproximadamente será de unos... Bueno, es que está cambiando. En estos últimos 3-4 años, la población que entra cambia bastante.

El tratamiento es el mismo, pero sí que hay una aparte con las mujeres que hay que trabajar más que es la parte de protección del sexo, del cuerpo... porque muchas vienen, sobre todo, con trastorno de alimentación, que no tanto con los hombres, solo con las mujeres, entonces tenemos otro añadido más.

Y la vulnerabilidad, la vulnerabilidad hacia el maltrato, violencia de género... Muchas vienen con violaciones de familiares, maltrato, abusos, sí, sí... El 80% de las mujeres vienen así.

Y, en el tema de juego ¿es lo mismo?

Es que en tema de juego no vienen muchas mujeres, fíjate. Vienen más hombres. Van llegando poquitas. Más mezclado juego y alcohol, pero en el juego solo mujeres... poquitas. No llegan, pero que las hay, sí. Además de mediana edad, otro perfil.

La mayoría que vienen de juego normalmente vienen del juego y otra sustancia: cocaína-alcohol-prostitución-juego va muy ligado. De juego solo vienen, pero es la minoría.

8. Como profesionales, ¿de qué manera tenéis presente la perspectiva de género y las diferentes realidades existentes?

La parte educativa creo que es la misma, lo que cambia es la situación de vida, más de la parte psicológica de las cosas que ha vivido o la parte psiquiátrica, por ejemplo el a TLP de mujeres con problemas de adicción.

Por lo tanto, hay otros factores, no tan dentro de lo educativo, del abordaje del juego, que creo que en hombres y mujeres es el mismo, sino en otros factores que le influyen en su historia de vida. No tanto, en el juego.

Las siguientes preguntas tienen la finalidad de entender vuestra percepción como profesionales en torno al apoyo de la red relacional (amistades, familiares, etc.) de las personas afectadas por el juego en su proceso:

9. ¿Cómo percibes la implicación de la red relacional (y familiar) de las personas afectadas por el juego en su proceso de recuperación?

La familia es superimportante y la red social es fundamental. No es que sea importante, es que es básica, porque la familia tiene que entender que esto es una enfermedad. Cuando entiendan que es una enfermedad, entenderán que muchas cosas que hacen, que gestionan o que solucionan de una manera o tienen comportamientos “X” que no entiende nadie, empiezan a entenderlo. Una vez comienzan a entenderlo, a la familia se les da pautas. Se les tiene que dar pautas desde el principio. La familia tiene que formar parte del equipo, en el sentido que se les tiene que mantener informados para que, cuando salgan, sepan cómo actuar. Por ejemplo, ellos están muy acostumbrados a mentir y manipular, porque es así, forma parte. Uno de los comportamientos adictivos es empezar a mentir y manipular. Si tú a la familia no le enseñas que cada vez que pida dinero va a ser siempre base para jugar, la familia tendrá tendencia a moverse por la pena, la compasión, entonces conseguirá el dinero. Por eso, a la familia tiene que aprender a decir que NO y que no pasa nada por decirles que no a sus familiares.

Esto es algo que tiene que ver, porque un proceso terapéutico la familia te lo puede tirar por la borda. Puedes estar aquí haciendo un trabajo con la persona tremenda y llegar la familia y tirarlo por la borda. A veces la familia es más tóxica que el propio adicto.

Hay una cosa muy importante, yo trabajo la parte de prevención de recaídas y trabajo mucho el entorno en el que se mueven, el tema amigos. Y les enseño mucho, mucho, muchísimo, a detectar qué es un amigo y qué es un colega. Hay una diferencia tremenda. Si quitas todas esas amistades que tienes, sobre todo en edades muy tempranas, hay una sensación de vacío de quedarme solo muy grande, pero tienen que entender que eso forma parte de la renuncia y del proceso, que es que, durante toda la fase de cuando salgan hay que dejar muchas cosas por el camino y, una de ellas, son las amistades tóxicas.

Luego, siempre es importante que cuando acaba el proceso y les dan el alta, tienen que tener un seguimiento individualizado, cuando salgan. En la red de apoyo tiene que haber familiares, tiene que haber amigos (no colegas) y tiene que haber terapeutas. Esta tiene que ser su red de apoyo.

10. ¿De qué manera se aborda la construcción o consolidación de red en los casos que sea necesario hacerlo?

La construimos.

Y ¿qué estrategias utilizáis? Antes me habéis comentado que por lo público y privado, pero ¿a qué os referís?

Centros de día, pisos tutelados, terapia, grupo de apoyo.

¿Hacéis la derivación vosotras?

Sí, exacto.

11. ¿Cómo de importante consideras que es la intervención para la creación de red de apoyo?

Totalmente necesaria e imprescindible,

Por último, me gustaría hacerte unas preguntas relacionadas con el juego online, para poder conocer qué percepción tenéis en torno a los sentimientos encontrados en estos casos:

12. ¿Qué diferencias, en el ámbito de sentimientos, detectas entre personas que juegan online o presencial?

Claro, es diferente. En un casino estás expuesto, en tu casa no. Y además, no hay desplazamiento, por lo tanto, hay más tiempo de juego. Y un casino, pues tiene muchos más estímulos.

Yo creo (a nivel de sentimientos) que es exactamente lo mismo, pero si que el juego online es más aislamiento todavía. No salir de tu casa para nada.

Puede haber al principio una falsa imagen de que no se sienten solos porque están saliendo de casa, están yendo a un sitio con más gente, etcétera. Pero lo que es internamente, lo que es más psicológico, yo creo que es lo mismo.

13. ¿De qué manera se aborda la posible realidad de aislamiento de personas afectadas por el juego online?

La intervención es exactamente la misma.

Por ejemplo, antes me habéis comentado el tema de “quitar el móvil”, ¿es una medida para jugadores online?

No, a todos. Es un tema educativo. El móvil aquí se usa de forma puntual para videollamadas con familiares, en caso de que tenga una empresa y necesite chequear algo... Hasta el final del proceso, intentamos que no lo toquen mucho. El móvil en una comunidad, sea de juego o de adicción, es un peligro, un acceso directo a la familia, camellos, a los juegos online, al banco... Es un peligro.

El perfil de personas, ¿es distinto?

Normalmente los de juego online son más jovencitos, porque, evidentemente, tienen más acceso y porque no quieren que nadie les vea.

¿De qué edad promedio estamos hablando?

Hay chicos que con 28 años ya están enganchados a las apuestas online. Del otro perfil son más mayores, ya invierten en bolsa, lo de las criptomonedas también se está dando mucho...

Hasta aquí la entrevista por mi parte. ¿Te gustaría aportar alguna idea más que pienses que es relevante y no te he preguntado?

Las educadoras, integradoras, somos las primeras en el campo de batalla. Aquí tomamos muchas decisiones nosotras como primera opción, incluso por delante de médicos y psicólogos, somos el referente para todo. Todo al socio.

Al menos, en esta clínica, la figura del educador tiene un peso muy grande en el tratamiento.

(Inicia conversación informal)

Quería agradecer tu tiempo, paciencia y colaboración en este proceso. Gracias por el trabajo y tiempo que me has dedicado.

9.12. Annex 12: Transcripció entrevista 5

Participant 5:

Preguntas de la entrevista

Primero te haré tres preguntas relacionadas con tu percepción como profesional sobre el sentimiento de soledad en personas afectadas durante el proceso de adicción al juego:

1. ¿Qué factores habituales a tener en cuenta en el acompañamiento para la recuperación del juego patológico te encuentras?

A ver, en un primer momento, cuando el paciente llega a consulta, hay que explorar todas las áreas. Por un lado, ver, evidentemente, si hay un problema adictivo, si hace un uso, abuso o realmente hay una dependencia respecto al juego. Esto como incidiendo directamente en la problemática en cuestión. No obstante, ya se exploran el resto de áreas, que van a ser fundamentales en todo su proceso. En este caso, pues ver qué familiares tienen, qué apoyos sociales, si la persona está casada, si tiene hijos, o no. Quizás hay casos en los que la persona pues... No hay familia y también se intenta explorar si tiene amistades y gente de apoyo a su alrededor.

Luego también, pues cómo afecta el juego a las relaciones familiares y sociales, cómo está afectando en la economía, posiblemente llegan con muchas deudas (sean a familiares o a amigos, o al banco). Evidentemente, si es con familiares o amigos, hay que explorar cómo de deterioradas están las relaciones y qué posibilidades tenemos. Bueno y, además, habrá que explorar si hay algún trastorno psicopatológico asociado, porque puede haber trastornos comorbidos y quizás hay ahí una adicción a sustancia.

Es importante ver qué motivación para el cambio tiene, si es realmente consciente de que tiene un problema... Ehh... Cuando suelen llegar es porque han tocado fondo. Quizás no lo ven del todo, pero empiezan a ver que tienen un problema más allá. Puede ser el entorno quien le empuja a pedir ayuda, entonces, como factores habituales, el paciente ya suele llegar con un desgaste, con una mochila detrás de malas relaciones familiares, de pareja... la economía totalmente repercutida... Y bueno, en un primer momento se explora todo esto y vemos qué se puede hacer.

2. ¿Qué elementos posibles destacarías como facilitadores en la aparición de un sentimiento de soledad en las personas a quienes acompañas?

Bueno, pues al final el que es adicto al juego puede empezar a jugar de una manera... crees que juega de una manera social: juega en el bar, echa una moneda a la máquina tragaperras, ¿no? Está con la gente. Lo vive de una manera social cuando esto, realmente se convierte en un problema y acaban jugando solos, porque hay vergüenza y también porque la adicción es tan alta que su única idea y pensamiento es seguir jugando. Entonces, claro, la aparición del sentimiento de soledad a veces puede ser real y a veces no, a veces es el propio aislamiento que adquiere el paciente por ver que no está haciendo las cosas bien y ver que hay un problema y, por lo tanto, se aísla él mismo. Pero por lo general, hay un sentimiento de soledad también cruzando en las discusiones con los familiares, amigos... por temas de deudas, por un tema de que las relaciones sociales se dejan de lado, en el hogar (depende si la persona tiene pareja o no) hay muchos conflictos, discusiones, pasa mucho tiempo fuera de casa y, por lo tanto, no cuida ni la relación o hijos si tuvieran, y todo lo que conlleva.

Entonces, como elemento facilitador es la propia adicción que aísla y va apartando. De manera real sí que puede haber un conflicto a nivel familiar y social o es una manera que ellos tienen de justificar su aislamiento: “Bueno, para que no me vean o no se enteren, voy a lo mío y así puedo seguir jugando sin que lo sepan”.

3. ¿De qué manera se aborda el acompañamiento de los casos donde la persona acompañada manifiesta o muestra sentimiento de soledad y/o aislamiento?

A ver, por un lado, es importante (y esto en cualquier tratamiento de adicciones), trabajar con las familias, porque evidentemente cuando llegan pueden estar las relaciones muy deterioradas, puede haber mucho conflicto, hay que ver si el entorno le apoya o no durante el tratamiento, porque tendrá que haber alguien que haga esta función de coterapeuta durante el proceso. Por lo tanto, hay que ver qué posibilidades tenemos de que realmente el entorno acompañe o no.

Entonces, otra manera de abordarlo, aparte de la familia, se trabaja mucho también el sentimiento de culpa que ha validado el “estoy solo porque yo me lo he buscado”. Entonces, se fomenta la autoestima, el crecimiento personal, trabajar en los valores, sus habilidades. Reforzar también esa parte.

Evidentemente, se tienen que responsabilizar de las consecuencias negativas que ha podido tener su adicción, pero más desde la responsabilidad y no desde la culpa. Mediante este crecimiento personal se va reforzando toda esta parte.

Y, por otro lado, fomentar la realización de actividades, es decir, si es una persona que, evidentemente ha eliminado todo su ocio porque ha dedicado todo su tiempo solo a jugar, pues tiene que empezar a aprender a hacer otras cosas, encontrar cosas que le gusten, fomentar el ejercicio donde pueda relacionarse con otras personas... Bueno, digo ejercicio, pero puede ser apuntarse a alguna cosa para que pueda socializar y tenga un entorno distinto al que tenía relacionado con el juego. Entonces, este aislamiento se fomenta de esta manera, haciendo que socialice y que se vincule con otras personas y actividades que nada tienen que ver con el juego.

A continuación, formularé tres preguntas vinculadas a los sentimientos que detectáis en el proceso de adicción al juego, así como en la implicación en el proceso de recuperación, según vuestra experiencia como profesionales:

4. ¿Qué sentimientos manifiestan, bajo tu percepción, las personas usuarias durante las diferentes fases del proceso?

Pues hay muchísimos, muchísimos sentimientos que aparecen... eh... En las fases iniciales hay mucha culpa, mucha tristeza de hasta dónde han llegado por no poder parar, ganas de querer solucionarlo todo muy rápido, cosa que no puede ser. Esto va muy ligado a las prisas y las recompensas inmediatas.

Entonces bueno, una vez pasada esta fase y van pasando días de abstinencia, pasan muchos días de frustración, *craving* (el ansia por jugar aparece), entonces cuando se elimina, todos los estímulos deben controlarse. No se puede ir a bares ni a ningún sitio donde haya juego, los que van ligados al bingo, al casino, pues toda esta parte se tiene que autoprohibir la entrada... Esto genera mucha frustración cuando tienen ganas de jugar y ven que no pueden. Hay frustración, rabia, mucho enfado.

Luego, cuando ven que va pasando el juego y que lo están consiguiendo, tienen como ese momento de motivación, pero claro, el tratamiento es muy largo, entonces, claro, evidentemente se sienten bien, están orgullosos y se fomentan las emociones positivas, pero cuando ven que todavía no pueden hacer ciertas cosas porque el control estimulante es durante mucho tiempo, vuelve la frustración.

Es un vaivén, pero se trabaja mucho con la entrevista motivacional, reforzando muchísimo los avances que se hacen, reforzando las nuevas actividades que pueden hacer, se refuerzan cómo las relaciones familiares o sociales vuelven a extralimitarse, que vean los resultados

positivos. Se va reforzando así, pero los sentimientos son muchos. También depende de cada caso, hay perfiles que son más bajitos y otros más movidos que expresan la rabia con más facilidad, otros que están en un plano más triste, más de bajón, pero esto va y viene hasta que se estabiliza. Estabilizarse requiere su tiempo, hasta que empiezan a saber controlar sus emociones.

5. ¿De qué manera influyen los sentimientos de las personas afectadas por el juego en su proceso de recuperación y en su implicación?

Pues como te decía, es eso. Cuando están en esa parte más motivada porque se sienten mejor, que van recuperando lo que se había perdido, se van estabilizando las cosas, las relaciones mejoran... Hay un aumento de motivación, de seguir adelante, de seguir las pautas que se marcan y las rutinas, pero cuando llega un momento de “oye quiero más porque esto me aburre”, porque claro, al final el “craving”, el ansia, las ganas de dopamina van a aparecer. Pues claro, ahí aparece esa rabia, esa frustración, malestar... Eso sí que puede influir en que haya, no un parón, pero que se resignen. “Pues no quiero hacer esto, no entiendo por qué tengo que estar aquí, por qué tengo que cumplir estas pautas...” Entonces esto es muchísimo acompañamiento porque en unas crisis de estas, sobre todo iniciales, que todavía no hay gestión emocional ni aprenden a buscar maneras alternativas de ver esta situación, pueden irse, puede haber una recaída.

Al final, los estados emocionales intensos son un factor de riesgo para que haya una recaída durante el proceso. Entonces es importante atender a todas estas emociones que van y vienen porque, efectivamente, influyen en el proceso de recuperación, sea estancándose, sea no haciendo bien las cosas y que, por lo tanto, a largo plazo fuese una recaída asegurada, negándose a seguir las pautas por ejemplo. Y... entonces sí que hay que impulsar que cuando ven resultados, lo manifiestan, acompañar siempre esta parte motivacional.

Entonces es eso, va y viene, pero si se acompaña bien, que es lo que hay que hacer y que ellos sean conscientes de cómo las ganas de jugar aprietan de manera indirecta (según sus estados emocionales), ellos mismos aprenden a tener sus propias herramientas y a aplicarlas y a trabajar en consecuencia.

6. ¿De qué manera se abordan las situaciones emocionales y sentimientos aparecidos durante el proceso?

Te lo he ido diciendo también. Toda la situación emocional que va apareciendo durante el proceso se atiende toda. Se debe abordar toda. Es importante.

Aprovecho esta pregunta para comentar que se dice, bueno se dice, hay unos autores que dicen que el 75% de las recaídas se dan entre situaciones concretas. Una es los estados emocionales intensos, los conflictos interpersonales y la presión social. Entonces, dentro de esto, es importante atender todo. Es decir, puede haber una situación emocional potente durante el proceso, pero porque puede ser que un paciente se haya discutido con su pareja. Claro, esto, estando en activo, sin tratamiento, estando jugando, era una situación de riesgo para irse al bar a jugar, por ejemplo, ¿no?

Por lo tanto, es importante atenderlo porque ahora tiene que haber unas estrategias distintas, una alternativa al irse a jugar. ¿Puede haber un conflicto en casa? Sí, pero tenemos que encontrar otras maneras de arreglarlo, aunque sea parar, evidentemente, hay que trabajar en el autocontrol, no entrar en discusiones, porque hay que mantener al paciente lo más estable posible. Pero las cosas aparecen, hay cosas que no están bajo nuestro control y hay que atenderlo, pues igual que si durante el proceso fallece un familiar, por ejemplo, claro, es una situación emocional muy intensa y muy crítica. Es una situación que antes, para evadirse de una situación así se habría ido a jugar, entonces hay que aprender a gestionarlo de otra manera, y lo aprende evidentemente bajo el soporte de los coterapeutas y el equipo.

Respecto a la presión social que comentaba, bueno, esto va más ligado a lo que van por la calle, ven un bar, se encuentran un compañero de juego... Esto se limita, no debes tener contacto con estas personas vinculadas con el juego, pero si vas paseando por la calle y te encuentras a estas personas, va a generar un movimiento en ellos que va a activar todo el sistema de recompensa, porque van a ver a ese amigo como si fuera una máquina. Todo esto se atiende. Al menos, donde yo trabajo, tenemos un teléfono al que pueden llamar y si viven situaciones así pueden contarlo y descargar, y después en terapia trabajarlo también. Pero tienen esa alternativa también para que no pasen solos este proceso, ya que es tan complicado.

En mi trabajo, me gustaría considerar la realidad del juego patológico teniendo en cuenta el género de la persona, ya que muchas veces la realidad femenina queda olvidada o más invisibilizada en las investigaciones. Por este motivo, os haré dos preguntas relacionadas con las posibles diferencias entre hombres y mujeres en los sentimientos surgidos durante la adicción al juego.

7. ¿De qué manera se abordan los casos teniendo en cuenta el género de la persona, así como las posibles diferentes casuísticas existentes que dificultan el proceso de recuperación?

Lo que sí se valora, dependiendo del género, son las variables que les llevan a jugar en este caso. Como marcan los estudios psicológicos que hay actualmente, sí que se ha visto que hay una diferencia que los hombres, cuando empiezan las variables van ligadas a la búsqueda de sensaciones, a la impulsividad, a la recompensa inmediata, el valor que le dan al dinero, quizás... La mujer, en este caso, va más ligado a evadirse de los problemas personales. Entonces, es importante ver cuál es la motivación principal que les ha llevado a eso. Normalmente, en un paciente se explora todo esto, ¿no?, pero si diferenciamos entre hombres y mujeres ya tenemos cierta tendencia a ver si es una cosa u otra, ¿vale?

Esto también pasa con el perfil alcohólico, la mujer siempre suele consumir sola en casa, sin que nadie la vea, con el juego pasa bastante igual. Por un lado, pasa también porque hay un estigma social en el que a las mujeres, en este caso, se las puede juzgar más por este cliché tan antiguo de que hay un vicio, de que son unas viciosas por jugar, mientras que en los hombres sí que se ve como una enfermedad. Esto va ligado, pues bueno, a toda esta parte de que la mujer tiene que ser más responsable, debe tener el rol de cuidadora, no puede hacer estas cosas. Por lo tanto, el sentimiento de culpa de la mujer es mucho más mayor. Entonces, lo que sí encontramos es que resisten más a pedir ayuda. La mujer adicta tarda más en llegar a consulta porque tiene mucha vergüenza. “¿Qué van a pensar los demás?, ¿cómo puedo estar haciendo esto?”.

A tener en cuenta en la diferencia de género es el qué hay detrás, qué ha originado que se iniciara este tipo de conducta que luego se volvió adictiva para reparar en todo eso y trabajar en todas las creencias irracionales que puede haber detrás y toda esa carga que puede tener la vergüenza que arrastra, precisamente, por ser adicta al juego frente a los hombres, que no arrastran esa vergüenza o culpa, quizás.

8. Como profesionales, ¿de qué manera tenéis presente la perspectiva de género y las diferentes realidades existentes?

Siguiendo con lo que te decía. En mi experiencia profesional, no he tenido ningún caso así y sí que puedo decir abiertamente que todo lo que sé lo sé por estudios que sigo. Pero no he llegado a atender a una mujer adicta al juego en este caso. A sustancia sí, pero al juego

precisamente pone de relieve lo que te acabo de decir: les cuesta mucho más pedir ayuda por la culpa que hay detrás.

Una cosa muy importante a tener en cuenta si es mujer, según los estudios, es que el 70% de las mujeres con ludopatía son víctimas de violencia de género. Esto es algo que vincula con la idea de cómo usan ellas el juego en un primer momento para evadirse de sus problemas personales. También está ligado a que las mujeres están más sujetas a acontecimientos vitales estresantes o traumáticos y se evaden de esa realidad.

Las siguientes preguntas tienen la finalidad de entender vuestra percepción como profesionales en torno al apoyo de la red relacional (amistades, familiares, etc.) de las personas afectadas por el juego en su proceso:

9. ¿Cómo percibes la implicación de la red relacional (y familiar) de las personas afectadas por el juego en su proceso de recuperación?

Un poco lo que te comentaba en las primeras preguntas. La implicación de la familia y de la red de apoyo es fundamental. Claro, hay que evaluar si las relaciones están deterioradas o no, y cómo podemos potenciarlas, haciendo terapias familiares, reuniéndonos solo con la familia, o con paciente y familia... Pero por lo general, el entorno se suele implicar muchísimo

Hay cosas que trabajar, sobre todo con el entorno que ha salido perjudicado, pues tiene dolor y puede echar cosas en cara. Al final tienen su proceso de perdón o de gestión de esto que ha pasado, pero por lo general siempre se implican. Al final, es un ser querido, ellos toman conciencia de que han sufrido consecuencias negativas y perjudiciales y se lo toman con conciencia de que es un trastorno mental, una enfermedad y que si no tuviera ese problema no hubieran llegado a los límites que han llegado.

Entonces, al final, quieren ayudar a la persona a que recupere a su vida, a que recupere a la pareja, a la madre, al padre, al amigo que eran antes. La implicación suele ser positiva y acompañan muchísimo, pero sí que es verdad que hay que hacer un trabajo en paralelo, porque si la relación está muy desgastada es posible que perjudique. Pero se intentan abordar todas las situaciones que se pueden dar.

10. ¿De qué manera se aborda la construcción o consolidación de red en los casos que sea necesario hacerlo?

Un poco lo que te comentaba en la pregunta anterior. Se trabaja con las familias, que se pueden incluir amigos si no tuviese mucha red familiar, se trabaja en recuperar esas relaciones, la gestión emocional, resolución de problemas, asertividad, en cómo comunicarse para fomentar y recuperar esas relaciones que ya estaban.

Por otro lado, lo que también se hace, como también comentaba, se fomenta el hacer nuevas actividades, que sean incompatibles con el juego, permite crear nuevas redes de amistades sanas que no estén relacionadas con el juego. Entonces, se aborda de esa manera, que puedan apuntarse a ciertas cosas, en el centro cívico, en el gimnasio, conocer gente nueva, que puedan hacer vínculos nuevos y sanos, alejados de la adicción, que sea un entorno saludable y que fomente hábitos saludables del paciente en sí.

También reforzar las relaciones existentes, porque va a ser fundamental en el proceso de recuperación y en la vida del paciente, desde luego.

11. ¿Cómo de importante consideras que es la intervención para la creación de red de apoyo?

Es importantísimo, poder crear esa red de soporte. Básicamente, porque si mantienen ese sentimiento de soledad del que hablábamos al principio, están aislados, a largo plazo, aunque se haga un trabajo de prevención de recaídas, si hay ciertas áreas de su vida que han quedado perjudicadas para siempre y no conseguimos fomentarlas, acabará recayendo, porque esas emociones y esa falta de gestión puede afectarles, de manera que necesiten evadirse de esa realidad.

Entonces, va a ser fundamental que construyan esa red y que se den cuenta de que hay más cosas aparte del juego, que se pueden hacer otras cosas, que siempre hay una alternativa, que van a generar muchísimas emociones positivas, van a saber afrontar cualquier tipo de situación alternativa que no sea el juego. Por lo tanto, es muy importante esta creación de red de soporte.

Por último, me gustaría hacerte unas preguntas relacionadas con el juego online, para poder conocer qué percepción tenéis en torno a los sentimientos encontrados en estos casos:

12. ¿Qué diferencias, en el ámbito de sentimientos, detectas entre personas que juegan online o presencial?

A ver, el resultado final acaba siendo el mismo, hay aislamiento, hay sentimiento de soledad... Al final el juego se hace de manera individual...

Entonces, la diferencia fundamental es que, en un primer momento, si juega de manera presencial (sea en el bar, en la máquina tragaperras, o sea en el casino, en el bingo, en estos locales), hay un momento inicial en el que ven que están con gente y están socializando. Luego, al final, no es así. Acaban siempre, la mayoría de veces, jugando solos. La mayoría de sentimientos, es lo mismo, pasando por las mismas fases: culpa, frustración...

Pero sí que es verdad que los pacientes online, a un nivel logístico, están aislados de verdad, y más cuando ya está inmerso en la adicción se encierra en casa jugando con el móvil o el ordenador, gastando dinero... Entonces, sí que sienten esa parte de aislamiento mucho más fuerte que quizás el presencial, pero el punto en el que acaban al final es el mismo.

13. ¿De qué manera se aborda la posible realidad de aislamiento de personas afectadas por el juego online?

Sigue el mismo camino. Hay que fomentar otro tipo de actividades agradables, que le gusten y, sobre todo, hacerlas fuera de casa. El paciente de juego online, digamos que su zona 0 es su casa, por lo tanto, debe aprender a hacer cosas fuera de casa y, luego, evidentemente, se trabaja en que en su casa pueda hacer cosas diferentes al juego y encuentre otras formas. Pero en un primer momento, igual que al paciente de juego presencial, a nivel de control de estímulos se le dice que no puede entrar en un bar, etcétera, para evitar la estimulación, el paciente que es online, que ha pasado, muchas horas, días encerrados en casa, se potencian actividades fuera de ella.

Evidentemente, no podemos prohibirle que esté en su casa, pero al final consiste en adquirir hábitos saludables de irse a dormir a una hora, levantarse a una hora concreta, desayunar, comer, cenar, ir al gimnasio, ir a dar un paseo, apuntarse a algo... Fomentar actividades fuera de casa para romper el patrón. Porque al principio si pasa muchas horas dentro de casa se le activará la parte de "voy a coger el móvil y voy a jugar". Aparte del control estimular del teléfono móvil, pero centrándonos en el tema del aislamiento, es importante que haga cosas fuera de casa y que socialice, que conecte y empiece a crear red fuera de ese entorno.

Hasta aquí la entrevista por mi parte. ¿Te gustaría aportar alguna idea más que pienses que es relevante y no te he preguntado?

Así por añadir cosas que podrían haber salido y no te he dicho... En el tratamiento de adicciones es fundamental la terapia de grupo. Igual que te he dicho que hay que hacer terapia de familia o pareja, si fuera el caso, y demás para restablecer y hacer fuertes las relaciones que posiblemente han quedado repercutidas durante el proceso de adicción. La terapia de grupo es fundamental.

Nadie entiende mejor a un adicto que un adicto. Entonces, el vínculo que se genera en terapia de grupo es como si de magia se tratara. Se sienten comprendidos, hay muchísima incompreensión durante el tratamiento de adicciones, hay muchísimo sentimiento de “soy un bicho raro, por qué me pasa esto a mí y al que está en la calle no le pasa”.

En la terapia de grupo se hace un apoyo brutal, se entienden perfectamente cuando se frustran, cuando hay ganas de jugar y no pueden, el craving, el ansia... Cuando dicen “ostras, he visto a alguien con quien yo jugaba”... Acompañan todas estas emociones y, evidentemente, el equipo terapéutico sostenemos estas emociones que van surgiendo durante el proceso, pero aparte del equipo, la terapia de grupo es básica.

Además, con la terapia de grupo se fomentan las relaciones sociales, ponen en práctica lo que están aprendiendo de aprender a comunicarse, a ser asertivos, a poder acompañar a otra persona. Cuando tienen la sensación de “no voy a poder ayudar a nadie, porque yo la he liado muchísimo durante este tiempo”. Pues se refuerzan muchísimo unos a otros, cuando dan una devolución, cuando aconsejan a un compañero, se trabaja la solución de problemas. Cuando uno dice “pasa esto, qué puedo hacer”, pues se trabajan herramientas entre todos.

No quería acabar la entrevista sin mencionar la terapia de grupo en el trabajo con adicciones, sea cual sea, en este caso, el juego, la conducta o la sustancia.

Todo eso quedará reforzado, se sienten validados, se generan emociones positivas durante la terapia. Cuando uno está en un buen momento, siempre hay otro que le puede recoger y la verdad que es mágico poder dar terapia de grupo, supervisadas claro con un psicólogo en el grupo. No entiendo un tratamiento de adicciones en el que no haya terapia de grupo, creo que es fundamental, aparte de a nivel individual, trabajar sus propias cosas. Pero el grupo fundamental.

Quería agradecerte tu tiempo, paciencia y colaboración en este proceso. Gracias por tu trabajo y tiempo.

Tal com s'ha exposat, per secret de confidencialitat, s'entregarà un altre document per la publicació al dipòsit, sense les entrevistes annexades.