

# **ADICCIONES SOCIALES. ITINERARIOS DE REHABILITACIÓN EN SITUACIONES COMPLEJAS**

## **SOCIAL ADDICTIONS. REHABILITATION ITINERARIES IN COMPLEX SITUATIONS**

**Eva López Canseco\*, Dolores Cao Marqués\*\***

Centro de Orientación familiar

León

---

### **RESUMEN**

El artículo recoge el proceso vivido, dentro del Programa de Rehabilitación de Ludopatía del Centro de Orientación Familiar, por uno de los grupos de más reciente creación, si bien cuenta ya con una trayectoria de 10 años; Con tal ocasión se ha procedido a una reflexión global y la correspondiente sistematización del mismo. Se trata de la reconstrucción de algunos rasgos de la experiencia a la que se suman la interpretación crítica del proceso vivido: las personas, los factores que intervienen en dicho proceso y su interrelación. Desde la dimensión estratégica se da cuenta de la visión y enfoque del programa, contextualización del problema, la propuesta de cambio expresada en aspectos de contenido y método del proceso rehabilitador, de la función terapéutica de ayuda y apoyo desarrollada por el equipo profesional y de los aprendizajes obtenidos.

### **ABSTRACT**

The article presents the process lived, within the rehabilitation programme for pathological gambling at the Family Orientation Centre, by one of the most recently created groups, although it already has a 10-year history. On such an occasion a global reflection and its corresponding systematization have been implemented. It is a question of the reconstruction of some features of the experience to which are added the critical interpretation of the process lived: the people, the factors that intervene in this process and its interrelation. From a strategic dimension, the view and approach of the programme, and its contextualisation, as well as the proposal for change expressed in aspects of content and method in the rehabilitation process, the therapeutic function of help and support developed by the professional team and the lessons learnt are taken into account.

**PALABRAS CLAVE:** dependencia, rehabilitación, proceso, apoyo, estrategias

**KEYWORDS:** dependence, rehabilitation, process, support, strategies

---

**Correspondencia:** Centro de Orientación Familiar. C/ Cardenal Landázuri, nº 27. 24003 – León. España.  
email: epreg@unileon.es. \* elopc@unileon.es \*\* dcaom@unileon.es

## 1.- Introducción<sup>1</sup>

El Programa de Rehabilitación de la Ludopatía del Centro de Orientación Familiar (COF) cumple treinta años; a lo largo de este periodo su intensa actividad ha sido objeto de sucesivas adaptaciones y mejoras en correspondencia con las problemáticas y necesidades presentadas. El Centro inicia su actividad en 1983 como un servicio especializado e interdisciplinar que responde a las nuevas necesidades que la familia presenta en nuestra sociedad<sup>2</sup>.

Poco después de la creación del COF, en 1986, aparecen los primeros casos de adicción a los juegos de azar, constatándose su incidencia y las múltiples derivaciones dentro del contexto familiar; tras un periodo preparatorio, en 1989, se pone en marcha el programa de rehabilitación. El COF, en colaboración con la Escuela Universitaria de Trabajo Social "Ntra. Sra. del Camino", ha realizado estudios, cuantitativos y cualitativos, sobre temas concernientes a los jugadores y sus familias (Palacios, 1991; De Dios, 1992; Montañés, 1992; Moran, 1994; Díez, 1998; Calvo, 1998; Castellano, 2000; Renedo, 2000; Corral, 2002; Fernández, 2010; Martínez, 2018).

La reflexión en torno a la diversidad de situaciones presentadas, junto al aumento de las demandas y su complejidad, hizo que, a partir de 2008, se pusiera en marcha una iniciativa de atención diferenciada con un nuevo grupo integrado por un número reducido de miembros. Se trataba de ofrecer una respuesta más acorde a las demandas presentadas por personas afectadas de ludopatía, adicción a las compras, las TIC, etc., con determinadas características de comorbilidad que hacían difícil la

---

<sup>1</sup> Ello ha sido posible gracias a la colaboración recibida por el Exc.mo Ayuntamiento de León al haber sido el programa beneficiario de la convocatoria en 2018

<sup>2</sup> El COF se propone como objetivos atender, asistir y promover a la familia en todas sus facetas, con el fin de favorecer una vida personal, conyugal y familiar equilibrada y armónica. El centro ofrece: a) asesoría, orientación y mediación a las familias ante los posibles problemas y conflictos; b) servicios especializados de tipo social, jurídico, médico, psicológico, pedagógico y moral a quienes se encuentren en dificultad en las distintas dimensiones de la vida familiar. Con las funciones de *Asesoramiento, Orientación y Terapia y Educativo-Preventiva* ofrece una atención especializada, y una función Investigadora y formativo-docente que desarrolla en colaboración con el Gabinete de investigación de la Escuela Universitaria de Trabajo Social(EUTS)

participación activa en el grupo e interferían en la evolución de su proceso rehabilitador, siendo aconsejable un tratamiento más particularizado.

Cuando se trata de adicción al juego se está hablando de un problema de salud, reconocido por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad. El DSM-V lo identifica como enfermedad en los siguientes términos: juego patológico problemático, persistente y recurrente que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta cuando el individuo presenta 4 o más de los 9 criterios establecidos durante un periodo de 12 meses. Es un problema de salud individual y social, que lleva aparejados un enorme número de riesgos que conciernen, en ocasiones, a la sociedad en su totalidad.

### ***1.1.-Metodología***

Las experiencias, como procesos vitales y únicos, expresan una enorme riqueza acumulada de elementos. El trabajo parte de la necesidad de reflexionar los discursos y acciones de lo realizado para su mejor articulación y comprensión. Se opta así por una metodología de sistematización de experiencias, entendida como un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica, que se realiza con base a la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos de la experiencia: descubrir o explicar la lógica del proceso, los elementos que han intervenido, su interrelación y por qué se ha procedido de ese modo, para extraer aprendizajes y compartirlos.

La sistematización selecciona aspectos centrales de la experiencia y abarca las siguientes cuestiones: Contexto teórico institucional; Personas participantes, el Programa; el Proceso de rehabilitación; Equipo profesional; Reflexiones y saberes.

### ***1.2.- Contexto teórico e institucional***

Bajo este epígrafe se intentan clarificar conceptos e intencionalidades que dan consistencia al entramado y estructura al trabajo. El juego es una de las actividades más relevantes del ser humano con indudable valor para el desarrollo personal, el aprendizaje, o, como una actividad con un destacado papel motivacional; puede facilitar la integración de las experiencias, servir al desarrollo de habilidades sociales, incluso servir al entrenamiento en resistencia a la frustración, etc. Sin

embargo, el abuso del juego también puede acarrear problemas y conducir a conductas excesivas o dependencia. De hecho hay una serie de juegos que, por sus características especiales, facilitan (incluso inducen) el que se les dedique demasiado tiempo o recursos; es el caso de la adicción al juego de azar y/o la dependencia a los videojuegos, esta última una de las manifestaciones más características de las denominadas “adicciones tecnológicas” (Griffiths, 1995).

La mirada al contexto social percibe, según advierte Deveaux (1968:54), que "el juego es a la vez una institución recreacional principal, un vicio enorme, una industria a gran escala, una fuente poderosa de crimen y corrupción política, un problema social perenne, un rompecabezas psicológico fascinante y un pensamiento intrigante".

### ***1.3.- El juego y sus derivaciones***

Jugar se plantea como una tarea muy fácil por dos motivos: la gran oferta de juegos de azar a disposición (King, Delfabbro y Griffiths, 2010) y la excesiva aceptación social que todavía sigue teniendo (Blanco, 2014). Pero bajo esta bonanza se esconde la penosa realidad del adicto que, sabiéndose perdedor, es capaz de esquilmar su proyecto de vida por unos momentos de juego (Castilla, Berdullas, Vicente y Villamaría, 2013). La permisividad allana mucho el camino a los dispendios que se originan en torno al juego, al tiempo que los datos adversos de carácter humano, social y económico que lo rodean resaltan la dimensión social del problema. Nos preguntamos:

- a) *¿De qué estamos hablando?* en nuestro caso se ponen de relieve la realidad del juego obsesivo socialmente condicionado y la mirada comprensiva a la experiencia vivida por uno de los grupos, participantes del programa de rehabilitación. Se trata de una recuperación difícil y delicada en la que confluyen múltiples instancias y se entrecruzan elementos de esfuerzo propio, de autoayuda, diversos aspectos del apoyo social y de ayuda mutua.
- b) *¿Es un problema social?* Si bien la dependencia del juego afecta vitalmente a la persona del jugador, también se caracteriza por la repercusión en sus actuaciones y relaciones familiares y sociales. La realidad indica que "Todo el sistema social tiene que pagar un alto precio. Se calcula que por cada

ludópata que existe se ven afectadas otras 10 ó 20 personas entre familiares, amigos y compañeros de trabajo. De ahí, que cuando se habla de ludopatía, no sólo hay que considerar al enfermo, sino también a las personas que directa o indirectamente están vinculadas a ese problema (Becoña, 1996:136)).

- c) *¿Y la dimensión personal y subjetiva?:* Además de la evidencia explícita del problema económico, la adicción al juego (Blanco, 2016) conlleva situaciones muy difíciles a nivel personal, laboral, social y legal que, a su vez, tiene un impacto muy nocivo en el ámbito familiar. Si en un principio jugar deleita, con el tiempo esta acción acaba estresando, ya que tarde o temprano, el adicto dejará de sentirse bien con el juego, experimentará lo que es vivir instalado en la continua mentira, perder mucho dinero, no saber cómo hacer frente a las deudas, vivir aislados de todos, centrados únicamente en el juego y saberse un miserable sin atisbos de cambio; todo ello tiende a crearle altos niveles de malestar, donde es fácil que la ansiedad, el estrés, la irritabilidad, la depresión, la desesperación, así como la idea del suicidio, afloren de forma continuada (p.336-337).

La visión subjetiva queda reflejada en la expresión de uno de los participantes del grupo:

*"Esa ansia que nos puede hasta la pérdida de nuestros propios actos, que nos arrastra hacia la llamada de una suerte que no encontramos, derroche de tiempo y nervios que nos llevan al sufrimiento interno, al desengaño, al saqueo de nuestros propios bienes, a caer en una satisfacción ficticia, que apenas dura lo que duran nuestros bienes momentáneos, dolor y angustia que nos atrapa por más tiempo del que imaginamos. Nuestros sentidos nos arrastran muy a menudo hacia lo mismo, sentimos que desahogamos todo pero siempre nos conduce a la misma mentira, la más grande de todas engañarnos por eso el dicho, "te quieres comer el mundo y el mundo te come a ti" así es el juego" (A.1).*

La realidad es que el juego se convierte en un compañero adverso y hostil. La condición de jugador patológico, compulsivo, o más comúnmente ludópata, suele estar rodeada de multitud de prejuicios, estereotipos y en consecuencia de tratos discriminatorios que lo hacen particularmente vulnerable; esta situación puede agravarse más aún, cuando se suman el diagnóstico de enfermedad o trastorno psiquiátrico y se viven condiciones socio familiares de precariedad.

Ante la perspectiva de afrontar la dependencia, la rehabilitación se sitúa entre la realidad y la utopía:

*"Acudo a una terapia de grupo, somos unos pocos, todos nos llevamos bien, somos conscientes de que tenemos un problema. Son problemas que intentamos resolver y nos resulta difícil. Algunos los hemos resuelto en cierta medida, otros tenemos baches, pero tenemos un gran don, y es que somos conscientes de nuestros problemas y no los ocultamos porque somos sinceros con nosotros mismos y seguro que esa conciencia nos sacará del apuro" (A.1).*

## **2.- Visión y enfoque del programa**

Se indican aquí elementos considerados sustanciales para la percepción y lectura de la realidad que se desea abordar con el programa, en función de la adecuación de sus métodos, la mejora e incremento de resultados o la reducción de las derivaciones no deseadas, con relación al cumplimiento de los objetivos del programa.

- a) El programa focaliza dos *dimensiones principales*: la social y la subjetiva. La diversa armonización de los aspectos sociales (vinculados a las representaciones sociales, la responsabilidad social y el reconocimiento de derechos), con los aspectos subjetivos (vinculados a características y procesos personales), marcará las diferencias en la orientación de los programas y en el posicionamiento profesional.
- b) *Concepción de la persona y su entorno*: si la visión que se tiene sobre la persona a rehabilitar se corresponde con la de un enfermo irrecuperable y sin voluntad, la intervención adoptará una orientación estructurada del deber ser que procede con un enfoque directivo y, en consecuencia, el adicto será tratado como objeto pasivo de la intervención. Por el contrario el enfoque no directivo considerará al adicto como un ser humano con derechos, que atraviesa por un evento adictivo. Esta concepción, con la que se identifica el programa del Centro de Orientación Familiar, considera al adicto como un ser que tiene posibilidades de participar en su recuperación.
- c) *Atención integral*: la rehabilitación, implica, siguiendo a Kohlberg, desarrollo cognoscitivo, participación social y asunción de roles. Se trata de

favorecer la configuración moral de la persona (Martí, 2008) optimizando los siguientes aspectos:

- La construcción del yo, donde se deberían trabajar la autorregulación, el autoconcepto y la autoestima;
- La reflexión moral, donde se deberían construir los conceptos morales, potenciar la comprensión crítica y desarrollar el juicio moral;
- La convencionalidad, donde se deberían desarrollar las destrezas dialógicas, la empatía y las habilidades sociales, favoreciendo la asunción de roles, para que el individuo se sienta responsable y participe en su ámbito social (p. 100).

El programa opta por un enfoque biopsicosocial de atención integral a la persona, sin perder de vista la multidimensionalidad del ser humano, la integración necesaria y el apoyo social. Respecto a la terapia utilizada se corresponde con los modelos cognitivo-conductual-sistémicos.

### **3.- Las personas participantes**

Desde 2008 han participado en este grupo 63 miembros, con edades comprendidas entre 24 y 60 años, su tiempo de permanencia varía entre 4 meses y 6 años; el tamaño medio del grupo entre 8 y 10 jugadores, alcanzando un promedio de resultados positivos del 82%. El grupo lo integran personas con patología dual (Diagnósticos: esquizofrenia compulsiva, deterioro, y/o deficiencia mental,...). El recorrido vital relacionado con la dependencia, evidencia una vinculación con anteriores experiencias de un consumo desenfadado de sustancias, que les han conducido a episodios de crisis y a diagnósticos de deficiencias, trastornos y enfermedad mental con distintos niveles de gravedad.

#### ***3.1.- Perfiles***

Se ilustran algunos perfiles de participantes en el programa durante el decenio advirtiendo que tiene un valor simbólico, para ello se hace referencia a datos personales y del contexto relacional en el que se sitúan sus vidas, con desplazamiento de rasgos para proteger la identidad.

- **J1** Hace referencia a una historia intensa de consumos y juego, que incide en el diagnóstico de su patología dual. Reconoce un cambio grande en su vida y no quiere bajo ningún pretexto retroceder sobre los pasos dados. Vive de forma positiva el haberse independizado de la convivencia con su madre, pasando a incorporarse en un programa de vivienda tutelada que comparte con otros compañeros; J1 sigue con fidelidad una medicación que le induce episodios de somnolencia, que los compañeros comprenden y respetan; hace 4 años que no juega, se siente apoyado por el grupo, que considera valiosa su presencia y su aportación a la dinámica grupal. Es la voz de la conciencia de los compromisos a seguir por el grupo para avanzar en el proceso de rehabilitación.
- **J2** vendedor de cupones, no lograba controlar sus manos que volvían insistentemente sobre los rascas acarreando importantes problemas económicos y laborales. Los miembros del grupo le ayudaron encontrar alternativas a este gesto y fue el inicio de su “liberación”. J2 vivió siempre con su madre, al fallecer ésta siguió viviendo solo. Sus hermanos, intervinieron cuando J2 ponía en riesgo su trabajo, consiguiendo que se le concediera la jubilación. Actualmente lleva más de dos años sin jugar. Es silencioso, de elaboración y expresión lenta, aunque habla muy poco ha logrado comunicar aspectos simbólicos de su persona.
- **E** lleva dos años participando en el grupo, tiene reconocido el grado de discapacidad, sufre las secuelas de un accidente laboral que tuvo como consecuencia la amputación de una parte de su mano derecha. Su padre le acompaña a la reunión del grupo y participa en las reuniones de familiares. E ha conocido una persona con la que compartir su vida lo que crea incertidumbre a su familia. En navidad E. tuvo una recaída. Romper la trayectoria de dos años quebró la confianza conquistada. Una cuestión que ha elaborado y de la que trata de rescatar aprendizajes.
- **A1** participa en el grupo desde hace 3 años. Recuerda con relativa frecuencia su historia de consumo señalando el momento más agudo de la crisis cuando le ingresaron en un hospital psiquiátrico, e inició el cambio en positivo de su vida. Ha ido superando progresivamente sus dependencias pero le cuesta; lo que le desestabiliza es sentirse dominado y absorbido por el impulso a jugar.

A ello se suma la adicción a las compras vinculadas a las TIC y a la música. A1 es comunicativo, ocupa su tiempo en el cuidado de la casa que comparte con dos hermanos, uno de los cuales le controla el dinero; ha ido descubriendo sus intereses artísticos: le gusta la música y escribe relatos breves y poemas; el grupo le anima a dedicar tiempo a escribir, lo que se le han facilitado contactos y un apoyo que vive como gratificante, pues le ofrece acceso a relaciones y espacios normalizados.

- **C** Su adicción principal son las compras. Vive con complejo de culpa y no distingue cuando compra por comprar y cuando compra lo que necesita. C actualmente está sola, vivía con su padre y con su hija, el padre falleció y la hija se ha establecido en otro país. Aun estando lejos la hija es para ella una fuerte motivación, pensar en la ayuda que necesita su hija la motiva al ahorro, pero tiene dificultades para controlar su dinero, sobre todo ante las ofertas y las rebajas. Un logro importante en este momento es haber conseguido que su hermano le lleve el control del dinero. C participa en distintas actividades y afirma sentirse reforzada por el apoyo de sus amigos y del grupo.
- **F** Ha superado la dependencia del alcohol, pero le resulta más difícil desprenderse del juego, lleva muchos años planificando su vida cuidando el espacio del juego; cuando dejó su actividad de pastor jugó en poco tiempo el capital acumulado; vino a vivir con su madre, poco después tras ingresarla en una residencia, quedó solo en la vivienda que compartían. No tiene relación con familiares, se siente desde siempre despreciado por ellos. F. obtuvo el reconocimiento de su discapacidad al ser diagnosticado de “deterioro mental” siendo beneficiario de una ayuda social. Durante el tiempo que estuvo sin recursos obtuvo los alimentos de los contenedores próximos a los supermercados. F afirmaba que, su pueblo, era el único lugar donde jugaba, como si se viera condicionado por el círculo social que forman los jugadores “amigos”. Son los amigos, el dinero y, sobre todo, la soledad y la ilusión del juego controlado lo que se constituye en la disculpa de sus recaídas. F. logra manifestar en los últimos encuentros el profundo sentimiento de fracaso que le produce el juego.
- **A2** tiene diagnosticado desde su infancia un trastorno de comportamiento que se complicó al perder a su madre, su integración en el ambiente de juego y

consumo de su zona de residencia y el consiguiente comportamiento conflictivo agudizaron los problemas de entendimiento con su padre hasta llegar a la ruptura total, en un itinerario de degradación progresiva. Cuando acudió al centro había avanzado en el programa de metadona, dormía en los cajeros consumiendo “pastillas para dormir” y hacer más llevaderas las posibles agresiones y acosos. Los primeros pasos para una mayor estabilidad y búsqueda de apoyo para la rehabilitación del juego fueron un profundo fracaso. Tras unos momentos de desorientación logró, con el apoyo del grupo, una solución que le permitió la continuidad. Esta situación marca el inicio de un periodo que le sitúa de forma más efectiva en el proceso de rehabilitación. A2 ha concluido el programa de metadona, ha establecido relaciones significativas con una nueva pareja que le acompaña y se compromete con él en el proceso, en el restablecimiento de las relaciones rotas con la familia y de manera especial en la recuperación de su sentido de dignidad y autoestima y en la posibilidad de desarrollar sus capacidades, lo que refuerza su proceso de rehabilitación.

- **M** lleva varios años jugando y tiene fuerte decisión de desprenderse del juego, algunos rasgos diagnosticados dentro del espectro autista le limitan la participación en el grupo, sigue con rigor y empeño las pautas del proyecto con un seguimiento más personalizado, tiene el apoyo firme de su familia.
- **M2.** tiene una larga historia de juego, y anteriormente ha participado en programas de rehabilitación en otras provincias, desprenderse del juego le resulta una empresa dura, no logra la abstinencia, pero sobre la base de controles establecidos logra disminuir su dedicación, no cuenta con apoyos familiares por lo que su empeño en algunos momentos vacila, si le refuerza la participación en el grupo.
- **A3** había participado anteriormente en el programa de rehabilitación, tras una recaída. vino acompañado por su esposa para reincorporarse de nuevo al programa. A3 participará de forma espaciada pues cree que le ofrecerá el refuerzo que necesita.
- **H** completada su rehabilitación, participaba ocasionalmente para encontrarse con sus compañeros y mantener su propósito de abstenerse del juego. H suspendió el tratamiento farmacológico y retomó el juego, con ello activó

más su descontrol en otros aspectos, actualmente se encuentra ingresado, en el centro hospitalario.

- **BE** completado el programa de rehabilitación se hace presente ocasionalmente para reforzar su propósito y encontrarse con sus compañeros de grupo.
- **J y R** diagnosticados de esquizofrenia paranoide. Proceden de programas de rehabilitación por consumo. Los dos parecían motivados y dispuestos a dejar de jugar. Sus familias parecen estar totalmente al margen de sus problemas de juego.

### 3.2.- Beneficiarios Año 2018

#### Beneficiarios Directos

| Acuden al programa                | Afectados por ludopatía | Familiares |
|-----------------------------------|-------------------------|------------|
| Por información                   | 13                      | 29         |
| Inician el programa               | 7                       | 14         |
| Participantes terapias de grupo   | 17                      | 14         |
| Continúan del año anterior        | 10                      | 15         |
| Seguimiento terapias individuales | 4                       | 4          |
| Completan el programa             | 5                       | --         |
| Abandonan sin completar           | 3                       | --         |

#### Beneficiarios Indirectos

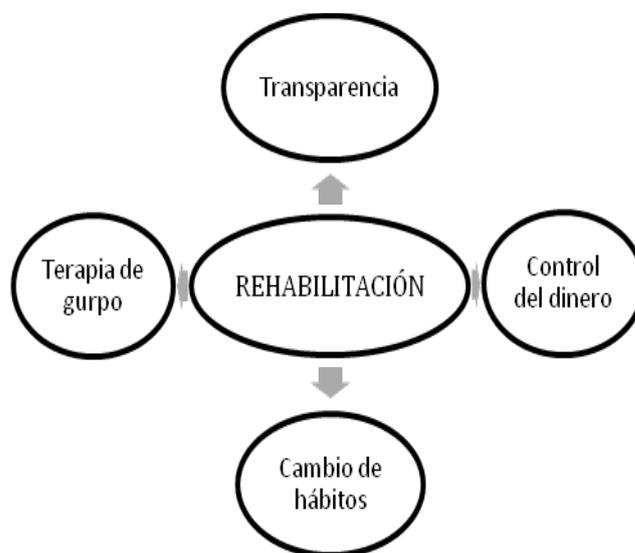
|  |   |
|--|---|
| Público en general   | Que accede al centro por otros programas  |
| En iniciativas de difusión y envío de material informativo | Distintas redes, Centros socio-sanitarios, educativos y asociaciones                |
| Participación en distintos foros                           | Exposición e información requerida sobre el programa, publicación en revistas, etc. |

### 4.- El programa de rehabilitación

El programa es una propuesta estructurada que diseña recorridos, acciones y estrategias apropiadas, en coherencia con la visión del itinerario rehabilitador. Al respecto Pedrero (2015:25-26) resalta el interés de lo que denomina hallazgos recientes que avalan el enfoque biopsicosocial de la adicción, cuyas líneas principales son: a) El paradigma del Enriquecimiento Ambiental; b) La neurociencia de la adicción; c) El empoderamiento, entendido como proceso y meta; d) El paradigma de la Recuperación de la Adicción.

El programa se formula desde los conceptos de atención integral a las personas y de apoyo psicosocial, proyectando un futuro de vida más libre y satisfactoria, que tiende a fortalecer el desarrollo de capacidades, de estrategias de control de los impulsos y de promoción de conductas saludables, correspondiendo la terapia utilizada con los modelos cognitivo-conductual-sistémicos. La actividad desarrollada ha incidido en un proceso de "des-aprendizaje/aprendizaje", que se ha hecho efectivo a través de las cuatro dimensiones que en las que se estructura el programa.

Figura 1: Dimensiones del programa



#### ***4.1.- Dimensiones y estratégicas***

Las cuatro dimensiones han de trabajarse simultáneamente de forma armónica e integrada, en el día a día del proceso rehabilitador; para la intervención se desglosan en líneas estratégicas como se ilustra en la tabla nº1.

Tabla nº 1- Dimensiones y estrategias

| Dimensiones  | Estrategias  |
|--|--|
| <i>Transparencia:</i> vinculada al proceso de manipulación que va invadiendo progresivamente el mundo personal y relacional del jugador, generando dinámicas de autoengaño | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tomar distancia del deseo y fortalecerse con las relaciones humanas significativas.</li> <li>▪ Superación de las dinámicas de autoengaño y pensamientos distorsionados.</li> <li>▪ Afrontar la mentira y recuperar el control es el comienzo de una nueva vida, y de un nuevo modelo de relación con los seres queridos.</li> </ul>   |
| <i>Control del dinero:</i> la pérdida de dinero y la ilusión de recuperarlo suele ser el síntoma que con mayor frecuencia despierta las alarmas.                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Experimentar las dificultades y beneficios del control.</li> <li>▪ Adquisición de una visión más realista y concreta del valor del dinero.</li> <li>▪ Establecer parámetros de control y seguimiento que aseguren el éxito del tratamiento previniendo y evitando la recaída.</li> </ul>  |
| <i>Cambio de hábitos:</i> desplazar el impulso del juego, recuperar intereses abandonados e incorporar otros nuevos que enriquezcan las vidas del jugador y sus familias.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Descubrir y experimentar la vida más allá de la telaraña del juego.</li> <li>▪ Equiparse de ayudas eficaces para cimentar una vida en la que la adicción nunca más sea una alternativa.</li> <li>▪ Incentivar intereses y actividades que reúnan criterios de beneficio saludable y de diversión.</li> </ul>  |
| <i>Terapia de grupo:</i> dispositivo de revisión, control, refuerzo y reelaboración que acompaña el proceso.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lugar de referencia para la elaboración de las dimensiones del propio proceso de rehabilitación y la consolidación de los aprendizajes y avances registrados.</li> <li>▪ Identificación con los otros en la lucha emprendida, la mayor aceptación de los problemas y el firme convencimiento en el poder de cambio de aquellos aspectos que menos nos satisfacen.</li> <li>▪ Terapia grupal con personas que se encuentran en una situación similar, fundamental para cualquier proceso de recuperación.</li> <li>▪ Compartir los sentimientos que han estado ocultos, quizá durante largo tiempo.</li> <li>▪ Comparar experiencias, reconocer errores que hayamos podido cometer, ser más compasivos y empáticos con nosotros mismos y con los demás.</li> </ul> |

#### 4.2.- Medios utilizados

*Medios materiales y técnicos:* sistema informativo (fichas, protocolos, guías de detección y valoración, registros, material de difusión, recursos didácticos para las dinámicas.

*Medios humanos:* equipo de apoyo y equipo terapéutico. Actúan a través de entrevistas de acogida, de información y clarificación; protocolos y baremos, entrevistas en profundidad, contrato terapéutico, terapia psicosocial individual,

terapia de grupo,, implementación de iniciativas de esfuerzo propio, autoayuda y ayuda mutua, interconsultas equipo.

Las líneas de actuación seguidas por el equipo profesional han procedido a la identificación y utilización de algunas herramientas en correspondencia con las estrategias planteadas. Se trata de centrarse en las posibilidades y capacidades de las personas potenciando sus pensamientos, actitudes y conducta, para que adquieran un cambio de perspectiva que les ayude a alcanzar sus objetivos.

Por su status y rol al equipo le competen funciones de guía, capacitador, experto y terapeuta (Ross, 1954). Conduce el proceso, ayuda al jugador a captar el problema, a identificarlo y comprenderlo, a que se implique de forma efectiva proporcionando oportunidades (de comunicación o recursos) que posteriormente vayan fomentando sus esfuerzos en el paso de la incertidumbre hacia la solución.

La rehabilitación, como se ha indicado es un tiempo de motivación, de revisión, de consolidación y de proyección que en la práctica implica:

1. la experiencia de abstinencia
2. los cambios y los aprendizajes: Atención a los riesgos- Control de los impulsos – separar ganas de jugar y mantener la decisión de no hacerlo – alimentar la autoestima y la confianza- revisión de los compromisos de rehabilitación – logros, riesgos y posibles caídas- aprendizajes- refuerzos
3. Por parte de los miembros del grupo: compartir y reforzarse en el propósito de la rehabilitación.

Los compromisos adquiridos, junto con las posibilidades que ofrece la participación en el grupo, facilitan un proceso complejo de elaboración del conflicto subjetivo; al respecto cabe señalar:

1. La comunicación proceso básico de la relación:
2. El grupo comienza con una acogida tolerante, amable,
3. El grupo es adecuado a las necesidades
4. El grupo ofrece y fija formas de tolerar lo antes intolerable, transformando en recurso y saber lo que ocasionaba conflicto.

## 5.- Procedimiento y objetivos

El programa propuesto se formula desde los conceptos de atención integral a las personas y de apoyo psicosocial, proyectando un futuro de vida más libre y satisfactoria, que tiende a fortalecer el desarrollo de capacidades, de estrategias de control de los impulsos y de promoción de conductas saludables, incidiendo en un proceso de "desaprendizaje/aprendizaje". En cada etapa las personas tienen un ritmo desigual ya que la participación en el programa se inicia primero con la etapa informativa previa y se incorpora en el grupo al decidir su participación.

El itinerario de la rehabilitación va avanzando en la consecución de los objetivos correspondientes a las distintas etapas:

- 1) *Atención a la demanda presentada* y acogida a las inquietudes, motivaciones, dudas y temores, fracasos, expectativas, etc. que pueden acompañar este momento.

Objetivos:

- Comprender y clarificar los hechos que constituyen el problema; en consecuencia la comunicación a través del lenguaje se constituye en esencia de la interacción.
- Contribuir a que el jugador se sienta menos necesitado de protección frente al problema y el cambio, y ayudarle a aunar fuerzas para afrontar el problema.

- 2) *Proporcionar información exhaustiva* y elementos para la reflexión sobre el programa y su metodología, implicaciones, responsabilidades a asumir, etc. habitualmente con la presencia del jugador y algún familiar.

Objetivo

- Colaborar con las personas, abriendo una perspectiva, explorando todos los aspectos posibles de la situación negativos, positivos y neutros.
- Que el jugador y su familia tengan una visión realista y esperanzadora, basada en el conocimiento de lo que se ha de hacer para alcanzar el objetivo.

- 3) *Aceptación y utilización de la ayuda.* Cuando el jugador decide participar en el programa se inicia el protocolo para la incorporación.

Objetivo:

- Completar tres dimensiones: a) información personal, familias/o entorno próximo significativo, b) clarificación de las dificultades, de los recursos disponibles y establecimiento de compromisos en función del propio proceso rehabilitador, c) la disposición a participar en las sesiones de terapia del grupo.

- 4) *Información de interés* sobre la historia del jugador, las variables personales, sociales, económicas, culturales que han incidido en la conducta adictiva

Objetivos:

- Obtener un conocimiento de la situación y su vinculación con el comportamiento compulsivo. riesgos y conflictos, contemplando a su vez potencialidades y fuerzas; aunque algunas veces sea difícil su identificación es importante reconocer que el jugador, a pesar de todo, ha logrado sobrevivir y además, ha sido capaz de buscar ayuda.
- Establecer los hechos, subjetivos y objetivos es condición esencial en todo proceso de comunicación, solo así se puede estar seguros de que se está hablando de las mismas cosas, de que las palabras que emplean tienen para ambos el mismo sentido y de que se toman como fundamento de su discusión los mismos datos.

- 5) *Tomar la decisión de comprometerse en la resolución de su problema y en la búsqueda de soluciones* se plasma en el establecimiento de acuerdos del jugador y su familia respecto a los compromisos y relaciones con los contextos condicionantes que favorecen la aparición de riesgos de cara al proceso rehabilitador.

Objetivo:

- poner en valor los factores protectores que reducen los riesgos y la probabilidad de que experiencias traumáticas generen consecuencias negativas a largo plazo,

- motivar a las personas y las familias para que logren afrontar de manera significativa las distintas etapas.

6) *Atención individual*, más intensa en las primeras etapas

Objetivo:

- Reforzar la implicación y toma de decisiones, ante cuestiones particulares de los participantes y/o sus familias.

7) *La incorporación a la terapia de grupo*, como resulta caracterizada en las dimensiones estratégicas.

Objetivo:

- Obtener la información suficiente para percibir y comprender el peso de los otros significativos con los que los usuarios/as compartirán sus experiencias.
- Fortalecer la rehabilitación en un programa abierto que se realiza en medio de la vida normal de las personas, en la que existen muchas más interacciones de las que tengan con los profesionales y el grupo.
- Captar la existencia de factores contextuales que van a determinar que ciertos temas se pueden tratar libremente, ocultar, o temer expresarlos.

8) *El jugador y su familia se incorporan a su respectivo grupo, participando en las sesiones de terapia*. El grupo se presenta como un mundo de significados donde cada miembro se reconoce y reconoce a los otros. El grupo, además de constituirse en el lugar referente de revisión y análisis del proceso, precisa un cuidado riguroso con relación al contenido y la metodología empleada, por lo que adquieren valor el desarrollo de temas que refuercen los conocimientos y las técnicas para el desarrollo de capacidades y habilidades necesarias.

9) *Progresiva superación de las etapas del proceso rehabilitador* hacia la normalización de sus vidas. Es un proceso de resolución de problemas y de búsqueda de soluciones que apunta a introducir en los procesos vitales del jugador métodos de actuación, recursos y conocimientos organizados mediante los cuales se fortalece y apoya el esfuerzo que realizan el jugador y

su familia: reflexionar sobre los hechos, contrastarlos, reorganizarlos mentalmente, tomar decisiones y actuar.

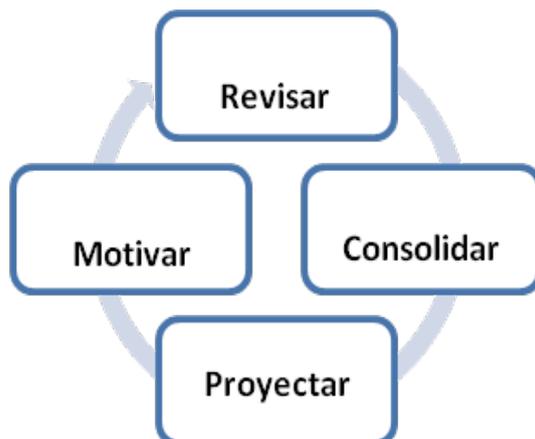
- 10) La etapa final tiene que ver con la *consolidación de los cambios y fortalecimiento de aprendizajes y conductas saludables*. El objetivo mira siempre a la mayor actividad e implicación del jugador, así como a introducir una dinámica y un punto de vista diferente que afiance y dé solidez a la autonomía adquirida, a ser responsable y solidario.

## 6.- Proceso de rehabilitación

En la experiencia, la rehabilitación es un proceso de cambio vivido por sujetos que se encuentran en situaciones de desamparo y con gran dificultad para abordar problemas. Son situaciones en las que las personas suelen sufrir, estancarse, entrar en conflicto y depresión; aunque también suelen buscar a otros y contar con su ayuda.

Como advierte la figura nº 2, el proceso recorre distintas instancias. A través de ellas se modela el proceso circular de cambio hecho de motivación, revisión, consolidación y proyección positiva e integrada

Figura nº 2: Instancias del proceso



Como se ha indicado en los medios utilizados, los compromisos adquiridos, junto con las posibilidades que ofrece la participación en el grupo, facilitan la elaboración del conflicto subjetivo, los procesos de identificación y descubrimiento de aspectos de la propia identidad, de autoestima y confianza.

Al hacer hincapié en la dimensión social relacional, se resaltan los principales elementos y su dinamismo:

- a) *La comunicación proceso básico de la relación:* dado que somos sujetos sociales la comunicación permite el intercambio de ideas, aprender, conocer a las personas, compartir experiencias. El grupo se constituye en un entorno simbólico que trabaja por la integración con lenguaje específico y con características que han proporcionado apoyo para la contención de los sujetos y la reorganización subjetiva, favoreciendo la participación y la reinserción social.
- b) *El grupo comienza con una acogida tolerante, amable, casi incondicional* del nuevo integrante, independientemente de sus actitudes y acciones. Las narraciones que cada uno escucha ofrecen la posibilidad de reconocer y observar formas de operar y estructuraciones objetivas de otros; sin duda el grupo es un medio social propicio y promotor de procesos subjetivos con carácter terapéutico, orientados a lograr nuevas formas de apreciación de la propia persona, de las posibilidades reales de futuro y del aprendizaje de formas de respuesta y acción.
- c) *El grupo ofrece y fija formas de tolerar lo antes intolerable*, transformando en recurso y saber significativo lo que ocasionaba conflicto. Una narración distinta de la propia historia personal permite transformar el sentido de lo que era intolerable, ofreciendo así el acceso a una colocación social viable.
- d) *El grupo es adecuado a las necesidades* que tienen las personas que participan y lo utilizan como medio para lograr un aprendizaje y un cambio en cuanto a su constitución como sujetos. En ocasiones el campo normativo del grupo puede ser incluso antagónico con el circundante (p. ej. abstención total del juego), ayudando a ir justamente en contra de aquello establecido, que se ha constituido en conflicto.

### **6.1.- Actividad del grupo**

Entrando en el detalle de la dinámica del grupo, a modo de ejemplificación, se hace una breve referencia a dos de las líneas desarrolladas: a) ampliando conocimientos y saberes, recoge intervenciones de información, formación/educación dirigidas a la clarificación, apoyo y desarrollo de un mayor conocimiento y comprensión de sí; b) afirmación de significados que tiende a resaltar la consolidación e interiorización de los aprendizajes significativos.

#### **a.- Ampliando conocimientos y saberes**

Se seleccionan, a modo de ilustración, algunas actividades desarrolladas con los miembros del grupo:

- *Descubrimientos.* Dinámica utilizada: adaptación de la máscara.
  - Objetivo: conocerse, aceptarse, enriquecerse, hacerse cargo
  - Identificaciones:
    - La dificultad de manifestarse
    - Los miedos y temores
    - El recurso a disimular
    - El autoengaño de la imagen
  - Cuestiones que emergen:
    - Sentirse bien con uno mismo
    - Conocerse mejor y en positivo
    - Descubrimiento y valoración : ser responsable
    - Valorarse no menospreciar a la propia persona ni a los otros
    - Superar los complejos y prejuicios.
- *Autoestima y confianza.* Dinámica de la flor
  - Objetivo: analizar la influencia de las experiencias negativas y/o de fracaso
  - Identificaciones:
    - Condicionamientos, heridas, defensas
    - Posibilidades de superación
  - Cuestiones que emergen:
    - Mecanismos personales de cuidado y trato respetuoso.

- Ayuda mutua.
  - Florecer en medio de las dificultades.
  - Nuestras cuestiones pendientes.
  - Las experiencias negativas anteriores ¿pueden condicionar para siempre?
  - Procurar ocupaciones saludables. Ocupación y preocupación.
  - Reconciliación con la vida.
- *En busca de la identidad:* Dinámica: Si yo fuera un mineral. Elegir una piedra con la que me identifico.
    - Objetivo: descubrir aspectos y dimensiones de la propia identidad.
    - Identificaciones:
      - Con una piedra muy rústica, así soy yo;
      - Con un rubí, es colorido y brillante, me gusta;
      - Una piedra moldeada en forma de corazón es de mi hija;
      - Las piedras fósiles de mi zona- las buscaba, me gustaba recogerlas;
      - Prefiero un canto rodado;
      - Soy un trozo de carbón y también una piedra blanca, significan la historia de mi familia y la mía. Mi familia ha vivido y es lo que es – positivo y doloroso- gracias al carbón, pero yo ahora no quiero verme oscuro, ha habido un momento en mi vida en el que he entendido que tenía que dejar el pasado y emprender el camino de la rehabilitación y es en el que quiero seguir, aunque me está resultando difícil desprenderme del juego.
    - Cuestiones que emergen:
      - La elección de la piedra y su presentación sirve a establecer una comunicación fluida y atenta entre los miembros del grupo, a plantear cuestiones sobre su propia vida, considerar aspectos negativos y positivos de la piedra y referirlos a su propia experiencia y perspectivas. ¿Es posible modelar la piedra, esculpir su identidad...? Se despiertan expectativas y posibilidades de superar sus dependencias, recuperarse y

poner nombre a su autoestima. Preguntas sobre la posibilidad de superación de condicionamientos de su “piedra de origen”.

- El grupo se siente ayudado y facilitado en la comunicación

### **b.- Afirmación de significados**

A lo largo de los encuentros se elaboran conceptos que, pasan a formar parte del vocabulario del grupo, como palabras clave en su proceso de rehabilitación. Estas palabras fueron sometidas a la consideración de los participantes en dos oportunidades con objetivos diferenciados, a cada participante se le entregó una colección de 33 tarjetas (Tabla nº 2) con la consigna de seleccionar entre 7 y 10 términos que consideraran:

- representativos del proceso del grupo;
- representativos del proceso personal.

*Tabla nº.3: Conceptos propuestos*

| <b>Conceptos propuestos</b> |                       |               |                      |
|-----------------------------|-----------------------|---------------|----------------------|
| Aceptación                  | Capacidades           | Honestidad    | Participa. ciudadana |
| Amenazas                    | Colaborar             | Identidad     | Prejuicios           |
| Apoyo                       | Compartir             | Igualdad      | Respeto              |
| Autoestima                  | Comunicación          | Intereses     | Responsabilidad      |
| Ayuda                       | Conocimiento positivo | Nada          | Superación           |
| Autoayuda                   | Debilidades           | Normalización | Transparencia        |
| Ayuda mutua                 | Etiquetas             | Oportunidades | Unión                |
| Cambios                     | Fortalezas            | Participación | Voluntariado         |

Los resultados obtenidos fueron objeto de sucesivos diálogos con los miembros del grupo. Una breve síntesis de los mismos se recoge en la tabla nº 3.

Tabla n° 4: Significación de los conceptos

| GRUPO   | PERSONAL   |
|---|--|
| <b>A</b> Honestidad, responsabilidad, respeto, apoyo, identidad, aceptación, igualdad.  | Honestidad- fortaleza- interés- comunicación- responsabilidad- conocimiento en positivo- respeto.<br><i>Tienen sentido para mí, como quiero ser y como me gusta que me traten</i>  |
| <b>B</b> Cambio, comunicación, ayuda, unión, apoyo, compartir, intereses.   | Debilidad- baja autoestima- ayuda- dejar de mentir- fortalezas.<br><i>Recaigo, me engaño y me justifico ante los demás, me riñen y me siento apoyada, los amigos y familia son mi fortaleza.</i>   |
| <b>C</b> Superación, transparencia, respeto, responsabilidad, honestidad, ayuda, apoyo, autoestima, fortaleza, comunicación, conocimiento positivo. | Honestidad- ayuda- conocimiento en positivo. superación- responsabilidad.<br><i>Mi itinerario de recuperación, lo que me ayuda a sentirme bien, apoyo, creer que es posible ser responsable y superarme.</i>   |
| <b>D</b> Participación, igualdad, honestidad, respeto, transparencia, comunicación, aceptación, ayuda, autoestima, apoyo.                           | Comunicación- igualdad - unión- compartir- colaborar- prejuicio- transparencia- fortaleza.<br><i>Me rodean las dependencias, el impulso interno que me agobia hasta que lo satisfago, me ayuda el grupo donde nos comunicamos y apoyamos ser transparentes y honestos, es una fortaleza.</i> |
| <b>E</b> Apoyo, conocimiento positivo, respeto, superación, comunicación.   | Honestidad- ayuda- responsabilidad aceptación cambio- compartir - debilidades- normalización.<br><i>Este es mi itinerario de avance en el proyecto y en mi vida.</i>   |
| <b>F</b> Comunicación, debilidad, ayuda, etiquetas, participación, respeto, igualdad.   | Honestidad- nada- debilidad- comunicación- compartir- colaborar- intereses- igualdad- identidad.<br><i>Lo que creo importante. lo que hago, mi convencimiento de que no puedo- mi soledad- ¿no sé quién soy?</i>   |

## 7.- El equipo profesional

En sus líneas de actuación el equipo profesional ha procedido a la identificación, utilización y aplicación de las herramientas adecuadas, dando respuesta a las expectativas, posibilidades y capacidades de las personas; potenciando sus pensamientos, actitudes y conducta, para la adquisición de un cambio de perspectiva que les ayude a alcanzar sus objetivos. A la vista de la experiencia ¿Cómo se ha trabajado con el grupo? y ¿Cómo se ha avanzado en los aprendizajes propuestos? El equipo ha desempeñado funciones de guía, capacitador,

experto y terapeuta (Ross, 1954), conduciendo el proceso, ayudando al jugador a captar el problema, a identificarlo y comprenderlo, a que se implique de forma efectiva proporcionando oportunidades (de comunicación o recursos) que posteriormente vayan fomentando sus esfuerzos en el paso de la incertidumbre hacia la solución.

La rehabilitación, como se ha indicado es un tiempo de motivación, de revisión continua, de consolidación y de proyección, que en la práctica implica:

- la experiencia de abstinencia;
- los cambios y los aprendizajes: atención a los riesgos, control de los impulsos, separar ganas de jugar y mantener la decisión de no hacerlo, alimentar la autoestima y la confianza, revisión de los compromisos de rehabilitación, logros, riesgos y posibles caídas, aprendizajes, refuerzos;
- compartir y reforzarse en el propósito de la rehabilitación.

En el diálogo franco y abierto, con el grupo se advierten límites en las habilidades de comunicación e interacción que afectan la percepción de dimensiones importantes de la propia identidad, autoconceptos condicionados por experiencias de vida que actúan como trampas, etc., cuestiones que al ser tratadas con el grupo concluyen en la afirmación de que para controlar el proceso que se lleva a cabo es indispensable aprender más; en el grupo se revisan los cambios que se quieren lograr, se incide en descubrir y clarificar las fuerzas que motivan y los frenos que se interponen, y se introducen dinámicas de desarrollo y refuerzo de las capacidades y habilidades de los miembros que permitan lograr el cambio deseado, y medir el camino recorrido.

El equipo interviene con modalidades diversas. De forma directa acompaña al jugador, la familia y el grupo durante todo el proceso de rehabilitación, incluyendo la atención individualizada sobre todo en las etapas iniciales previas a su incorporación en el grupo.

Las intervenciones directas requieren del equipo la aplicación operativa y adaptación de lo que sabe, lo que hace y cómo lo hace refiriéndolo a personas,

familias y pequeños grupos; teniendo presente que, profesionales y miembros del programa son actores, comprometidos con el logro de los objetivos de rehabilitación.

De Robertis (2006:202) clasifica las intervenciones directas en seis grandes grupos que han servido de base al equipo para su reflexión y actuación:

- *Clarificar- apoyar*: Clarificación, apoyo, desarrollo de una mayor comprensión de sí.
- *Informar - formar*: Información, formación- educación
- *Influir- persuadir*: consejo, confrontación, persuasión
- *Controlar- ejercer autoridad*: estrechamente vinculada a la dimensión terapéutica, comprende el seguimiento de compromisos y relaciones con los contextos condicionantes que favorecen la aparición de riesgos, revisión y control
- *Poner en relación y crear nuevas oportunidades*, facilitar la interrelación, apertura y descubrimiento, utilización de recursos del medio y participación.
- *Estructurar una relación de trabajo*: tiempos, espacio, focalización de los objetivos del programa.

En la práctica se han utilizado dinámicas facilitadoras según los distintos momentos y en coherencia con estrategias de: comunicación y diálogo, control y refuerzo, desarrollo de la propia comprensión, formación en función del enriquecimiento personal, cambio de hábitos, toma de decisiones, resolución de problemas, lectura de la realidad.

## 8.- Discusión

La reflexión de la experiencia pone en evidencia, entre otros aprendizajes significativos, los siguientes elementos.

1. *Resistencias*: El reconocimiento de la adicción y la presentación ante otros descubriéndose con la patente de jugador y sus consecuencias es una realidad fuerte para el jugador que, normalmente, acude a un programa después de reiterados fracasos e intentos en solitario o ante otros, afirmando su capacidad para abandonar el juego, basada en el valor de su palabra y voluntad, la ilusión del juego controlado, etc., lo que en múltiples ocasiones le sirvió de

motivo, más bien disculpa, para no afrontar el problema en su raíz. A nivel humano el «precio a pagar» hay que situarlo en el dramatismo que encierran las historias personales y familiares de juego.

2. *Experiencias adversas* que el jugador y su familia han afrontado, sus movimientos de adaptación, afortunados o desgraciados, las soluciones que han dado a sus dificultades, retraimientos, rodeos, atrincheramiento, sustitución constructiva, compromiso, etc., forman parte de la historia de su desarrollo como ser humano que afronta y resuelve problemas (Perlman, 1957: 215).
3. *Las evidencias aportadas* por la historia no deben en ningún caso reemplazar a las evidencias reveladas por el comportamiento actual. Sobre todo en el caso del jugador que se embarca en un proceso de rehabilitación conviene no olvidar que la vida nunca es estática y por tanto se debe combatir la tendencia conformista procurando experiencias diferentes y de cambio.
4. El *apoyo social* instrumento indispensable: La incorporación al programa no suele ser el primer paso, más bien suelen registrarse un conjunto de tentativas, sean personales o con apoyo de gran utilidad. El grupo, siguiendo a Montaña (2017: 37) se ha constituido en un sistema por el cual los sujetos en conflicto subjetivo y social tienen a su disposición espacios, mecanismos y procesos para reincorporarse socialmente y construirse subjetivamente como parte de una sociedad específica. En la experiencia se utiliza también el “apoyo psicosocial” para poner de relieve la interconexión entre los procesos psicológicos y sociales, la interacción constante con el otro, y la recíproca influencia.
5. *Esfuerzo propio, autoayuda, ayuda mutua*: la rehabilitación necesita de la solidaridad; funciona con la doble dimensión del esfuerzo propio, la autoayuda y la ayuda mutua y con el desarrollo de capacidades individuales y sociales; que, para promover el autocuidado, relaciones interpersonales y estilos de vida saludables, han de incluir a las familia y grupos cercanos (Tavera Montero y Martínez Ruíz, 2007). La rehabilitación no se refiere solamente a los momentos de la terapia de grupo sino que impregna y cobra forma en todos los momentos del día.

6. La *rehabilitación* no es tanto la narración de historias desgarradoras, estas pueden perderse en el mundo de la anécdota, o marcar el momento que diferencia el pasado y señala el umbral del futuro; supone un cambio cognitivo estructural que no ocurre al azar, sino por medio de una intencionalidad, que hace al individuo más sensible a las fuentes externas e internas de estimulación. La rehabilitación surge a la par con la necesidad de iniciar el camino, se hace concreta en el día a día, por tiempo prolongado y en solidaridad, comienza abriéndose a la verdad de una vida que lucha por sobrevivir, por reconstruirse, por afirmarse y ello asumiendo las consecuencias reales de un pasado que no puede modificar pero que en muchos momentos puede seguir proyectándose como una amenaza.
7. *La participación en un programa de rehabilitación* se inicia rodeado de temores, de expectativas, de sentimientos utópicos, con la idea de que posiblemente existan quienes tengan el mismo o un problema similar y, progresivamente, se convierte en el deseo de encontrarse con los otros y buscar su apoyo. El diálogo cooperativo, puede hacer explícitos los valores latentes y construir un sentido común compartido.
8. *La experiencia de participación en el grupo* ayuda a descubrir la ventaja que supone poder trabajar el conflicto subjetivo con los otros. Esta apertura sincera al otro comporta una transformación que afecta lo personal y conduce a la recuperación de la percepción de la propia competencia, reconstruye la conexión y las relaciones con los otros y restablece una interacción positiva que favorece el cambio social. La transformación de los conflictos y el cuidado de las relaciones, se hace posible por el proceso de reconocimiento de las otras personas.

## 9.- Conclusiones

La sistematización realizada ha permitido describir e interpretar los aspectos considerados centrales de la experiencia; los intercambios comunicativos permitieron problematizar, discutir y construir juntos, pudiendo evidenciar que las redes comunicativas posibilitan la conformación de sujetos que comparten trayectorias, ideas y objetivos comunes. La dinámica generada ayudó a poner en

marcha cambios significativos en cada uno de los miembros. Los sujetos no se autodeterminan solos sino en relación, lo que quiere decir que las subjetividades implican tanto una diferenciación como un reconocimiento. El ejercicio de la comunicación participativa, recíproca y horizontal generó criterios compartidos sobre lo que se vivía: puesta en común, diálogo y reciprocidad dentro del grupo. Posibilitaron instancias de reflexión y problematización donde los sujetos pudieron aprender/desaprender sus propias prácticas, muchas veces arraigadas en la cotidianidad y de esta forma, transformar su realidad.

Una apreciación de los logros desde criterios de eficacia y de eficiencia señala:

- a) La eficacia del programa en función de la consecución de sus objetivos se evidencia en las respuestas a las necesidades de los miembros, percibida y expresada por ellos, en la prolongación de los periodos de abstinencia, en los cambios de vida que afianzan la rehabilitación y en el nivel de satisfacción expresado por los participantes en el programa. Resaltan la experiencia como un proceso de solución creativa de problemas, trabajando en equipo con un enfoque centrado en las personas, experimentando y probando más allá de compartir un espacio de trabajo.
- b) Con relación a la eficiencia se puede evidenciar la mejor utilización de los recursos disponibles que en el programa son institucionales, humanos, técnicos y relacionales. Todos hemos aprendido mucho, aunque pueda decirse que los recursos han sido adecuados a los fines del programa, de cara al futuro habrá incidir en la formación permanente del equipo.

Sin embargo no se debe olvidar que son recorridos complejos. Cuando la ilusión del azar reaparece y se torna pragmática realidad es necesario no retroceder en el camino emprendido. Comprender la dimensión real del juego patológico y sus derivaciones en el presente y a lo largo de la vida, el valor de los cambios, la recuperación de la autoestima, la capacidad de vivir y disfrutar de la vida, de ser responsable, de normalizar la propia vida, puede ser un itinerario fascinante, si bien requiere presencia y acción positiva pues no está exento de dificultades, que actúan desde dentro.

## Referencias bibliográficas

- Aldeanueva, F. [et. al.] (2015). Prevención y tratamiento de las adicciones desde lo psicosocial, FUNLAM, Medellín, Colombia [recurso electrónico] accesible en <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/08/Prevencion-y-tratamiento-desde-lo-psicosocial.pdf>
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* (Fifth Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barroso Benítez, C. (2003). *Las Bases Sociales de la Ludopatía*. (Tesis Doctoral) Universidad de Granada, Granada, España.
- Becoña Iglesias, E. (1996). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.
- Blanco, P. (2016). Asumiendo las consecuencias negativas de la adicción al juego, *Cuadernos de Trabajo Social* Vol. 29-2 (2016) 335-344.
- Blanco, P. (2014). *El Estudio de las Adicciones Sociales. EL juego como Adicción Social: Problemática social, Contexto Familiar y Movimiento Asociativo*. El caso de Huelva. Tesis doctoral inédita Universidad de Huelva. Huelva. España.
- Bombín, B. (Comp.) (1992): *El juego de azar. Patología y testimonios*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Bombín, B. (2019): *El vuelo del cautivo*, Valladolid: CETRAS
- Castaño, S. et al. (2011). Estudio epidemiológico sobre juegos de azar y factores asociados en población universitaria de la Universidad de Manizales, Colombia 2010. *Archivos de Medicina*, 11(2), 101-113.
- Castilla, C., Berdullas, S., Vicente, A. y Villamaría, S. (2013). Apuestas Online: el nuevo desafío del juego patológico. *Enfocop. Boletín General de la Psicología en España*, 61, 4-6.
- Chóliz, M. (2006). *Adicción al juego de azar*. DOI: <http://www.uv.es/choliz>. (Consultado el 08/06/2015).
- Deveaux, EC. (1968). Gambling in a Psychological and sociological perspective. *International Encyclopedia of the Social Sciences*. Vol.6, 53-62.
- De Robertis C. (2006): *Metodología de la intervención en trabajo social*. Buenos Aires: Lumen.
- Domínguez, A. (2009). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de Psicología*, 27(1), 3-20.
- Garrido, M., Jaén, P. y Domínguez, A. (2004). *Ludopatía y relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.
- Jara, O. *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias* [http://www.bibliotecavirtual.info/wpcontent/uploads/2013/08/Orientaciones\\_teorico-practicas\\_para\\_sistematizar\\_experiencias.pdf](http://www.bibliotecavirtual.info/wpcontent/uploads/2013/08/Orientaciones_teorico-practicas_para_sistematizar_experiencias.pdf) s .
- Martí Vilar, M. (2008). Las necesidades humanas desde la psicología moral. *Papeles* n° 102, 89-101.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*, Barcelona: Gedisa
- Pedrero Pérez, E. J. (2015). *¿Qué es y qué no es la adicción? Evidencia científica* [https://www.researchgate.net/publication/282211489\\_Que\\_es\\_y\\_que\\_no\\_es\\_la\\_adiccion\\_Evidencia\\_cientifica\\_disponible](https://www.researchgate.net/publication/282211489_Que_es_y_que_no_es_la_adiccion_Evidencia_cientifica_disponible)
- Perlman, H. (1957): *Social Casework: A Problem-Solving Process*. University of Chicago Press.
- Ross, M. (1967). *Community Organization: Theory, Principles and practice*. New York, USA: Edition Harper and Brother.
- Ruiz Perez, J.I. (2014). Juego patológico y dependencia al alcohol en una muestra de trabajadores y estudiantes universitarios: Prevalencias, interrelaciones y diferencias de género. *PSYCHOL. AV. DISCIP*, 8(1), 33-42.

- Salas Blas, E. (2014). Adicciones Psicológicas y los nuevos problemas de salud. *Cultura: Lima (Perú)*, 28, 111-146.
- Zapata, M.A., Torres, Y. y Montoya, L.P. (2011). Riesgos de Juego Patológico. Factores y Trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín - Colombia. *Adicciones*, 23(1), 17-25.

**Trabajos Fin de carrera (TFC) y Trabajos Fin de Grado (TFG)**, Biblioteca Escuela Universitaria de Trabajo Social "Ntra. Sra. del Camino.

- CASTELLANO VILLAVERDE, B.(2000): La prevención del juego patológico desde el trabajo social
- CORRAL GARCÍA, M.(2002): Ludopatía: Una historia de vida
- DE DIOS CASTAÑO, A. R.(1992): Ludopatía y familia
- DIEZ ALBARRACIN, N.(1998): La adicción al juego: Un problema familiar
- FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, M.;; RODRÍGUEZ GARCÍA, L.(2006): Perfil de los ludópatas atendidos en el COF de León desde 1991 a 2004
- GONZÁLEZ MARTÍNEZ, M. (2005): El juego y la inadaptación social del menor
- MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, D. (2018). Las personas con adicciones conductuales vinculadas a las nuevas tecnologías, en el Centro de Orientación Familiar (COF) de León.
- MONTAÑES GARCIA, S.(1992): El juego y sus consecuencias negativas
- MORAN TARANILLA, E. M.(1994): Respuesta del Centro de orientación familiar al problema de la ludopatía.
- PALACIOS IBAN, N.(1991): Juego patológico: una nueva edición
- RUANO HERRERO, A. I.(1996): Ludoteca complemento educativo a la familia
- RUIZ RENEDO, E. (2000): Necesidades de los jugadores en rehabilitación de AJAR