

**REHABILITACIÓ D'ADDICCIONS COMPORTAMENTALS.
TRETS D'UNA EXPERIÈNCIA**
REHABILITACIÓN DE ADICCIONES COMPORTAMENTALES.
RASGOS DE UNA EXPERIENCIA
*REHABILITATION OF BEHAVIORAL ADDITIONS.
TRAITS OF AN EXPERIENCE*

María Jesús Domínguez Pachón, Dolores Cao Marqués**
i Amparo Martínez Mateos****

DOI: 10.7203/anuari.psicologia.19.1.99

Resum

Aquest treball focalitza l'experiència de rehabilitació d'un grup de persones afectades de ludopatia, a la qual se sumen altres carències i diagnòstics dins l'àmbit de la salut mental, per la qual cosa es configuren situacions personals de comorbiditat. L'experiència forma part del programa de rehabilitació d'addiccions vinculades a trastorns del control dels impulsos –jocs d'atzar, compres o les TIC– que desenvolupa el Centre d'Orientació Familiar (COF). A través de la metodologia pròpia de la sistematització d'experiències, es procedeix a la identificació i comprensió del procés i a la interpretació del sentit de l'acció realitzada, i es dona compte dels procediments i processos, el seu disseny, implementació, potenciació i incidència, com també de la funció terapèutica d'ajuda i suport desenvolupada per l'equip professional i dels aprenentatges obtinguts.

Paraules clau: dependència, rehabilitació, procés, suport, estratègies.

* Centro de Orientación Familiar. Escuela Universitaria de Trabajo Social «Ntra. Sra. del Camino», León. Adreça electrònica: <mdomp@unileon.es>.

** Programa de Rehabilitación de Ludopatía. Centro de Orientación Familiar, León. Adreça electrònica: <dcaom@unileon.es>.

*** Escuela Universitaria de Trabajo Social «Ntra. Sra. del Camino», León. Adreça electrònica: <amarm@unileon.es>.

Resumen

El presente trabajo focaliza la experiencia de rehabilitación de un grupo de personas afectadas de ludopatía a la que suman otras carencias y diagnósticos dentro del ámbito de la salud mental, configurando situaciones personales de comorbilidad. La experiencia forma parte del programa de rehabilitación de adicciones vinculadas a trastornos del control de los impulsos –juegos de azar, compras, o, las TIC– que desarrolla el Centro de Orientación Familiar (COF). A través de la metodología propia de la sistematización de experiencias se procede a la identificación y comprensión del proceso y a la interpretación del sentido de la acción realizada, dando cuenta de los procedimientos y procesos, su diseño, implementación, potenciación e incidencia; así como de la función terapéutica de ayuda y apoyo desarrollada por el equipo profesional y de los aprendizajes obtenidos.

Palabras clave: dependencia, rehabilitación, proceso, apoyo, estrategias.

Abstract

The present work focuses on the rehabilitation experience of a group of people affected by pathological gambling, in which other deficiencies and diagnoses within the field of mental health are added, configuring personal situations of comorbidity. The experience is part of the rehabilitation program for addictions linked to impulse control disorders –gambling, shopping, or ICTs–, developed by the Family Counseling Center (COF). Through its own methodology, the systematization of the experiences proceeds to the identification and understanding of the process and the interpretation of the meaning of the action taken, giving an account of the procedures and processes, their design, implementation, enhanced and incidence; as well as the therapeutic function of help and support developed by the professional team and the learning obtained.

Key words: dependence, rehabilitation, process, support, strategies.

Introducció

El Centro de Orientación Familiar de León –COF– inicia la seua activitat en 1983 com a un servei especialitzat i interdisciplinari que respon a les noves necessitats que la família presenta en la nostra societat; es proposa com a objectius atendre, assistir i promoure la família en totes les seues facetes, a fi d'afavorir una vida personal, conjugal i familiar equilibrada i harmònica. El centre ofereix: a) assessoria, orientació i mediació a les famílies davant els possibles problemes i conflictes; b) serveis especialitzats de tipus social, jurídic, mèdic, psicològic, pedagògic i moral a qui es trobe en dificultat en les diferents dimensions de la vida familiar.

A través de les funcions d'*assessorament, orientació i teràpia educativa-preventiva*, s'ofereix una atenció especialitzada, en consideració de les etapes del cicle vital de la família i les noves necessitats que es presenten, alhora que intenta oferir reforços i previndre les disfuncions o problemes familiars. Amb les funcions *investigadora i formativa-docent* que desenvolupa en col·laboració amb el Gabinet d'Investigació de l'Escola Universitària de Treball Social –EUTS–, es tracta d'estudiar, de forma científica, la demanda que arriba al COF i els canvis que es donen en la família segons l'evolució de la societat, i es projecta a la societat en activitats de formació permanent adreçades al·l'equip i a altres instàncies socials.

Poc després de la creació del COF, l'any 1986, apareixen els primers casos d'addicció als jocs d'atzar i es constata la seua incidència i les múltiples derivacions dins del context familiar, després d'un període preparatori, en 1989, es posa en marxa el programa de rehabilitació. Al llarg d'aquests anys, el COF i l'EUTS han realitzat estudis, quantitatius i qualitius, sobre temes concernents als jugadors i les seues famílies (Palacios, 1991; De Dios, 1992; Montañés, 1992; Moran, 1994; Díez, 1998; Calvo, 1998; Castellano, 2000; Renedo, 2000; Corral, 2002; Fernández, 2010).

La reflexió sobre la diversitat de situacions presentades junt amb l'augment de les demandes i la seua complexitat va fer que, a partir de 2008, s'encetara una iniciativa d'atenció diferenciada amb un nou grup integrat per un nombre reduït de membres. Es tractava d'oferir una resposta més adequada a les demandes presentades per persones afectades de ludopatia, addicció a les compres, les TIC, etc., amb determinades característiques de comorbiditat que feien difícil la participació activa en el grup i interferien en l'evolució del seu procés rehabilitador, i això feia aconsellable un tractament més particularitzat.

Si bé en els membres del grup conflueixen a més del joc altres addiccions, atès que la ludopatia té més rellevància, en procedir a la sistematització de l'experiència s'hi farà referència explícita.

Quan es tracta d'addicció al joc es parla d'un problema de salut, reconegut per l'Organització Mundial de la Salut com una malaltia. El DSM-V l'identifica com a malaltia en els termes següents: «joc patològic problemàtic, persistent i recurrent que provoca una deterioració o malestar clínicament significatiu i es manifesta quan l'individu presenta quatre o més dels nou criteris establits durant un període de 12 mesos». És un problema de salut individual i social, que comporta un enorme nombre de riscos que impliquen, sovint, la societat íntegrament.

El treball que es presenta és fruit de l'experiència desenvolupada en aquests anys, focalitza més explícitament el període comprés entre els anys 2015 i 2016. A la reconstrucció d'alguns trets de l'experiència, se sumen la interpretació crítica del procés viscut, de les persones i factors que intervenen en aquest procés,

la seua interrelació i per què s'ha procedit d'aquesta manera. Des de la dimensió estratègica es dona compte de la visió i l'enfocament del programa, la contextualització del problema, la proposta de canvi expressada en aspectes de contingut i mètode del procés rehabilitador, així com de la funció terapèutica d'ajuda i suport desenvolupada per l'equip professional i els aprenentatges obtinguts

Les experiències, com a processos vitals i únics, expressen una enorme riquesa acumulada d'elements. El treball parteix de la necessitat de reflexionar els discursos i accions del que s'ha realitzat per a la seua millor articulació i comprensió. S'opta, així, per una metodologia de sistematització d'experiències, entesa com un procés de reflexió i interpretació crítica sobre la pràctica i des de la pràctica que es duu a terme sobre la base de la reconstrucció i ordenament dels factors objectius i subjectius que han intervingut en l'experiència, descobrir o explicar la lògica del procés viscut, els factors que han intervingut en aquest procés, la seua interrelació i per què s'han fet d'aquesta manera, per extraure'n aprenentatges i compartir-los. Això, amb una metodologia integradora de teoria-pràctica per a produir coneixement a partir de l'experiència.

La sistematització abasta només alguns aspectes considerats variables centrals de l'experiència que comprenen les qüestions següents:

- Context teòric-institucional:
 - El joc i les seues derivacions: addicció al joc, joc obsessiu socialment condicionat, dimensió personal i subjectiva.
 - Intencionalitat: visió i enfocament del programa, dimensió social i subjectiva, concepció de la persona i el seu entorn, atenció integral.
- Persones participants:
 - Perfils: trets vitals, entorns, condicions de vida, dimensions relacionals, vivències, respostes socials.
- El programa:
 - Estructura i estratègies.
 - Itineraris: contingut i mètode.
- Procés de rehabilitació:
 - Revisió, comunicació, acolliment, resposta a les necessitats, saber significatiu, construcció del subjecte.
- Equip professional:
 - Funcions de l'equip; implicacions de la pràctica, intervencions professionals.
- Interpretació i sabers:
 - Resistències, experiències adverses, evidències, suport social, canvis, participació.

Context teòric i institucional

Amb aquest epígraf s'intenten aclarir conceptes i intencionalitats que donen consistència a l'entramat i estructura al treball. El joc és una de les activitats més rellevants de l'ésser humà amb indubtable valor per al desenvolupament personal, l'aprenentatge, o, com una activitat amb un paper motivacional destacat; pot facilitar la integració de les experiències, servir al desenvolupament d'habilitats socials, fins i tot servir a l'entrenament en resistència a la frustració, etc. No obstant això, l'abús del joc també pot implicar problemes i conduir a conductes excessives o dependència. De fet hi ha una sèrie de jocs que, per les seues característiques especials, faciliten –fins i tot indueixen– que s'hi dedique massa temps o recursos; és el cas de l'addicció al joc d'atzar i/o la dependència als videojocs, aquesta última una de les manifestacions més característiques de les anomenades «addiccions tecnològiques» (Griffiths, 1995).

La mirada al context social percep, segons adverteix Deveaux (1968: 54), que

el joc és alhora una institució recreacional principal, un vici enorme, una indústria a gran escala, una font poderosa de crim i corrupció política, un problema social perenne, un trencaclosques psicològic fascinant i un pensament intrigant.

El joc i les seues derivacions

Jugar es planteja com una tasca molt fàcil per dos motius: la gran oferta de jocs d'atzar a disposició (King, Delfabbro i Griffiths, 2010) i l'excessiva acceptació social que encara té (Blanco, 2014). Però sota aquesta bonança s'amaga la penosa realitat de l'addicte que, sabent-se perdedor, és capaç d'abandonar el seu projecte de vida per uns moments de joc (Castella, Berdullas, Vicente i Villamaría, 2013). La permissivitat aplanava molt el camí als dispendis que s'originen entorn del joc, alhora que les dades adverses de caràcter humà, social i econòmic que l'envolten remarquen la dimensió social del problema. Ens preguntem:

- a) *De què parlem?* En el nostre cas es posen en relleu la realitat del *joc obsessiu socialment condicionat* i la *mirada comprensiva a l'experiència viscuda per un dels grups, participants del programa de rehabilitació*. Es tracta d'una recuperació difícil i delicada en què conflueixen múltiples instàncies i s'entrecreuen elements d'esforç propi, d'autoajuda, diversos aspectes del suport social i d'ajuda mútua.
- b) *És un problema social?* Si bé la dependència del joc afecta vitalment la persona del jugador, també es caracteritza per la repercussió en les seues actuacions i relacions familiars i socials. La realitat indica que «Tot el sistema social ha de pagar un alt preu. Es calcula que per cada ludòpata que existeix es veuen afectades altres 10 o 20 persones entre

familiars, amics i companys de treball. Per això, quan es parla de ludopatia, no solament cal considerar el malalt, sinó també les persones que directament o indirectament estan vinculades a aquest problema» (Becoña, 1996: 136).

- c) *I la dimensió personal i subjectiva?* A més de l'evidència explícita del problema econòmic, l'addicció al joc (Blanco, 2016) comporta situacions molt difícils en l'àmbit personal, laboral, social i legal que, al seu torn, té un impacte molt nociu en l'àmbit familiar. Si al principi jugar delecta, amb el temps aquesta acció acaba estressant, ja que tard o d'hora l'addicte deixarà de sentir-se bé amb el joc, experimentarà el que és viure instal·lat en la contínua mentida, perdre molts diners, no saber com fer front als deutes, viure aïllats de tots, centrats únicament en el joc i saber-se un miserable sense indicis de canvi; tot això tendeix a crear-li alts nivells de malestar, on és fàcil que l'ansietat, l'estrés, la irritabilitat, la depressió, la desesperació, així com la idea del suïcidi, afloren de forma continuada (336-337).

La visió subjectiva queda reflectida en l'expressió d'un dels participants del grup:

Aquesta ànsia que ens porta fins a la pèrdua dels nostres propis actes, que ens arrossega cap a la crida d'una sort que no trobem, malbaratament de temps i nervis que ens porten al sofriment intern, al desengany, al saqueig dels nostres propis béns, a caure en una satisfacció fictícia, que a penes dura el que duren els nostres béns momentanis, dolor i angoixa que ens atrapa per més temps del que imaginem. Però els nostres sentits ens arrosseguen molt sovint cap al mateix, sentim que ens desfoguem del tot però sempre ens condueix a la mateixa mentida, la més gran de totes enganyar-nos; per això la dita: 'et vols menjar el món i el món et menja a tu', així és el joc (A.1)

La realitat és que el joc es converteix en un company advers i hostil. La condició de jugador patològic, compulsiu, o més comunament ludòpata, sol estar envoltada de multitud de prejudicis, estereotips i en conseqüència de tractes discriminatoris que el fan particularment vulnerable; aquesta situació pot agreujar-se més encara, quan se sumen el diagnòstic de malaltia o trastorn psiquiàtric i es viuen condicions sociofamiliars de precarietat.

Davant la perspectiva d'afrontar la dependència, la rehabilitació se situa entre la realitat i la utopia:

Acudisc a una teràpia de grup, som uns pocs, tots ens portem bé, som conscients que tenim un problema. Són problemes que intentem resoldre i ens resulta difícil. Alguns els hem resolt en certa manera, altres tenim daltabaixos, però tenim un gran do, i és que som conscients dels nostres problemes i no els ocultem perquè som sincers amb nosaltres mateixos i de segur que aquesta consciència ens traurà d'aquest mal pas (A.1).

Metodologia

Visió i enfocament del programa

S'indiquen ací elements considerats substancials per a la percepció i la lectura de la realitat que es desitja abordar amb el programa, en funció de l'adequació dels seus mètodes, la millora i l'increment de resultats o la reducció de les derivacions no desitjades, en relació amb el compliment dels objectius del programa.

- a) El programa focalitza *dues dimensions principals*: la social i la subjectiva. La diversa harmonització dels aspectes socials –vinculats a les representacions socials, la responsabilitat social i el reconeixement de drets–, amb els aspectes subjectius –vinculats a característiques i processos personals–, marcarà les diferències en l'orientació dels programes i en el posicionament professional.
- b) *Concepció de la persona i el seu entorn*: si la visió que es té sobre la persona que es rehabilitarà es correspon amb la d'un malalt irrecuperable i sense voluntat, la intervenció adoptarà una orientació estructurada que s'escau amb un *enfocament directiu* i, en conseqüència, l'addicte serà tractat com a objecte passiu de la intervenció. Per contra, l'enfocament *no directiu* considerarà l'addicte com un ésser humà amb drets, que travessa per un esdeveniment addictiu. Aquesta concepció, amb la qual s'identifica el programa del Centre d'Orientació Familiar, considera l'addicte un ésser que té possibilitats de participar en la seua recuperació.
- c) *Atenció integral*: la rehabilitació, implica, seguint Kohlberg, desenvolupament cognoscitiu, participació social i assumpció de rols. Es tracta d'afavorir la configuració moral de la persona (Martí, 2008) mentre s'optimitzen els aspectes següents:
 - La construcció del *jo*, on s'haurien de treballar l'autoregulació, l'autoconcepte i l'autoestima.
 - La reflexió moral, on caldria construir els conceptes morals, potenciar la comprensió crítica i desenvolupar el judici moral.
 - La convencionalitat, on s'haurien de desenvolupar les destreses dialògiques, l'empatia i les habilitats socials, afavorint l'assumpció de rols, perquè l'individu se senta responsable i participe en el seu àmbit social (100).

El programa opta per un *enfocament bio-psico-social d'atenció integral a la persona*, sense perdre de vista la multidimensionalitat de l'ésser humà, la integració necessària i el suport social. Respecte a la teràpia utilitzada es correspon amb els models *cognitiu-conductuals-istèmics*.

Les persones participants

Des de 2008 han participat en aquest grup 43 membres, amb edats compreses entre 24 i 50 anys, el seu temps de permanència varia entre quatre mesos i 6 anys; la grandària mitjana del grup entre 8 i 10 jugadors, i s'ha aconseguit una mitjana de resultats positius del 83%. El grup actual l'integren persones amb patologia dual –diagnòstics: esquizofrènia compulsiva, deterioració i/o deficiència mental–. El recorregut vital relacionat amb la dependència evidencia una vinculació amb anteriors experiències d'un consum desenfrenat de substàncies, que els han conduït a episodis de crisi a diagnòstics de deficiències, trastorns i malaltia mental amb diferents graus de gravetat.

Perfils

La presentació d'alguns trets poden servir de base per a caracteritzar els perfils dels membres del grup, fent presents dades personals i del context relacional en el qual se situen les seues vides. Es procedeix a designacions simbòliques i desplaçaments de trets per protegir la identificació de persones:

- *J1* Fa referència a una història intensa de consums i joc, que incideix en el diagnòstic de la seua patologia dual. Reconeix un canvi gran en la seua vida i no vol per cap pretext tornar enrere després dels passos fets. Viu de forma positiva el fet d'haver-se independitzat de la convivència amb la mare i ha passat a incorporar-se en un programa d'habitatge tutelat que comparteix amb altres companys; *J1* segueix amb fidelitat una medicació que li indueix episodis de somnolència, que els companys comprenen i respecten; fa 4 anys que no juga, se sent amb el suport del grup, el qual considera valuosa la seua presència i la seua aportació a la dinàmica grupal. És la veu de la consciència dels compromisos a seguir pel grup per avançar en el procés de rehabilitació.
- *J2* Quan era venedor de cupons, no aconseguia controlar les mans, que tornaven insistentment sobre els rasca i li creaven importants problemes econòmics i laborals. Els membres del grup el van ajudar a trobar alternatives a aquest gest i va ser l'inici del seu «alliberament». *J2* va viure sempre amb la seua mare, en morir aquesta continuà vivint sol. Els seus germans van intervenir quan *J2* posava en risc el seu treball, i van aconseguir que li concediren la jubilació. Actualment, fa quasi un any que no juga. És silenciós, d'elaboració i expressió lenta, encara que parla molt poc, ha aconseguit comunicar aspectes simbòlics de la seua persona.
- *E* Fa dos anys que participa en el grup, té reconegut el grau de discapacitat, sofreix les seqüeles d'un accident laboral que va tenir com a conseqüència l'amputació d'una part de la mà dreta. El seu pare l'acompanya

a la reunió del grup i participa en les reunions de familiars. *E* ha conegut una persona amb la qual ha decidit compartir la vida, fet que crea incertesa a la seua família. Per Nadal *E* va tindre una recaiguda. Trencar la trajectòria de dos anys va trencar la confiança conquerida. Una qüestió que està elaborant i de la qual tracta de rescatar aprenentatges.

- *AI* Participa en el grup des de fa 3 anys. Recorda amb relativa freqüència la seua història de consum assenyalant el moment més agut de la crisi quan el van ingressar en un hospital psiquiàtric, i va iniciar el canvi en positiu de la seua vida. Ha anat superant progressivament les seues dependències però li costa; el que el desestabilitza és sentir-se dominat i absorbit per l'impuls a jugar. A això se suma l'addicció a les compres vinculades a les TIC i a la música. *AI* és comunicatiu, ocupa el temps cuidant la casa que comparteix amb dos germans, un dels quals li controla els diners; ha anat descobrint els seus interessos artístics: li agrada la música i escriu relats breus i poemes; el grup l'anima a dedicar temps a escriure, la qual cosa li ha facilitat contactes i un suport que viu com a gratificant, ja que li ofereix accés a relacions i espais normalitzats.
- *C* Té coma addicció principal les compres. Viu amb complex de culpa i no distingeix quan compra per comprar i quan compra el que necessita. *C* actualment està sola, vivia amb el pare i amb la seua filla; el pare va morir i la filla s'ha establert en un altre país. Tot i estar lluny, la filla és per a ella una forta motivació, pensar en l'ajuda que necessita la seua filla la motiva a l'estalvi, però té dificultats per a controlar els diners, sobretot davant les ofertes i les rebaixes. Un èxit important en aquest moment és haver aconseguit que el seu germà li porte el control dels diners. *C* participa en activitats d'ALFAEM i afirma que se sent reforçada pel suport dels seus amics i del grup.
- *F* Presenta una situació més complexa. Ha superat la dependència de l'alcohol, però pensa no ser capaç de desprendre's del joc; fa molts anys que es planifica la vida cuidant l'espai del joc; quan va deixar la seua activitat de pastor va jugar en poc de temps el capital acumulat; va anar a viure a *L.* amb la seua mare, poc després d'ingressar-la en una residència i es va quedar a viure sol a l'habitatge que compartien. No té relació amb familiars, se sent des de sempre menyspreat per ells. *F* obtingué el reconeixement de la seua discapacitat en ser diagnosticat de «deterioració mental» i és beneficiari d'una ajuda social. Durant el temps que va estar sense recursos va obtenir els aliments dels contenidors pròxims als supermercats. *F* va afirmar sempre que, el seu poble, era l'únic lloc on jugava, com si es vera condicionat pel cercle social que formen els jugadors «amics». Són els amics, els diners i, sobretot, la solitud i la il·lusió del joc controlat el que es constitueix en la disculpa enfront de les

seues recaigudes. En les últimes trobades, *F* aconsegueix manifestar el profund sentiment de fracàs que li provoca el joc.

- *A2* Té diagnosticat des de la infància un trastorn de comportament que es va complicar en perdre la mare. La seua integració en l'ambient de joc i consum de la seua zona de residència i el consegüent comportament conflictiu van aguditzar els problemes d'entesa amb el pare fins a arribar a trencar-hi totalment, en un itinerari de degradació progressiva. Quan va acudir al centre havia avançat en el programa de metadona, dormia als caixers consumint «pastilles per a dormir» i fer més suportables les possibles agressions i assetjaments. Els primers passos per a una major estabilitat i cerca de suport per a la rehabilitació del joc van ser un profund fracàs. Després d'uns moments de desorientació, va aconseguir, amb el suport del grup, una solució que li va permetre la continuïtat. Aquesta situació marca l'inici d'un període que el situa de forma més efectiva en el procés de rehabilitació. *A2* ha conclòs el programa de metadona, ha establert relacions significatives amb una nova parella que l'acompanya i es compromet amb ell en el procés d'afrontar la seua ludopatia, en el restabliment de les relacions trencades amb la família i de manera especial en la recuperació del seu sentit de dignitat i autoestima i en la possibilitat de desenvolupar les seues capacitats.
- *A3* Havia participat anteriorment en el programa de rehabilitació, després d'una recaiguda. Vingué acompanyat de l'esposa per reincorporar-se de nou al programa. *A3* participarà de forma espaiada, perquè creu que li oferirà el reforç que necessita.
- *H* Completada la seua rehabilitació, participava ocasionalment per trobar-se amb els seus companys i mantindre el propòsit d'abstindre's del joc. *H* va suspendre el tractament farmacològic i va reprendre el joc, amb això va activar més el seu descontrol en altres aspectes. Actualment es troba ingressat a un centre hospitalari.
- *BE*, Una volta ha completat el programa de rehabilitació, es fa present puntualment per reforçar el seu propòsit i trobar-se amb els seus companys de grup.
- *J* i *R*, Diagnosticats d'esquizofrènia paranoide. Procedeixen de programes de rehabilitació per consum. Els dos semblaven motivats i disposats a deixar de jugar, però aviat *J* abandona. Les seues famílies semblen estar totalment al marge dels seus problemes de joc.

El programa de rehabilitació

El programa és una proposta estructurada que dissenya recorreguts, accions i estratègies apropiades, en coherència amb la visió de l'itinerari rehabilitador.

Sobre aquest tema, Pedrero (2015: 25-26) destaca l'interès del que anomena troballes recents que avalen l'enfocament biopsicosocial de l'addicció, les línies principals del qual són: a) *El paradigma de l'enriquiment ambiental*; b) *La neurociència de l'addicció*; c) *L'apoderament*, entès com a procés i meta; d) *El paradigma de la recuperació de l'addicció*.

En correspondència amb l'enfocament bio-psico-social, el programa es formula des dels conceptes d'atenció integral a les persones i de suport psicosocial, i projecta un futur de vida més lliure i satisfactòria, que tendeix a enfortir el desenvolupament de capacitats, d'estratègies de control dels impulsos i de promoció de conductes saludables, corresponent la teràpia utilitzada amb els models *cognitiu-conductuals sistèmics*.

Dimensions i estratègies

En la figura 1 s'il·lustra l'estructura fonamental del programa de rehabilitació i la seua organització entorn de quatre línies que recullen les dimensions a elaborar.

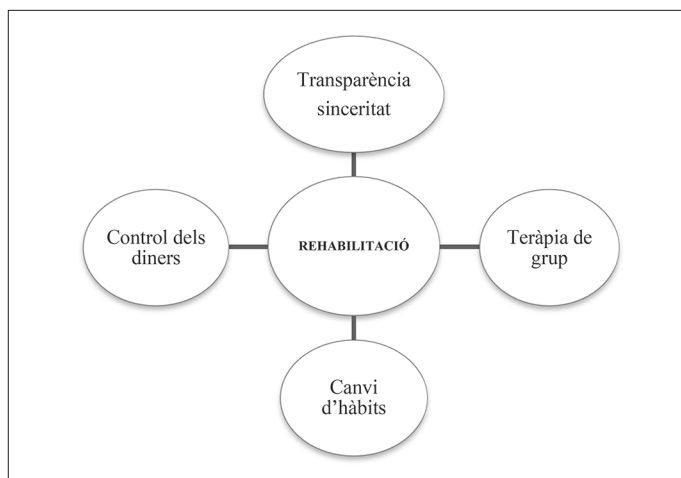


Figura 1. Programa de rehabilitació: dimensions estructurals.

Aquestes quatre dimensions han de treballar-se simultàniament de forma harmònica i integrada; en el dia a dia del procés rehabilitador; per a la intervenció es desglossen en línies estratègiques com s'il·lustra en la taula 1.

TAULA 1
 Dimensions i estratègies

DIMENSIONS QUE CAL ELABORAR	ESTRATÈGIES
<p>1. <i>Transparència</i>: vinculada al procés de manipulació que progressivament envaeix el món personal i relacional del jugador, i li genera dinàmiques d'auto-engany.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre distància del desig i enfortir-se amb les relacions humanes significatives. • Superació de les dinàmiques d'autoengany i pensaments distorsionats. • Afrontar la mentida i recuperar el control és el començament d'una nova vida i d'un nou model de relació amb els éssers estimats.
<p>2. <i>Control dels diners</i>: la pèrdua de diners i la il·lusió de recuperar-los sol ser el símptoma que més sovint desperta les alarmes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Experimentar les dificultats i beneficis del control. • Adquisició d'una visió més realista i concreta del valor dels diners. • Establir paràmetres de control i seguiment que assegurin l'èxit del tractament, per previndre i evitar la recaiguda.
<p>3. <i>Canvi d'hàbits</i>: desplaçar l'impuls del joc, recuperar interessos abandonats i incorporar-ne d'altres de nous que enriqueixen les vides del jugador i les seues famílies.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Descobrir i experimentar la vida més enllà de la teranyina del joc. • Equipar-se d'ajudes eficaces per a afermar una vida en la qual l'addicció mai més siga una alternativa. • Incentivar interessos i activitats que reunisquen criteris de benefici saludable i de diversió.
<p>4. <i>Teràpia de grup</i>: dispositiu de revisió, control, reforç i reelaboració que acompanya el procés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lloc de referència per a l'elaboració de les dimensions del mateix procés de rehabilitació i la consolidació dels aprenentatges i avanços registrats. • Identificació amb els altres en la lluita empresa, la major acceptació dels problemes i el ferm convenciment en el poder de canvi d'aquells aspectes que menys ens satisfan. • Teràpia grupal amb persones que es troben en una situació similar, fonamental per a qualsevol procés de recuperació. • Compartir els sentiments que han estat ocults, potser durant llarg temps. • Comparar experiències, reconèixer errors que hàgem pogut cometre, ser més compassius i empàtics amb nosaltres mateixos i amb els altres.

Procediment

La persona dependent que s'acosta al programa de rehabilitació acumula un procés de pèrdues reiterades i d'elaboracions fortament subjectives teixides de negació, rebuig, ràbia, negociació, depressió, major o menor acceptació i reorganització. Amb l'acostament al programa inicia un itinerari amb diferents fases:

A. La fase inicial comença en el moment en què el jugador, sol o amb la seua família, pren contacte amb el programa per demanar ajuda i culmina com a fase quan s'arriba a un acord o compromís per treballar junts el problema. L'itinerari de la rehabilitació cobreix els moments següents:

- 1) *Atenció a la demanda presentada* i acolliment a les inquietuds, motivacions, dubtes i temors, fracassos, expectatives, etc. que poden acompanyar aquest moment. El seu propòsit és la comprensió i clarificació dels fets que constitueixen el problema; en conseqüència, la comunicació a través del llenguatge que es constitueix en essència de la interacció. L'objectiu d'aquest moment és contribuir al fet que el jugador se senta menys necessitat de protecció enfront del problema i ajudar-lo a unir forces per afrontar el problema.
- 2) Proporcionar *informació exhaustiva i elements per a la reflexió* sobre el programa i la seua metodologia, implicacions, responsabilitats a assumir, etc., habitualment amb la presència del jugador i algun familiar. Si tracta de col·laborar amb les persones, cal obrir una perspectiva, mitjançant l'exploració de tots els aspectes possibles de la situació negatius, positius i neutres. En aquest moment és important que el jugador i la seua família tinguin una visió realista i esperançadora, basada en el coneixement del qual s'ha de fer per a aconseguir l'objectiu.
- 3) No es tracta només de demanar ajuda i informar-se, *cal acceptar-la i utilitzar-la*. Quan el jugador decideix participar en el programa s'inicia el protocol per a la incorporació. Aquest desenvolupa tres dimensions: *a)* informació personal, famílies/o entorn pròxim significatiu, *b)* aclariment de les dificultats, dels recursos disponibles i establiment de compromisos en funció del mateix procés rehabilitador, *c)* la disposició a participar en les sessions de teràpia del grup.
- 4) *Informació d'interès sobre la història del jugador*, les variables personals, socials, econòmiques, culturals que han incidit en la conducta addictiva aporten un coneixement de la situació i la seua vinculació amb el comportament compulsiu. Els informes que s'emplen reflecteixen aspectes descriptius de riscos i conflictes, i consideren alhora potencialitats i forces; encara que algunes vegades siga difícil la seua identificació, és important reconèixer que el jugador, malgrat tot, ha aconseguit sobreviure i, a més, ha sigut capaç de buscar ajuda.

Aquesta primera aproximació (Perlman, 1957: 110-111) ha d'adquirir a més un caràcter operatiu que permeta la projecció de metes i plans d'intervenció. Es tracta de poder establir de forma particularitzada els fets que determinen la realitat en cada cas; qüestions que donen al problema una forma concreta i específica i permeten adequar l'ajuda cap a la solució. Establir els fets, subjectius i objectius és condició essencial en tot procés de comunicació, només així es pot estar segurs que es parla de les mateixes coses, que les paraules que fan servir tenen per a tots dos el mateix sentit i que es prenen com a fonament de la seua discussió les mateixes dades.

- 5) *Prendre la decisió de comprometre's* en la resolució del seu problema i en la cerca de solucions es plasma en l'establiment d'acords del jugador i la seua família respecte als compromisos i relacions amb els contextos condicionants que afavoreixen l'aparició de riscos amb vista al procés rehabilitador. Es tracta de promoure els factors protectors que redueixen els riscos i la probabilitat que experiències traumàtiques generen conseqüències negatives a llarg termini, i de motivar les persones i les famílies perquè aconseguisquen afrontar de manera significativa les diferents etapes.
- 6) *Atenció individual*, més intensa en la primera etapa i quan siga requerida, davant qüestions particulars dels participants i/o les seues famílies.
- 7) *La incorporació a la teràpia de grup* requereix obtindre la informació suficient per a percebre i comprendre el pes dels altres significatius amb els quals les persones usuàries compartiran les seues experiències. La rehabilitació en *un programa obert* es realitza enmig de la vida normal de les persones, en la qual hi ha moltes més interaccions de les que tinguen amb els professionals i el grup. D'altra banda, també hi actuen factors contextuals que determinaran que certs temes es poden tractar lliurement, ocultar o témer expressar-los.
- 8) *El jugador i la seua família* s'incorporen al seu grup respectiu i participen cada 15 dies en les sessions de teràpia grupal. El grup es presenta com un món de significats on cada membre es reconeix i reconeix els altres. El grup, a més de constituir-se en el lloc referent de revisió i anàlisi del procés, necessita una cura rigorosa en relació amb el contingut i la metodologia emprada, per la qual cosa adquireixen valor el desenvolupament de temes que reforcen els coneixements i les tècniques per al desenvolupament de capacitats i habilitats necessàries.

B. L'etapa intermèdia *abasta la progressiva superació de les dificultats*; es recorre un itinerari rehabilitador d'aprenentatge/des aprenentatge orientat a la normalització de les seues vides. És un procés de resolució de problemes i de cerca de solucions que mira d'introduir en els processos vitals del jugador estratègies de control, mètodes d'actuació, recursos i coneixements organitzats mitjançant els quals s'enforteix i sustenta l'esforç que realitzen el jugador i la seua família: reflexionar sobre els fets, contrastar-los, reorganitzar-los mentalment, prendre decisions i actuar.

C. L'etapa final té a veure amb *la consolidació dels canvis*, enfortiment d'aprenentatges i conductes saludables. L'objectiu mira sempre a la major activitat i implicació del jugador i també a introduir una dinàmica i un punt de vista diferent que aferme i done solidesa a l'autonomia adquirida, a ser responsable i solidari.

Resultats

Procés de rehabilitació

En l'experiència presentada, la rehabilitació és un procés de canvi viscut per subjectes que es troben en situacions de desemparament i amb gran dificultat per a abordar problemes. Són situacions en què les persones solen patir, estancar-se, entrar en conflicte i depressió; encara que també solen buscar altres persones i comptar amb la seua ajuda. Comes veu en la figura 2, el procés recorre diferents instàncies.

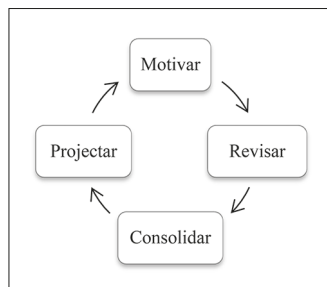


Figura 2. *Instàncies del procés.*

Els compromisos adquirits, juntament amb les possibilitats que ofereix la participació en el grup, faciliten l'elaboració del conflicte subjectiu. Es fa ací més èmfasi en la dimensió social relacional, per remarcar l'activitat del grup. Sobre aquest tema cal assenyalar alguns elements:

- a) *La comunicació, procés bàsic de la relació*: atès que som subjectes socials, la comunicació permet l'intercanvi d'idees, aprendre, conèixer les persones, compartir experiències. El grup es constitueix en un entorn simbòlic que treballa per la integració amb llenguatge específic i amb característiques que han proporcionat suport per a la contenció dels subjectes i la reorganització subjectiva, i n'afavoreixen la participació i la reinserció social.
- b) *El grup comença amb un acolliment tolerant, amable*, quasi incondicional del nou integrant, independentment de les seues actituds i accions. Les narracions que cadascú escolta ofereixen la possibilitat de reconèixer i observar formes d'operar i estructuracions objectives d'altres; sens dubte, el grup és un medi social propici i promotor de processos subjectius amb caràcter terapèutic, orientats a aconseguir noves formes de apreciació de la mateixa persona, de les possibilitats reals de futur i de l'aprenentatge de formes de resposta i acció.
- c) *El grup ofereix i fixa formes de tolerar el que abans era intolerable*, que es transformarà en recurs i saber significatiu el que ocasionava conflicte. Una narració diferent de la pròpia història personal permet transformar el sentit del què era intolerable i oferir així l'accés a una col·locació social viable.
- d) *El grup és adequat a les necessitats* que tenen les persones que hi participen i l'utilitzen com a mitjà per a aconseguir un aprenentatge i un canvi quant a la seua constitució com a subjectes. A vegades el camp normatiu del grup pot ser fins i tot antagònic amb el circumdant –p. ex., en l'abstenció total del joc–, i ajuda a anar justament en contra del que està establert, que s'ha constituït en conflicte.

Activitat del grup

Per entrar en el detall de la dinàmica del grup, a manera d'exemplificació, es fa una breu referència a dues de les línies desenvolupades: a) ampliació de coneixements i sabers, recull intervencions d'informació, formació/educació adreçades a l'aclariment, el suport i el desenvolupament d'un major coneixement i comprensió de si mateix; b) afirmació de significats que tendeix a remarcar la consolidació i interiorització dels aprenentatges significatius.

a) *Ampliació de coneixements i sabers*

Se seleccionen, a manera d'il·lustració, algunes activitats desenvolupades amb els membres del grup:

1. *Descobriments*. Dinàmica utilitzada: adaptació de la màscara.
 - Objectiu: conèixer-se, acceptar-se, enriquir-se, fer-se càrrec.
 - Identificacions:
 - La dificultat de manifestar-se.
 - Les pors i temors.
 - El recurs a dissimular.
 - L'autoengany de la imatge.
 - Qüestions que emergeixen:
 - Sentir-se bé amb un mateix.
 - Conèixer-se millor i en positiu.
 - Descobriments i valoració: ser responsable.
 - Valorar-se, no menysprear la mateixa persona ni els altres.
 - Superar els complexos i prejudicis.
2. *Autoestima i confiança*. Dinàmica de la flor.
 - Objectiu: analitzar la influència de les experiències negatives i/o de fracàs.
 - Identificacions:
 - Condicionaments, ferides, defenses.
 - Possibilitats de superació.
 - Qüestions que emergeixen:
 - Mecanismes personals de cura i tracte respectuos.
 - Ajuda mútua.
 - Florir enmig de les dificultats.
 - Les nostres qüestions pendents.
 - Les experiències negatives anteriors poden condicionar per sempre?
 - Procurar ocupacions saludables. Ocupació i preocupació.
 - Reconciliació amb la vida.
3. *A la recerca de la identitat*. Dinàmica: Si jo fóra un mineral. Triar una pedra amb la qual m'identifique.
 - Objectiu: descobrir aspectes i dimensions de la pròpia identitat.
 - Identificacions:
 - Amb una pedra molt rústica, així sóc jo.
 - Amb un robí, és colorit i brillant, m'agrada.
 - Una pedra modelada en forma de cor és de la meua filla.
 - Les pedres fòssils de la meua zona, les buscava, m'agradava recollir-les.
 - Preferisc un còdol.

- Sóc un tros de carbó i també una pedra blanca, signifiquen la història de la meua família i la meua. La meua família ha viscut i és el que és –positiu i dolorós– gràcies al carbó, però jo ara no vull veure'm fosc, hi ha hagut un moment en la meua vida en què he entès que havia de deixar el passat i emprendre el camí de la rehabilitació i és en el que vull seguir, encara que em resulta difícil desprendre'm del joc.
 - Qüestions que emergeixen:
 - L'elecció de la pedra i la seua presentació serveix per a establir una comunicació fluida i atenta entre els membres del grup, a plantejar qüestions sobre la seua pròpia vida, considerar aspectes negatius i positius de la pedra i referir-los a la seua pròpia experiència i perspectives. És possible modelar la pedra, esculpir la seua identitat...? Es desperten expectatives i possibilitats de superar les seues dependències, recuperar-se i posar nom a la seua autoestima. Preguntes sobre la possibilitat de superació de condicionaments de la seua «pedra d'origen».
- El grup se sent ajudat i facilitat en la comunicació.

b) Afirmació de significats

Al llarg de les trobades s'elaboren conceptes que passen a formar part del vocabulari del grup, com paraules clau en el seu procés de rehabilitació. Aquestes paraules van ser sotmeses a la consideració dels participants en dues oportunitats amb objectius diferenciats, a cada participant se li lliurà una col·lecció de 33 targetes –taula 2– amb la consigna de seleccionar entre 7 i 10 termes que consideraran:

1. Representatius del procés del grup;
2. Representatius del procés personal.

TAULA 3
Conceptes proposats

Acceptació	Capacitats	Honestedat	Participació ciutadana
Amenaces	Col·laborar	Identitat	Prejudicis
Suport	Compartir	Igualtat	Respecte
Autoestima	Comunicació	Interessos	Responsabilitat
Ajuda	Coneixement positiu	Res	Superació
Autoajuda	Debilitats	Normalització	Transparència
Ajuda mútua	Etiquetes	Oportunitats	Unió
Canvis	Fortaleses	Participació	Voluntariat

Els resultats obtinguts van ser objecte de successius diàlegs amb els membres del grup. Una breu síntesi d'aquests es recull en la taula 3.

TAULA 4
Significació dels conceptes

	GRUP		PERSONAL
A	Honestedat Responsabilitat Respecte	Identitat Acceptació Igualtat	Honestedat - fortalesa - interès - comunicació responsabilitat - coneixement en positiu - respecte. <i>Tenen sentit per a mi, com vull ser i com m'agrada que em tracten.</i>
B	Canvi Comunicació Ajuda Unió	Suport Compartir Interessos	Debilitat - autoestima baixa - ajuda deixar de mentir - fortaleses <i>Recaic, m'enganye i em justifiqui davant els altres, em renyen i em sent ajudada, els amics i la família són la meua fortalesa.</i>
C	Superació Transparència Respecte Responsabilitat Honestedat Ajuda	Suport Autoestima Fortalesa Comunicació Coneixement positiu	Honestedat - ajuda - coneixement en positiu superació - responsabilitat <i>El meu itinerari de recuperació, el que m'ajuda a sentir-me bé, suport, creure que és possible ser responsable i superar-me.</i>
D	Participació Igualtat Honestedat Respecte Transparència	Comunicació Acceptació Ajuda Autoestima Suport	Comunicació - igualtat - unió - compartir col·laborar- perjudici- transparència- fortalesa. <i>M'envolten les dependències, l'impuls intern que m'angoixa fins que el satisfai, m'ajuda el grup on ens comuniquem i ajudem a ser transparents i honestos, és una fortalesa.</i>
E	Suport Coneixement positiu Respecte	Superació Comunicació	Honestedat - ajuda - responsabilitat acceptació canvi - compartir - debilitats normalització <i>Aquest és el meu itinerari d'avançament en el projecte i en la meua vida.</i>
F	Comunicació Debilitat Ajuda Etiquetes	Participació Respecte Igualtat	Honestedat- responsabilitat - debilitat comunicació - compartir- col·laborar interessos - igualtat - identitat <i>El que crec important, el que faig, el meu convenciment que no puc –la meua solitud– no sé qui sóc?</i>

L'equip professional

En vista de l'experiència, com s'han treballat amb el grup? I com s'ha avançat en els aprenentatges proposats?

En les seues línies d'actuació, l'equip professional ha procedit a la identificació, utilització i aplicació de les eines adequades, mitjançant les quals dóna resposta a les expectatives, possibilitats i capacitats de les persones; potencien, a més, els seus pensaments, actituds i conducta, per a l'adquisició d'un canvi de perspectiva que els ajude a aconseguir els seus objectius. Ha exercit funcions de *guia, capacitador, expert i terapeuta* (Ross, 1954), que consistien a guiar el procés, ajudar el jugador a copsar el problema, a identificar-lo i comprendre'l, i a implicar-se de forma efectiva proporcionant oportunitats –de comunicació o recursos– que posteriorment vagen fomentant els seus esforços en el pas des de la incertesa cap a la solució.

La rehabilitació, com s'ha indicat, és un temps de motivació, de revisió contínua, de consolidació i de projecció, que en la pràctica implica:

1. L'experiència d'abstinència;
2. Els canvis i els aprenentatges: atenció als riscos, control dels impulsos, separar ganes de jugar i mantindre la decisió de no fer-ho, alimentar l'autoestima i la confiança, revisió dels compromisos de rehabilitació, assoliments, riscos i possibles caigudes, aprenentatges, reforços;
3. Compartir i reforçar-se en el propòsit de la rehabilitació.

En el diàleg franc i obert amb el grup, s'adverteixen límits en les habilitats de comunicació i interacció que afecten la percepció de dimensions importants de la pròpia identitat, autoconceptes condicionats per experiències de vida que actuen com a paranys, etc., qüestions que en ser tractades amb el grup conclouen en l'afirmació que per a controlar el procés que es du a terme és indispensable aprendre més; en el grup es revisen els canvis que es volen aconseguir, s'incideix a descobrir i aclarir les forces que motiven i els frens que s'interposen, i s'introdueixen dinàmiques de desenvolupament i reforç de les capacitats i habilitats dels membres que permeten aconseguir el canvi desitjat, i mesurar el camí recorregut.

L'equip intervé amb modalitats diverses. De forma directa acompanya el jugador, la família i el grup durant tot el procés de rehabilitació, en què s'inclou l'atenció individualitzada sobretot en les etapes inicials prèvies a la incorporació al grup.

Les intervencions directes requereixen l'equip l'aplicació operativa i adaptació del que sap, el que fa i com ho fa en referència a persones, famílies i petits grups; tenint present que professionals i membres del programa són actors, compromesos amb la consecució dels objectius de rehabilitació.

De Robertis (2006, 202) classifica les intervencions directes en sis grans grups que han servit de base a l'equip per a la seua reflexió i actuació:

- *Aclarir-donar suport*: aclariment, suport, desenvolupament d'una major comprensió de si mateix.
- *Informar-formar*: informació, formació-educació.
- *Influir-persuadir*: consell, confrontació, persuasió.
- *Controlar-exercir autoritat*: estretament vinculada a la dimensió terapèutica, comprèn el seguiment de compromisos i relacions amb els contextos condicionants que afavoreixen l'aparició de riscos, revisió i control.
- *Posar en relació i crear noves oportunitats*, facilitar la interrelació, obertura i descobriment, utilització de recursos del medi i participació.
- *Estructurar una relació de treball*: temps, espai, focalització dels objectius del programa.

En la pràctica s'han utilitzat dinàmiques facilitadores segons els diferents moments i en coherència amb estratègies de:

- Comunicació i diàleg.
- Control i reforç.
- Desenvolupament de la pròpia comprensió.
- Formació en funció de l'enriquiment personal.
- Canvi d'hàbits.
- Presa de decisions.
- Resolució de problemes.
- Lectura de la realitat.

Discussió

La reflexió de l'experiència posa en evidència, entre altres aprenentatges significatius, els elements següents:

- a) *Resistències*: el reconeixement de l'addicció i la presentació davant altres, el qual es va descobrint amb la patent de jugador, i les seues conseqüències, és una realitat forta per al jugador que normalment acudeix a un programa després de reiterats fracassos i intents en solitari o davant altres, on afirma la seua capacitat per a abandonar el joc, basada en el valor de la seua paraula i voluntat, la il·lusió del joc controlat, etc., la qual cosa moltes vegades li va servir de motiu, més aviat disculpa, per a noafrentar el problema des de l'arrel. Humanament, el «preu a pagar» cal situar-lo en el dramatisme que enclouen les històries personals i familiars de joc.

- b) *Experiències adverses* que el jugador i la seua família han afrontat, els seus moviments d'adaptació, afortunats o desgraciats, les solucions que han donat a les seues dificultats, retraïments, rodejos, atrinxerament, substitució constructiva, compromís, etc., formen part de *la història del seu desenvolupament com a ésser humà que afronta i resol problemes* (Perlman, 1957, 215).
- c) *Les evidències aportades* per la història no han de reemplaçar en cap cas les evidències revelades pel comportament actual. Sobretot en el cas del jugador que s'embarca en un procés de rehabilitació, convé no oblidar que la vida mai és estàtica i per tant s'ha de combatre la tendència conformista procurant experiències diferents i de canvi.
- d) *El suport social, instrument indispensable*: la incorporació al programa no sol ser el primer pas, més aviat solen registrar-se un conjunt de temptatives, tant personals com amb suport, de gran utilitat. El grup, segons Montaña (2017, 37), s'ha constituït en un sistema pel qual els subjectes en conflicte subjectiu i social tenen a la seua disposició espais, mecanismes i processos per a reincorporar-se socialment i construir-se subjectivament com a part d'una societat específica. En l'experiència s'utilitza també el «*suport psicossocial*» per posar en relleu la interconnexió entre els processos psicològics i socials, la interacció constant amb l'altre i la influència recíproca.
- e) *Esforç propi, autoajuda, ajuda mútua*: la rehabilitació necessita la solidaritat; funciona amb la doble dimensió de l'esforç propi, l'autoajuda i l'ajuda mútua i amb el desenvolupament de capacitats individuals i socials; que, per promoure l'autocura, relacions interpersonals i estils de vida saludables, han d'incloure les famílies i grups pròxims (Tavera Montero i Martínez Ruiz, 2007). La rehabilitació no es refereix solament als moments de la teràpia de grup, sinó que impregna i cobra forma en tots els moments del dia.
- f) *La rehabilitació no és tant la narració d'històries punyents*, aquestes poden perdre's en el món de l'anècdota, o marcar el moment que diferencia el passat i assenyalen el llindar del futur; suposa un canvi cognitiu estructural que no ocorre a l'atzar, sinó per mitjà d'una intencionalitat, que fa l'individu més sensible a les fonts externes i internes d'estimulació. La rehabilitació sorgeix alhora amb la necessitat d'iniciar el camí, es fa concreta en el dia a dia, per temps prolongat i en solidaritat, comença obrint-se a la veritat d'una vida que lluita per sobreviure, per reconstruir-se, per afirmar-se i això assumint les conseqüències reals d'un passat que no pot modificar però que en molts moments pot seguir projectant-se com una amenaça.

- g) *La participació en un programa* de rehabilitació s'inicia envoltat de temors, d'expectatives, de sentiments utòpics, amb la idea que possiblement hi ha els qui tinguen el mateix problema o un de semblant i, progressivament, es converteix en el desig de trobar-se amb els altres i buscar el seu suport. El diàleg cooperatiu pot fer explícits els valors latents i construir un sentit comú compartit.
- h) *L'experiència de participació* en el grup ajuda a descobrir l'avantatge que suposa poder treballar el conflicte subjectiu amb els altres. Aquesta obertura sincera a l'altre comporta una transformació que afecta l'àmbit personal i condueix a la recuperació de la percepció de la mateixa competència, reconstrueix la connexió i les relacions amb els altres i restableix una interacció positiva que afavoreix el canvi social. La transformació dels conflictes i la cura de les relacions es fan possible pel procés de reconeixement de les altres persones.

Conclusions

La sistematització realitzada ha permès descriure i interpretar els aspectes considerats centrals de l'experiència; els intercanvis comunicatius van permetre problematitzar, discutir i construir junts, i es va poder evidenciar que les xarxes comunicatives possibiliten la conformació de subjectes que comparteixen trajectòries, idees i objectius comuns. La dinàmica generada va ajudar a engegar canvis significatius en cadascun dels membres. Els subjectes no s'autodeterminen sols sinó en relació, la qual cosa vol dir que les subjectivitats impliquen tant una diferenciació com un reconeixement. L'exercici de la comunicació participativa, recíproca i horitzontal va generar criteris compartits sobre el que es vivia: posada en comú, diàleg i reciprocitat dins el grup possibilitaren instàncies de reflexió i problematització on els subjectes van poder aprendre/desaprendre les seues pròpies pràctiques, moltes vegades arrelades en la quotidianitat i, d'aquesta manera, transformar la seua realitat.

Una apreciació dels assoliments des de criteris d'eficàcia i d'eficiència assenyala:

- a) L'eficàcia del programa en funció de la consecució dels seus objectius, s'evidencia en les respostes a les necessitats dels membres, percebuda i expressada per ells, en la prolongació dels períodes d'abstinència, en els canvis de vida que afermen la rehabilitació i en el nivell de satisfacció expressat pels participants en el programa. Remarquen l'experiència com un procés de solució creativa de problemes, en què es treballa en equip amb un enfocament centrat en les persones, per experimentar i provar més enllà de compartir un espai de treball.

- b) En relació amb l'eficiència es pot evidenciar-la millor utilització dels recursos disponibles que en el programa són institucionals, humans, tècnics i relacionals. Tots hem après molt, encara que es puga dir que els recursos han sigut adequats a les finalitats del programa, amb vista al futur caldrà incidir en la formació permanent de l'equip.

No obstant això, no s'ha d'oblidar que són recorreguts complexos. Quan la il·lusió de l'atzar reapareix i es torna una pragmàtica realitat, és necessari no retrocedir en el camí emprés. Comprendre la dimensió real del joc patològic i les seues derivacions en el present i al llarg de la vida, el valor dels canvis, la recuperació de l'autoestima, la capacitat de viure i gaudir de la vida, de ser responsable, de normalitzar la pròpia vida, pot ser un itinerari fascinant, si bé requereix presència i acció positiva, ja que no està exempt de dificultats, que actuen des de dins.

Referències

- Aldeanueva, F. [et. al.] (2015). *Prevención y tratamiento de las adicciones desde lo psicosocial*, FUNLAM, Medellín, Colòmbia [recurs electrònic] accessible en <<http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/08/Prevencion-y-tratamiento-desde-lo-psicosocial.pdf>>.
- Alonso-Fernández, F. (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid: TEA Ediciones.
- 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*. (Tesi doctoral). Granada: Universitat de Granada.
- Becoña Iglesias, E. (1996). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.
- Blanco, P. (2016). Asumiendo las consecuencias negativas de la adicción al juego, *Cuadernos de Trabajo Social*, 29(2), 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*. (Tesi doctoral inèdita). Huelva: Universidad de Huelva.
- Bombín, B. (Comp.) (1992). *El juego de azar. Patología y testimonios*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Castaño, S. i al. (2011). Estudio epidemiológicos obre juegos de azar y factores asociados en población universitaria de la Universidad de Manizales, Colòmbia 2010. *Archivos de Medicina*, 11(2), 101-113.
- Castilla, C.; Berdullas, S.; Vicente, A. i Villamaría, S. (2013). Apuestas Online: el nuevodesafío del juego patológico. *Enfocop. Boletín General de la Psicología en España*, 61, 4-6.

- De Robertis C. (2006). *Metodología de la intervención en trabajo social*. Buenos Aires: Lumen.
- Deveaux, E. C. (1968). Gambling in a Psychological and sociological perspective. *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 6, 53-62.
- Domínguez, A. (2009). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de Psicología*, 27(1), 3-20.
- Garrido, M.; Jaén, P. i Domínguez, A. (2004). *Ludopatía y relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.
- Jara, O. *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias* <http://www.bibliotecavirtual.info/wp-content/uploads/2013/08/Orientaciones_teorico-practicas_para_sistematizar_experiencias.pdf>.
- King, D.; Delfabbro, P. i Griffiths, M. (2010). The convergence of gambling and digital media: implications for gambling in Young people. *Journal of Gambling Studies*, 26(2), 175-187.
- Martí-Vilar, M. (2008). Las necesidades humanas desde la psicología moral. *Papeles*, 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>.
- 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*, 28, 111-146, Lima (Perú).
- Zapata, M. A.; Torres, Y. i Montoya, L. P. (2011). Riesgos de Juego Patológico. Factores y Trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín – Colombia. *Adicciones*, 23(1), 17-25.

Data de recepció: 22-07-2017

Data d'acceptació: 01-12-2017