



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2017-2018

Trabajo Fin de Máster

**Apoyo social y tratamiento por juego patológico.
Análisis de las características psicométricas del
Cuestionario de Apoyo Social en Adicciones (CASA).**

Tutor/a: Daniel Ángel Arienza Suárez
Tutor/a: Daniel Lloret Irlés

Convocatoria: junio 2018



Resumen

El juego patológico afecta entre 0.3% y el 0.9% de la población española. En el tratamiento de las adicciones, el apoyo social se ha revelado como fundamental para el éxito de la intervención. Objetivo: Describir el apoyo social y la conducta de juego en personas en tratamiento por juego patológico, y analizar las características psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social en Adicciones (CASA) en personas en tratamiento por juego patológico. Método: Participaron 35 personas diagnosticadas de juego patológico. Se evaluó el Apoyo Social, la Percepción del tratamiento, la Adherencia y la conducta de juego. Resultados: La pareja o cónyuge constituye el principal apoyo para superar la adicción al juego, el apoyo social percibido es alto al igual que la adherencia y la satisfacción al tratamiento, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre estas variables y el apoyo social. El Cuestionario CASA se ha mostrado como un instrumento fiable y válido para la medida del apoyo social en juego patológico. Conclusiones: Los resultados deben ser tomados con cautela, debido al escaso tamaño muestral. Por lo que el presente estudio debe ser considerado un piloto.

Palabras clave: Apoyo Social, Adicciones, Juego Patológico, Instrumento de Medida.

Abstract

Pathological gambling affects between 0.3% and 0.9% of Spanish population. In addiction treatment, social support has proved to be critical for the success of the intervention. Objective: To describe social support and gambling behavior in people undergoing treatment for pathological gambling, and to analyze the psychometric characteristics of CASA (Questionnaire of Social Support in Addictions) in people under treatment for pathological gambling. Method: 35 people diagnosed with pathological gambling participated. The Social Support, the Perception of the treatment, the Adherence and the game behavior were evaluated. Results: The couple / spouse constitutes the main support to overcome the addiction to the game, the perceived social support is high as well as the adherence and satisfaction to the treatment, no statistically significant correlations were found between the study variables, the ASSQ has reliability and validity and the ASSQ Questionnaire has been shown to be a reliable and valid instrument in pathological gambling. Conclusions: The results should be taken with caution, due to the small sample size. The present study should be considered a pilot.

Key words: Social Support, Addictions, Pathological Gambling, Measurement Instrument.

Relación de abreviaturas utilizadas en el trabajo.

<i>APA</i>	American Psychiatric Association.
<i>DSM</i>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
<i>CIE</i>	Clasificación Internacional de Enfermedades.
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud.
<i>MOS</i>	Medical Outcomes Study-Social Support Survey.
<i>APGAR</i>	Adaptabilidad, Participación, Gradiente de crecimientos, Afecto y Resolución.
<i>ONG</i>	Organización No Gubernamental.
<i>TPQ</i>	Treatment Perceptions Questionnaire.
<i>CASA</i>	Cuestionario de Apoyo Social en Adicciones.
<i>SPSS</i>	Statistical Package for Social Sciences.
<i>TTO</i>	Tratamiento.
<i>UCA</i>	Unidad de Conductas Adictivas.



El trastorno del juego patológico fue reconocido formalmente por la American Psychiatric Association (APA) en 1980, y lo incluyó en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - III (DSM-III) categorizándolo dentro de los “trastornos de control de impulsos no clasificados en otros apartados” definiendo al jugador patológico como un individuo que se caracteriza por “la incapacidad crónica y progresiva de resistir los impulsos de participar en juegos de azar o apuestas, y esta actividad pone en riesgo los objetivos familiares, personales y vocacionales”. En la misma línea, Custer (1984) describió a la persona ludópata como incapaz de controlar sus impulsos a jugar, lo que le acarrea una serie de graves consecuencias en la esfera personal, familiar, profesional y social. Posteriormente, la deficiencia en el control de impulsos ha dado paso a considerar el juego patológico como una adicción comportamental, y como tal, en unos casos funciona como conducta sobreaprendida que conlleva consecuencias negativas, y en otros como estrategia de afrontamiento equivocada (Echeburúa, 2005).

En la última revisión del DSM-V (APA, 2013), el juego patológico ya es reconocido como un trastorno adictivo, incluido en la categoría de las adicciones conductuales (ver criterios diagnósticos en Tabla 1). La comunidad científica reconoció con este cambio de criterio, la gravedad del trastorno por juego patológico, que como cualquier trastorno adictivo genera dependencia, acompañado de un síndrome de abstinencia y tolerancia (Tomás, 2014). Respecto a la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los comentarios sobre los cambios a introducir en la categorización del juego patológico van en la misma línea que las del DSM-V (2013), planteándose su inclusión en la categoría de conductas adictivas (sin sustancias) en vez de en la categoría de trastornos de control de impulsos (Castilla, Berdullas, De Vicente y Villamarín, 2013).

Tabla 1. *Criterios diagnósticos del juego patológico según el DSM-V (APA, 2013).*

A. Juego patológico problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta cuatro (o más) de los siguientes criterios durante un periodo de 12 meses

1. Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.
2. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
3. Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
4. A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (p. ej., reviviendo continuamente con la imaginación experiencias de apuestas pasadas, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar).
5. A menudo apuesta cuando siente desasosiego (p. ej., desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en el juego, a menudo vuelve otro día para intentar ganar (a “recuperar” las pérdidas).
7. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.
9. Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego.

B. Su comportamiento ante el juego no se explica mejor por un episodio maniaco.

Prevalencia del juego patológico.

Según el estudio de la Dirección General de Ordenación del Juego (2015) sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azar en España, se estima que entre el 0.3% y el 0.9% de la población española se ve afectada por el juego patológico. Los juegos donde se observa un mayor porcentaje de personas con algún nivel de riesgo, problema o patología son los llamados presenciales como las máquinas de juego/tragaperras, los casinos o las casas de apuestas.

Las personas con problemas de juego se caracterizan por ser principalmente hombres con edad comprendida entre 25 y 34 años o entre 55 y 64 años. En general, son personas con

una situación laboral estable, no obstante, una mayor severidad de la conducta de juego se relaciona con una tasa de desempleo más alta.

En lo que respecta al estado civil, en los colectivos que no juegan o no están en riesgo, predominan las personas casadas o que viven en pareja, mientras que a medida que se incrementa el nivel de patología aumentan el porcentaje de personas solteras, divorciadas o separadas, llegando a suponer hasta el 62% entre dichos colectivos, en las personas con patología, frente al 30% entre personas sin riesgo.

Apoyo social.

El estudio del apoyo social surgió a mediados del siglo XX con los primeros intentos de conceptualizar la red social (Barnes, 1954) y más tarde con Bowly (1969) a través de su teoría del desapego donde menciona el apoyo social y su efecto protector (citado en Aranda y Pando, 2013). La extensa producción científica que ha generado el apoyo social, no resolvió las dificultades en conceptualizar y operativizar un constructo que ha sido definido de muchas formas y al que se le han asignado muchas funciones (Costa, Salamero y Gil, 2007). Una de las primeras definiciones la realizó House (1981), que lo definió como una transacción real entre dos o más personas en la que se da una implicación emocional, una ayuda instrumental, información o valoración (citado en Durá y Garcés, 1991). Más tarde Gottlieb (citado en Barrón, Lozano y Chacón, 1988) lo concibió como “información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor” (p. 209) resaltando el aspecto funcional del apoyo social. La definición que más consenso suscita entre la comunidad científica es la que formuló Lin, Dean y Ensel (1986) que conceptualizaba el apoyo social como “provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y personas de confianza”.

En cuanto a las fuentes de apoyo social la clasificación más empleada para su definición es aquella que divide dichas fuentes en redes informales (formadas principalmente por la familia) y en redes formales (formadas por aquellos individuos pertenecientes a la red de cuidadores de servicios sanitarios y sociales) (Alonso, Menéndez y González, 2013). Como grupo de apoyo social, la familia está considerada como el más importante con el que puede contar una persona (Alonso et al., 2013).

En lo referente al estudio del apoyo social, se puede abordar desde la perspectiva cuantitativa (o estructural), o bien desde la perspectiva cualitativa (o funcional) (Riquelme, 1997). Según Costa et al. (2007) el componente cuantitativo o estructural se refiere al abanico e interconexión de recursos que lo posibilitan, y, el componente cualitativo o funcional con un carácter más multidimensional, se refiere al sentimiento positivo o negativo que adquieren las funciones básicas de las relaciones interpersonales en la persona que lo recibe. Caplan (1974) realizó una diferenciación entre apoyo social objetivo y apoyo social percibido, a su vez diferenció entre la transacción que puede ser objetiva o percibida y lo transferido puede ser en ambos casos tangible o psicológica (citado en Rodríguez y Héctor, 2007).

Apoyo social y salud.

Con relación a los estudios realizados sobre apoyo social en población clínica, dicho apoyo social se reveló beneficioso para el estado de salud, actúa como profiláctico de psicopatologías y de enfermedades, y las personas que cuentan con apoyo social se enfrentan mejor a las situaciones vitales estresantes (Caplan, 1974; Cassel, 1974; Dobkin, De Civita, Paraherakis y Gill, 2002). En personas diagnosticadas de cáncer el apoyo social se considera una variable que influye en su respuesta emocional ante la enfermedad (Kornblith et al., 2001). Investigaciones con pacientes hipertensos han establecido la importancia de la pareja, familia y amigos en la prevención y tratamiento de dicha enfermedad (York y Waite, 2012).

En el ámbito de las adicciones, los pacientes que presentan un mayor apoyo social percibido, se relacionan con un mejor pronóstico (Montesinos, Lloret, Segura y Aracil, 2016). En el tratamiento del alcoholismo, el apoyo social recibido contribuye al éxito de la intervención (Bond, Kaskutas y Weisner, 2003). Los síntomas depresivos, ansiógenos y de desesperanza correlacionan en dependientes de drogas y alcohol, con la falta de apoyo social (Nunes, De Aquino, Munhoz y Rogéiro, 2013). El apoyo social se ha revelado como un buen predictor de la adherencia al tratamiento (Richardson, 2002) afecta al ajuste psicológico del paciente y aumenta su autoestima (Petra y Ronald, 2003). La influencia de los acontecimientos estresantes sobre el deseo de consumir se vería disminuido por el apoyo social (Ames y Roitzsch, 2000). En definitiva, existe en amplio consenso en establecer una relación entre sentirse apoyado y obtener mejores resultados en el tratamiento de las adicciones.

En lo referente al juego patológico, el apoyo social es considerado como una variable decisiva en el tratamiento de la ludopatía (Montesinos et al., 2016). Según Petry y Weiss (2009) cuanto menor es el apoyo social, más severa es la adicción al juego y mayor comorbilidad psiquiátrica, además de peores resultados en el tratamiento. Para Grant, Kim y Kuskowski (2004) el apoyo social percibido es el principal predictor de adherencia al tratamiento, y aconsejan iniciar la intervención con la identificación e implicación de una red de apoyo en el cuidado del paciente.

En cuanto a los modelos explicativos existen dos aproximaciones, la primera llamada hipótesis de los efectos directos, que postula que el apoyo social y el bienestar tiene una relación lineal y que ésta es independiente del nivel de estrés que experimente la persona (Terol, 1999). La segunda es la hipótesis denominada efecto Amortiguador (Buffer) que propone la existencia de un efecto amortiguador del apoyo social en la respuesta fisiológica del organismo ante situaciones de estrés (Cohen, 1988; citado en Rodríguez et al., 2007).

Evaluación del apoyo social.

La evaluación del apoyo social presenta una gran heterogeneidad de instrumentos y diversidad de dimensiones (Terol et al., 2004). Además, del número reducidos de dichos instrumentos adaptados a la población española (Costa et al., 2007). En Calvo y Díaz (2004) en el contexto clínico resaltaron la adaptación española de la Escala de Apoyo Social SS-B de Vaux, Riedel y Stewart realizada por Sandín y Chorot (1990). El cuestionario DUKE-UNC-11 (Brodhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan, 1988) de apoyo funcional, validado en nuestro país por Bellón, Delgado, Luna y Lardelli (1996) permite conocer el apoyo social percibido, el apoyo emocional o afectivo y el apoyo confidencial. El cuestionario MOS (Medical Outcomes Study-Social Support Survey) desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991) se asemeja al anterior pero más completo, mide cuatro dimensiones del apoyo social: afectiva, interacción social positiva, instrumental y emocional. El instrumento APGAR familiar (Smilkstein, 1978) validado en población española por Bellón et al. (1994) determina el grado de satisfacción percibido con respecto a la función familiar. Por último, el método simplificado de Blake y McKay (1986) se centra en el apoyo estructural y consta de una sola pregunta acerca del número de personas con las que puede contar el evaluado. Las medidas de apoyo social mayormente abordan el llamado apoyo estructural o el apoyo funcional, no obstante, como

afirmó Sherbourne, Meredith, Rogers y Ware (1992) el apoyo funcional es desde el punto de vista psicológico el más importante.

Ante la relación tan evidente que existe entre apoyo social y salud, el interés por el análisis y cuantificación del primero es cada vez mayor (De la Revilla, Luna, Bailón y Medina, 2005). Las dificultades por conceptualizar y operativizar el constructo de apoyo social propiciaron el diseño de una gran variedad de instrumentos, cada uno de ellos para una población específica, además de evaluar aspectos diferentes del apoyo social (Terol et al., 2004). En lo que respecta a la clínica de las adicciones al juego, no existen instrumentos específicos que midan el apoyo social en esta población.

En el presente estudio se pone a prueba la estructura teórica del Cuestionario CASA (Cuestionario de Apoyo Social en Adicciones) que se compone de dos subescalas Apoyo Emocional (12 ítems) y Apoyo Instrumental (12 ítems). Aquí radica la aportación novedosa de este estudio, crear un instrumento de medida de apoyo social específico para personas en tratamiento por juego patológico.

Objetivos e hipótesis

Este estudio plantea dos objetivos generales que son:

1. Describir el apoyo social y la conducta de juego en personas en tratamiento por juego patológico.
2. Analizar las características psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social en Adicciones (CASA) en personas en tratamiento por juego patológico.

Los objetivos específicos para el primer objetivo general son:

- 1.1 Conocer la estructura de la red de apoyo social en personas en tratamiento por juego patológico.
- 1.2 Analizar el perfil e intensidad del apoyo social en una muestra de personas en tratamiento por juego patológico.
- 1.3 Describir la conducta de juego.
- 1.4 Evaluar la adherencia al tratamiento y la satisfacción con el tratamiento.
- 1.5 Explorar la relación entre el apoyo social, la cronicidad, la severidad, la situación actual de juego, la adherencia al tratamiento y la satisfacción con el tratamiento.

Los objetivos específicos para el segundo objetivo general son:

- 2.1 Analizar la fiabilidad del Cuestionario de Apoyo Social en Adicciones (CASA).

2.2 Analizar la validez de CASA.

Considerando los objetivos de la investigación y las evidencias aportadas por anteriores estudios, se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1.1 La red de apoyo social estará compuesta fundamentalmente por familiares.

Hipótesis 1.2 El apoyo social se relacionará negativamente con cronicidad.

Hipótesis 1.3 El apoyo social se relacionará positivamente con una mayor satisfacción con el tratamiento.

Hipótesis 1.4 El apoyo social será mayor en el grupo que presenta una severidad de la adicción leve.

Hipótesis 1.5 El apoyo social será mayor en el grupo que no consume desde el inicio del tratamiento.

Hipótesis 1.6 el apoyo social será mayor en el grupo que presenta una mayor adherencia al tratamiento.

Hipótesis 2.1 El CASA tendrá una fiabilidad satisfactoria.

Hipótesis 2.2 El Cuestionario de Apoyo Social en Adicción por juego patológico (CASA) correlacionará significativa y positivamente con el cuestionario (MOS).

MÉTODO

Participantes

Participaron 35 personas diagnosticadas de juego patológico atendidos en la Asociación alicantina para el tratamiento de la ludopatía "Vida libre". Dicha asociación es una Organización No Gubernamental sin ánimo de lucro que tiene como principal objetivo la asistencia, rehabilitación y recuperación del jugador y de sus familias.

La muestra fue seleccionada mediante muestreo de conveniencia, y los criterios de inclusión fueron: estar diagnosticado de juego patológico, ser mayor de edad, estar en tratamiento y haber dado el consentimiento informado para participar. Se excluyeron a dos sujetos, uno por no finalizar el estudio y el otro por no cumplimentar de forma correcta el cuestionario. Por tanto, la muestra experimental fue de 5.7%.

La muestra quedó formada por 33 participantes, de los cuales 31 eran hombres y dos mujeres con un rango de edad comprendido entre los 18 y 68 años ($M = 38.3$; $DT = 12.6$). En lo que respecta al nivel educativo, un sujeto refiere no tener estudios (3%), 10 refieren tener estudios primarios (30.3%), otros 11 refieren tener estudios secundarios (33.3%) y finalmente 11 afirman tener estudios universitarios (33.3%).

Variables e instrumentos

Las características sociodemográficas de la muestra (sexo, edad, nivel educativo), así como las de la conducta de juego fueron recogidas en un cuestionario ad hoc cumplimentado por los participantes en sus respectivos centros (Apéndice 1).

Estructura red de apoyo social: se utilizó un cuestionario ad hoc (Apéndice 2) donde se recogieron los siguientes datos: con quién vive, qué personas considera que mejor le puede ayudar en su problema, si existe una persona que le ayude en la actualidad, qué personas se preocupan por su tratamiento y si dichas personas las acompañan a las sesiones de terapia. En lo referente al tamaño de la red de apoyo social, se recogieron los datos proporcionados por el ítem 1 del cuestionario MOSS.

Perfil e intensidad del apoyo social: Se evaluó con el cuestionario de apoyo social Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOSS). El cuestionario MOSS de Sherbourne y Stewart (1991) fue validado para población española usuaria de servicios de atención primaria por de la Revilla et al. (2005). Está compuesto por 20 ítems, el primero sobre el tamaño de la red social y los 19 restantes distribuidos en cuatro dimensiones del apoyo social: emocional / informacional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Los ítems se responden en una escala tipo Likert de poco (1 punto) a mucho apoyo social (5 puntos). Es una escala autoaplicada. La fiabilidad de la escala total en la muestra de estudio es de α de Cronbach = .95, para la subescala de apoyo

emocional/informacional .96, para la de apoyo Instrumental .86, para la de interacción social positiva .80 y para la subescala de apoyo afectivo .88.

Conducta de juego: se utilizó un cuestionario ad hoc (Apéndice 1) donde se recogieron los siguientes parámetros: juego principal, cronicidad (años de consumo), severidad de la adicción y situación actual de consumo. Para evaluar la severidad se utilizó el criterio clínico de los terapeutas que asignaron un valor del 0 al 9 según el cumplimiento de los criterios establecidos por el DSM-V para juego patológico. Las personas con juego patológico leve presentan entre 4-5 de los criterios, las personas con juego patológico moderadamente grave manifiestan entre 6-7, y finalmente los jugadores patológicos más graves cumplen entre 8-9 de los criterios. Por último, se registró la situación actual de juego clasificándola en tres categorías: no juega desde que comenzó el tratamiento, caída y recaída.

Adherencia al tratamiento se evaluó la tasa de asistencia a tratamiento y se categorizó en cuatro categorías: 1) abandono o expulsión, 2) 50% de asistencia, 3) 100% de asistencia y 4) alta en seguimiento.

Satisfacción con el tratamiento: Se calculó con el Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ) de Marsden et al. (1998) adaptado para población española por Iraurgi et al. (2004). El TPQ es un cuestionario corto autoadministrado dirigido principalmente a población en tratamiento por adicciones a drogas, consta de 10 ítems con respuesta tipo Likert de cinco puntos con un enunciado de respuesta que va desde “Muy de acuerdo” a “Muy en desacuerdo”. El análisis factorial de la versión española identificó 3 dimensiones: Disponibilidad del equipo y confianza hacia el equipo (ítems 1,4,7,8,9), Falta de confianza e insatisfacción con equipo y programa (ítems 1,3,6,10) y Recepción de información y motivación para el tratamiento (ítems 2,5,10). Asimismo, se puede obtener una puntuación total como resultado de la suma de las dos subescalas, situándose el recorrido de puntuaciones posibles entre 0 y 40 puntos. La fiabilidad de la escala total es de $\alpha = .77$ en la adaptación española (Iraurgi et al. 2004) , $\alpha = .58$ en la muestra de estudio.

Procedimiento

Se siguió el diseño de investigación de tipo descriptivo observacional con medidas Test y Re-test. A tal fin, se contactó con los responsables de la Asociación Alicantina para el tratamiento de la ludopatía “Vida libre”, y tras informarles debidamente de los objetivos del estudio, del trato confidencial de los datos obtenidos, y de las características de las personas susceptibles de participar, de los plazos, etc. aceptaron participar en el estudio. El trabajo de campo se inició en mayo de 2017 con el envío de la ficha personal (datos sociodemográficos, conducta de juego y adherencia al tratamiento) junto con los cuestionarios de apoyo social CASA y MOSS y el sistema de codificación que consistía en: la primera letra del nombre del padre, la primera de la madre y las dos últimas cifras del Documento Nacional de Identidad (DNI). Los psicólogos de la asociación fueron los encargados de seleccionar, informar y obtener el consentimiento de los participantes, así como de aplicar los instrumentos de medida.

A mediados de junio se recibieron las fichas personales, así como los cuestionarios de apoyo social debidamente cumplimentados. A continuación, se procedió a la aplicación del retest de CASA y se evaluó la satisfacción con el tratamiento. A finales de julio se recibieron los cuestionarios cumplimentados y se procedió a la tabulación de los datos y análisis de los mismos.

Análisis de datos

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences versión 25 (SPSS 25). Se estableció un nivel de significación estadística de $p < .01$ en todos los análisis realizados.

En primer lugar, para conocer la estructura de la red de apoyo, analizar el perfil e intensidad del apoyo social, describir la conducta de juego, la adherencia al tratamiento y la satisfacción al tratamiento, se realizaron análisis descriptivos de distribución de frecuencias y de tendencia central. En segundo lugar, para explorar las relaciones existentes entre las variables apoyo social, cronicidad y satisfacción con el tratamiento se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

La fiabilidad del CASA se utilizaron el coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente de estabilidad temporal Test-retest. En cuanto a la validez convergente se empleó el coeficiente de correlación de Pearson.



El análisis de la estructura de la red de apoyo social (Objetivo específico 1) revela que la mayoría de los participantes viven principalmente con sus parejas/cónyuges (57.1%) o padres (28.1%). La pareja con un 54.3% es percibida como la mejor opción para ayudar a superar el problema, el 99.7% afirmó tener a una persona que se preocupa por su tratamiento y en el 60% de los casos dicha persona es la pareja, que acude siempre a las terapias cuando se le requiere en el 74.3% de los casos. En cuanto al tamaño de la red de apoyo social (ítem 1 del cuestionario MOSS) se observa que el 83% tiene uno o más amigos íntimos. Uno de cada cuatro (25.7%) informa no tener ningún familiar cercano (Tabla 2).

Tabla 2. Estructura red de apoyo social.

	N	%
¿Con quién vive actualmente?		
Solo	5	14.3
Con pareja/cónyuge	20	57.1
Con padres y/o hermano/as	10	28.1
Con hijo/as	0	0
Con amigo/as	0	0
Otros	0	0
¿Quién considera que mejor le puede ayudar a superar su problema?		
Mi pareja	19	54.3
Mi padre	3	8.6
Mi madre	4	11.4
Mi hermano/a	2	5.7
Mi hijo/a	4	11.4
Mi amigo/a	0	0
Otros	2	5.7
No tengo a nadie	0	0
Prefiero que nadie me ayude	1	2.9
Actualmente, ¿Hay alguna persona que se preocupe por su tratamiento?		
Sí	33	97.1
No	1	2.9
¿Qué personas se preocupan por su tratamiento?		
Mi pareja	21	60
Mi padre	5	14.3
Mi madre	3	8.6
Mi hermano/a	2	5.7
Mi hijo/a	3	8.6
Mi amigo/a	0	0
Otros	1	2.9
Nadie	0	0
Esta o estas personas, ¿Acuden a las sesiones de terapia cuando se les requiere?		
Siempre	26	73.4
A veces	8	24.9
Nunca	0	0
No se le ha requerido	1	2.9
¿Cuántos amigos íntimos tiene usted?		
Ninguno	6	17.1
1 ó 2	13	37.1
3 ó 4	10	28.6
5 o más	6	17.1
¿Cuántos familiares cercanos tiene usted?		
Ninguno	9	25.7
1 ó 2	7	20
3 ó 4	13	37.1
5 o más	6	17.1

Concerniente al perfil e intensidad del apoyo social (Objetivo específico 1.2), medido con el MOSS, la muestra obtiene puntuación media de 76.5. Tanto la puntuación global de la

escala como las registradas en cada una de las cuatro subescalas superan ampliamente al punto medio de cada sub-escala (Tabla 3).

Tabla 3. *Perfil e intensidad del apoyo social medido con la escala MOSS.*

	Media	DT	PM
Apoyo emocional	31.4	8.4	24
Apoyo instrumental	15.7	4.4	12
Interacción social positiva	16.1	3.2	12
Apoyo afectivo	12.5	3.1	9
Apoyo global	76.5	16.7	57

PM. Punto Medio de la Escala

Con respecto a la conducta de juego (objetivo específico 1.3) los datos muestran que la cronicidad media es de 10.6 años, el juego principal son las máquinas recreativas en el 51.4% de los participantes, la severidad de la adicción es grave en el 60% de los casos, y que la mayoría se mantienen abstinentes desde el inicio del tratamiento (60%).

En lo que respecta a la evaluación de la adherencia al tratamiento y la satisfacción con el mismo (objetivo específico 1.4), los resultados revelan que tres de cada cuatro asistieron a todas las sesiones y que la satisfacción fue alta. La media de la satisfacción total (46,6) se sitúa cerca de la máxima puntuación de la escala (50) (Tabla 4).

En cuanto al análisis de las correlaciones entre las tres variables de estudio (objetivo específico 5): la cronicidad de la conducta de juego, la satisfacción con el tratamiento y el apoyo social, los resultados muestran correlaciones por debajo de .40 y en ningún caso significativas. Si bien, las correlaciones entre las subescalas que componen cada variable son significativas y altas (Tabla 5).

Tabla 4. Conducta de juego, adherencia y satisfacción.

	N	%
<i>Juego principal</i>		
Máquinas recreativas con premio	18	51.4
Cartas presenciales	0	0
Ruleta presencial	3	8.6
Apuestas deportivas	7	20
Bingo	2	5.7
Cartas online	0	0
Ruleta online	2	5.7
Otros	1	2.9
<i>Severidad</i>		
Leve	3	8.6
Moderado	9	25,7
Grave	21	60
<i>Situación actual de juego</i>		
No juega desde que comenzó el Tratamiento	21	60
Caída	6	17.1
Recaída	6	17.1
<i>Adherencia al tratamiento</i>		
Abandono o expulsión	3	8.6
Asistencia media (50%)	5	14.3
Asistencia plena (100%)	25	75.7
Alta en seguimiento	0	0
<i>Satisfacción tratamiento (TPQ)</i>		
Satisfacción equipo	Media	DT
Satisfacción programa	21	3
Satisfacción total	21,6	2.8
<i>Cronicidad (años)</i>	46,6	5.3
	10,6	9.7

Tabla 5. Correlaciones entre cronicidad, apoyo social y satisfacción con tratamiento

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Cronicidad	–							
2 Moss Emoción	-,195	–						
3 Moss Instrumental	-,259	,598*	–					
4 Moss Interacción	-,075	,892*	,593*	–				
5 Moss Afectivo	-,169	,786*	,496*	,831*	–			
6 Moss Global	-,236	,940*	,744*	,925*	,856*	–		
7 Satisfacción Equipo	,215	-,183	,231	,193	,273	,262	–	
8 Satisfacción Programa	,126	,349	,186	,303	,360	,389	,686*	–
9 Satisfacción Total	,224	,312	,220	,308	,362	,370	,920*	,907*

En primer lugar, se presentan los estadísticos descriptivos de la escala y sus respectivos ítems. Los resultados obtenidos muestran, al igual que en el MOSS, que las puntuaciones medias de cada ítem están por encima del punto medio (PM = 4). Para cada sub-escala la puntuación media en T2 fue 5.70 (DT 1.08) para la sub-escala Emocional y 6.00 (DT 1.05) para la Instrumental. En la sub-escala Emocional el ítem con menor puntuación fue “Me comprende” \bar{X} = 4.69 y de mayor puntuación “Me quiere” o “Me humilla” (Invertido) con \bar{X} = 6.40. En la sub-escala Instrumental la puntuación oscila entre \bar{X} = 5.43 “Supervisa mi cumplimiento terapéutico” y \bar{X} = 6.54 “Desconfía de la terapia” (Invertido) (Tabla 7).

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de los ítems de CASA.

	Media	Desv. Típ.
<i>Apoyo Social - Emocional</i>		
6.1 Confía en que yo pueda resolver mi problema con el juego	5.51	1.86
6.2 Me comprende	4.69	1.71
6.3 Me considera un vicioso y un débil	5.46	1,61
6.4 Se siente motivado/a y comprometido/a ayudarme	5.71	1.72
6.5 Está harto/a de mi	5.77	1.43
6.6 Comprende que su colaboración es importante	5.94	1.41
6.7 Entiende que los reproches no ayudan a mejorar	4.91	1.97
6.8 Me quiere	6.40	1.19
6.9 Me humilla	6.40	1.21
6.10 Me calma cuando estoy nervioso/a	4.97	1.91
6.11 Me respeta	5.37	1.97
6.12 Duda de que yo sea capaz de recuperarme	5.86	1.64
<i>Apoyo Social - Instrumental</i>		
7.1 Se siente incómodo al hablar sobre mi problema con el juego	5.60	1.73
7.2 Acude a las sesiones cuando le corresponde	6.14	1.59
7.3 Se preocupa por la agenda de terapia	6.26	1.33
7.4 Me recuerda las sesiones	5.63	1.97
7.5 Cumple las orientaciones que el terapeuta le da	5.83	1.87
7.6 Me ayuda a controlar las situaciones de riesgo	5.71	1.69
7.7 Se interesa por mi terapia	6.14	1.39
7.8 Supervisa mi cumplimiento terapéutico	5.43	2.01
7.9 Desconfía de la terapia	6.54	1.19
7.10 Se mantiene firme y coherente con los objetivos terapéuticos	6	1.32
7.11 Es un problema para mi terapia	6.51	1.22
7.12 Me pregunta sobre mi tratamiento	5.66	1,64

El análisis de fiabilidad del CASA revela unos valores del coeficiente alfa de Cronbach cercanos a .90, tanto en la escala total como en las dos subescalas: apoyo emocional y apoyo instrumental. En cuanto al coeficiente de estabilidad temporal Tes-retest, se obtienen valores estadísticamente significativos superiores a .80 en todas las escalas (Tabla 8). Para analizar la validez convergente de CASA se calculó la correlación de las puntuaciones de la Escala Total y las sub-escalas Emocional e Instrumental las puntuaciones del MOSS (Tabla 9). Todas las correlaciones resultaron ser altas y significativas, con excepción de CASA Emocional y MOSS Instrumental.

Tabla 8. *Análisis de fiabilidad*

<i>Índices de fiabilidad</i>	Consistencia interna	Estabilidad temporal
	α de Cronbach	Test –Retest r de Pearson
Apoyo emocional	.87	.809 *
Apoyo instrumental	.88	.806*
Escala Total	.91	.827*

*: $p < .01$ bilateral.

Tabla 9. *Correlaciones entre las subescalas del CASA y del MOSS.*

	MOSS Emoción	MOSS Instrumental	MOSS Interacción	MOSS Afectivo	MOSS Total
CASA Emoción	,803*	,318	,749*	,683*	,770*
CASA Instrumental	,604*	,437*	,694*	,665*	,685*
CASA Total	,752*	,431*	,725*	,721*	,785*

*: $p < .01$ bilateral.

DISCUSIÓN

El primer objetivo principal del estudio era describir el apoyo social y la conducta de juego en una muestra de personas en tratamiento por juego patológico. Para ello se recabaron datos sobre la estructura de la red de apoyo y la conducta de juego (juego principal, cronicidad, severidad y situación actual de consumo), se evaluó la intensidad del apoyo social, la adherencia al tratamiento, la satisfacción con el tratamiento, y finalmente se exploraron las relaciones existentes entre las variables de estudio.

Con respecto al primer objetivo específico, los resultados confirman la hipótesis 1.1 y lo referido en la literatura (Alonso et al., 2013) definiendo la familia como la principal fuente de apoyo social. En cuanto al segundo objetivo específico (analizar el perfil e intensidad del apoyo social), el apoyo social en general es alto y el apoyo afectivo es el que mayor puntuación obtiene. Estos resultados nos indican que las personas que inician un tratamiento por juego patológico lo hacen con un alto apoyo social, siendo la familia y más concretamente el conyugue/pareja su principal fuente de apoyo. Varios autores resaltan la importancia de tener conyugue/pareja tanto para el éxito como para la adherencia al tratamiento (Grant et al., 2004; Ingle, Marotta, McMillan y Wisdom, 2008).

Referente a la conducta de juego, el juego principal son las máquinas recreativas con premio resultado en consonancia con lo afirmado por la Dirección General de Ordenación del Juego (2015). La severidad de la adicción es grave en la mayoría de los participantes con una media de consumo de 10 años, lo que lleva a deducir que la adicción ya ha tenido repercusiones negativas en la esfera personal y profesional. En cuanto a la situación actual de juego la abstinencia es la mayoritaria. Con respecto al objetivo específico 1.4: evaluar la adherencia y la satisfacción al tratamiento, los resultados arrojan unos valores altos en ambas

variables, desvelando una predisposición positiva hacia el tratamiento en curso por parte de los participantes.

En lo que respecta a la exploración de relaciones entre las variables de estudio (objetivo específico 1.5), las hipótesis 1.2 y 1.3 no pueden confirmarse, al no encontrarse relaciones estadísticamente significativas entre apoyo social y cronicidad, y entre apoyo social y satisfacción con el tratamiento. No obstante, si se confirma la relación negativa entre apoyo social y cronicidad, es decir, a más años de adicción al juego menos apoyo social se percibe tal y como se hipotetizaba.

En la comparación entre los grupos de los factores: severidad adicción, situación actual de juego y adherencia al tratamiento no se encuentran diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable dependiente apoyo social. Por lo tanto, no se pueden confirmar las hipótesis 1.5, 1.6 y 1.7.

Estos resultados no son los esperados, en futuros estudios deben de considerarse muestras más grandes, una muestra $N = 33$ resulta exigua para un estudio descriptivo, cabe destacar igualmente el nivel de significación estadística escogido $p < .01$ muy ambicioso para este tipo de estudio. Además, los participantes del estudio son muy heterogéneos entre sí, en cronicidad tenemos una horquilla que va desde un año de adicción al juego hasta los 48, edades comprendidas entre los 19 años y los 68 lo que implica perfiles de juego muy diferentes. No hay que olvidar las dificultades que entrañan trabajar con una población clínica, la investigación supone un trabajo extra para los colaboradores y un esfuerzo para los participantes, sin olvidar los problemas de tiempo y de coordinación hasta completar una base de datos. El carecer de un grupo de contraste con una población no clínica que nos permita compara resultados también supone una limitación para el estudio.

El segundo objetivo general era analizar la fiabilidad y la validez del CASA para personas en tratamiento por juego patológico. La principal limitación de este estudio, como ya se mencionó con anterioridad es el tamaño de la muestra (N = 33), la literatura recomienda que por cada ítem administrado tengamos al menos 5 ó 10 personas (Muñiz & Fonseca-Pedrero, 2008), es decir, una muestra de entre 120 y 240 sujetos. Este trabajo debe de considerarse como un punto de partida, una primera aproximación para desarrollar un instrumento de medida de apoyo social específico para personas en tratamiento por juego patológico. La importancia de poder contar con instrumentos de medida de apoyo social específico para juego patológico es evidente. Según la literatura el apoyo social es el principal predictor de continuación del tratamiento (Grant et al., 2004), estos mismos autores señalan que el tratamiento debe iniciarse con la identificación de una red de apoyo, el CASA se revela como una herramienta perfecta para ese cometido.

En lo referente al primer objetivo específico, los análisis de consistencia interna y de estabilidad temporal confirman la hipótesis plantada, una consistencia interna $\geq .80$ y una estabilidad temporal cercana a $.80$. En cuanto a la validez convergente también se confirma la hipótesis planteada, el CASA correlaciona significativamente y positivamente con el MOSS, con lo que se puede concluir que el CASA tiene fiabilidad y validez para medir el apoyo social en personas con problemas de juego patológico.

Para futuras investigaciones sería conveniente utilizar una muestra mayor implicando más asociaciones o unidades de conducta adictivas (UCA), con un diseño de investigación de tipo cuasiexperimental con un grupo control para poder contrastar resultados. Igualmente sería pertinente añadir como variables de estudio, la motivación al cambio, y averiguar las comorbilidades existentes, ya que el juego patológico presenta elevadas tasas de comorbilidades (Jiménez et al, 2009) y establecer posibles relaciones con el apoyo social.

REFERENCIAS

- Alonso, A., Menéndez, M., González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelo de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cuadernos de Atención Primaria*, 19: 118-123.
- American Psychiatric Association (1983). *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Panamericana.
- Ames, S. C., Roitzsch, J. C. (2000). The impact of minor stressful life events and social support on cravings: a study of inpatients deceiving treatment for substance dependence. *Addictive Behaviors*, 25: 539-547.
- Aranda, C., Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación en Psicología*, 16 (1): 233-245.
- Barnes, J. A. (1954). Class and committees in a norwegian island parish. *Human relations*, 7: 39-58.
- Barrón, A., Lozano, P., Chacón, F. (1988). Autoayuda y Apoyo Social. En A. Martín, F., Chacón, F., Martínez, M. (Ed.), *Psicología Comunitaria* (pp. 205-225). Madrid: Visor.
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J. A., Lardelli, P. (1994). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR- familiar. *Atención Primaria*, 18 (6): 289-295.
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J. D., Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNC-11. *Atención Primaria*, 18: 17-31.
- Blake, R. L., McKay, D. (1986). A single-item measure of social support as predictor of morbidity. *Journal of Family Practice*, 22: 82-84.
- Bond, J., Kaskutas, L., Weisner, C. (2003). The persistence influence of social networks and alcoholics anonymous on abstinence. *Journal on Studies on Alcohol and Drugs*, 64: 579-588.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. Londres: Hogarth Press.
- Brodhead, W. E., Gehlbach, S. H., Degruy, F. V., Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26: 709-723.
- Calvo, F., Díaz, M. D. (2004). Apoyo social percibido: características psicométricas del cuestionario Caspe en una población urbana geriátrica. *Psicothema*, 16 (4): 570-575.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept of development*. New York: Behavioral Publications.
- Cassel, J. (1974). An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease aetiology. *American Journal of Public Health*. 64: 1040-1043.
- Castilla, C., Berdullas, S., De Vicente, A., Villamarín, S. (2013). Apuestas online, el nuevo desafío del juego patológico. *Infocop*, 61: 3-6.
- Custer, R. L. (1984) Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45:35-38.

- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical diseases. *Health Psychology, 7* (3): 269-297.
- Costa, G., Salamero, M., Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica, 128* (18): 687-691.
- De la Revilla, L., Luna del Castillo, J., Bailón, E., Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia, 1*: 10-18.
- Dirección General de Ordenación del Juego (2015). *Estudio sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azar en España*. Ministerio de Hacienda y Administración Públicas. Madrid.
- Dobkin, P. L., De Civita, M., Paraherakis, A., Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among aut patient adult substance abusers. *Addiction, 97*: 347-356.
- Durá, E., Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social, 6*: 257-271.
- Echeburúa, E. (2005). Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones, 17* (1): 11-16.
- Gottlieb, B. H. (1983). *Social support strategies: guidelines for mental health practice*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Grant, J. E., Kim, S. W., Kuskowski, M. (2004). Retrospective review of treatment retention in pathological gambling. *Comprehensive*
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Ingle, P., Marotta, J., McMillan, G., Wisdom, J. P. (2008). Significant others and gambling treatment outcomes. *Journal of Gambling Studies, 24*, 381-392. Doi.org/10.1007/s10899-008-9092-x
- Iraurgi, I., Rodríguez, M., Carreras, I., Landabaso, M., Larrazabal, A., Muñoz, J., Estébanez, M., Jiménez-Lerma, J. M. (2004). Análisis de fiabilidad y estructura factorial de la versión Española del TPQ – Cuestionario de percepción del tratamiento en drogodependencias. *Adicciones, 16* (1): 31-36.
- Jiménez, S., Granero, R., Pérez, F., Fernández, E., Álvarez, M., Aymani, M., Gómez, B., Santamaría, L., Moragas, E., Penelo, N., Jaurrieta, M., Alonso, C., Segalá, E. (2009). Comorbilidad del juego patológico: variables clínicas, personalidad y respuesta al tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 2* (4): 178-189. Doi.org/10.1016/S1888-9891(09)73236-7
- Kornblith, A. B., Rendón, J.E., Zuckerman, E., Viscoli. C. M., Horowitz, R. I., Cooper, M. R. (2001). Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer, 91*: 443-454.
- Lin, N., Dean, A., Ensel. W. M. (1986). *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press.
- Marsden, J., Bacchus, L., Stewart, D., Griffiths, P., Clarke, K., Gossop. M., et al (1998). The treatment Perceptions Questionnaire (TPQ): a brief questionnaire for assessing service satisfaction. London: National Addiction Centre.

- Muñiz, J., Fonseca-Pedrero, E. (2008). Construcción de instrumentos de medida para la evaluación universitaria. *Revista de Investigación en Educación*, 5: 13-25.
- Montesinos, R., Lloret, D., Segura, J.V., Aracil, A. (2016). La percepción del apoyo social en jugadores patológicos y su relación con el éxito del tratamiento. *Clínica y Salud*, 27: 15-22.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2015.12.001>
- Nunes, M., De Aquino, V., Munhoz, A. Rogério, P. (2013). Percepción del apoyo familiar en consumidores de drogas y su relación con trastornos psiquiátricos. *Adicciones*, 25: 220-225.
- Petra, S., Ronald, F. (2003). The influence of social support and problematic support optimism and depression in chronic lines: Prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*, 22.
- Petry, N. M., Weiss, L. M. (2009). Social support is associated with gambling treatment outcomes in pathological gamblers. *The American Journal of Addictions*, 18: 402-408.
[Doi.org/10.1080/10550490903077861](http://dx.doi.org/10.1080/10550490903077861)
- Richardson, L. (2002). Substance abusers friendships and social support networks in the therapeutic community. Therapeutic Communities. *The International journal for Therapeutic & Supportive Organizations*,
- Riquelme, A. (1997). *Depresión en residencias geriátricas: Un estudio empírico*. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Rodríguez, S., Héctor, E. (2007). Validación argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Psicodebate*, 7: 155-168. <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v7io,433>
- Sandín, B., Chorot, P. (1990). *Escala de apoyo social SS-B de Vaux, Riedel y Stewart*. Madrid: UNED.
- Sherbourne, C. D., Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32: 705-714.
- Sherbourne, C. D., Meredith, L. S., Rogers, W., Ware, J. E. (1992). Social support and stressful life events: Age differences in their effects on health-related quality of life among the chronically ill. *Quality of Life Research*, 1 (4): 235-246.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6: 1231-1239.
- Terol, M. C. (1999). *Apoyo social y salud en pacientes oncológicos*. Tesis doctoral. Universidad Miguel Hernández de Elche.
- Terol, M. C., López, S., Neipp, M. C., Rodríguez, J., Pastor, M. A., Martín-Aragón, M. (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. *Anuario de Psicología*, 35 (1): 23-45.
- Tomás, C. (2 de mayo de 2014). Ludopatía: criterios diagnósticos DSM-V [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://adiccionesvalencia.es/ludopatia-criterios-diagnosticos-d-s-m-v/>
- Vaux, A., Riedel, S., Stewart, D. (1987). Modes of Social Support Behaviours (SS-B) Scale. *American Journal of Community Psychology*, 15 (2): 209-237.
- York, E., Waite, L. J. (2012). Social network resources and management of hypertension. *Journal of Health and Social Behavior*, 53 (2), 215-231. Doi: 10.1177/0022146512446832.

ANEXO 1

Datos sociodemográficos y conducta de juego.

A completar por el terapeuta

CODIGO: _____

1. Sexo: ___1 = H ___2 = M

2. Edad _____ AÑOS

3. Nivel Educativo: ___1 = Sin estudios ___2 = Primaria ___3 = Secundaria ___4 = Universidad

4. Juego principal

_____ Máquinas recreativas con premio

_____ Bingo

_____ Cartas presencial

_____ Cartas online

_____ Ruleta (casino) Presencial

_____ Ruleta (casino) online

_____ Apuestas deportivas

_____ Otro. Indicar cual _____

5. Indicar otros juegos

_____ Máquinas recreativas con premio

_____ Bingo

_____ Cartas presencial

_____ Cartas online

_____ Ruleta (casino) Presencial

_____ Ruleta (casino) online

_____ Apuestas deportivas

_____ Otro. Indicar cual _____

6. Cronicidad. Fecha aproximada de inicio del juego problemático _____

7. Severidad de la adicción (Indicar el nombre del índice, su valor y fecha de medida)

8. Situación actual de consumo:

___1) No juega desde que comenzó el tratamiento.

___2) Caída.

___3) Recaída.

9. Asistencia

___1) Abandono o Expulsión.

___3) Asistencia 100%

___2) Asistencia media

___4) Altas en seguimiento.

10.- Comentarios



ANEXO 2

Cuestionario estructura de apoyo social.

1. ¿Con quién vive actualmente?

- 1 Solo
 - 2 Con pareja/cónyuge.
 - 3 Con padres y/o hermano/s.
 - 4 Con hijo/s.
 - 5 Con amigo/s
 - 6 Otros (especificar)
- _____

2 ¿Cuál de las siguientes personas considera que mejor le puede ayudar a superar su problema con el juego?

- 1 Mi pareja.
 - 2 Mi padre
 - 3 Mi madre
 - 4 Mi hermano/a.
 - 5 Mi hijo/a.
 - 6 Mi amigo/a
 - 7 Otros (especificar)
- _____

- 8 No tengo a nadie.
- 9 Prefiero que nadie me ayude.

3 Actualmente, ¿Hay alguna persona que se preocupe por su tratamiento? ____ SI ____ NO

4. Marque con una cruz que persona se preocupa por su tratamiento.

- 1 Mi pareja.
 - 2 Mi padre
 - 3 Mi madre
 - 4 Mi hermano.
 - 5 Mi hermana.
 - 6 Mi hijo
 - 7 Mi hija.
 - 8 Mi amiga
 - 9 Mi amigo
 - 10 Otros (especificar)
- _____

- 11 Nadie se preocupa por mi tratamiento

5. Esta persona, ¿Acude a las sesiones de terapia cuando se les requiere?

____ SIEMPRE _____ A VECES ____ NUNCA _____ NO SE LE HA REQUERIDO

Piense en la persona o personas que ha marcado en la pregunta 4 (quien se preocupa por Ud.)

Marque con una cruz la opinión que más se aproxima a la suya.

	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Normalmente	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre
6.1 Confía en que yo pueda resolver mi problema con el juego	1	2	3	4	5	6	7
6.2 Me comprende	1	2	3	4	5	6	7
6.3 Me considera un vicioso y un débil	1	2	3	4	5	6	7
6.4 Se siente motivado/a y comprometido/a ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
6.5 Está harto/a de mi	1	2	3	4	5	6	7
6.6 Comprende que su colaboración es importante	1	2	3	4	5	6	7
6.7 Entiende que los reproches no ayudan a mejorar	1	2	3	4	5	6	7
6.8 Me quiere	1	2	3	4	5	6	7
6.9 Me humilla	1	2	3	4	5	6	7
6.10 Me calma cuando estoy nervioso/a	1	2	3	4	5	6	7
6.11 Me respeta	1	2	3	4	5	6	7
6.12 Duda de que yo sea capaz de recuperarme	1	2	3	4	5	6	7



	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Normalmente	Muy a menudo	Muchísimas veces	Siempre
7.1 Se siente incómodo al hablar sobre mi problema con el juego	1	2	3	4	5	6	7
7.2 Acude a las sesiones cuando le corresponde	1	2	3	4	5	6	7
7.3 Se preocupa por la agenda de terapia	1	2	3	4	5	6	7
7.4 Me recuerda las sesiones	1	2	3	4	5	6	7
7.5 Cumple las orientaciones que el terapeuta le da	1	2	3	4	5	6	7
7.6 Me ayuda a controlar las situaciones de riesgo	1	2	3	4	5	6	7
7.7 Se interesa por mi terapia	1	2	3	4	5	6	7
7.8 Supervisa mi cumplimiento terapéutico	1	2	3	4	5	6	7
7.9 Desconfía de la terapia	1	2	3	4	5	6	7
7.10 Se mantiene firme y coherente con los objetivos terapéuticos	1	2	3	4	5	6	7
7.11 Es un problema para mi terapia	1	2	3	4	5	6	7
7.12 Me pregunta sobre mi tratamiento	1	2	3	4	5	6	7

