



**PREVENCIÓN DEL  
TRASTORNO POR JUEGO  
DE AZAR CON JÓVENES  
Y ADOLESCENTES EN  
ENTORNO ESCOLAR:  
EL PROGRAMA DE  
“LA CONTRAPARTIDA”**



## PREVENCIÓN DEL TRASTORNO POR JUEGO DE AZAR CON JÓVENES Y ADOLESCENTES EN ENTORNO ESCOLAR: EL PROGRAMA DE "LA CONTRAPARTIDA"

Proyecto:

EVALUACIÓN DE LAS SESIONES GRUPALES QUE SE REALIZAN CON ADOLESCENTES Y  
JÓVENES, DENTRO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL TRASTORNO POR JUEGO DE  
AZAR "LA CONTRAPARTIDA"

Un programa del  
INSTITUTO DE ADICCIONES



madrid  
salud



UNIVERSIDAD  
COMPLUTENSE  
MADRID

Con financiación:



Este trabajo está protegido por licencia Creative Commons 4.0.

No se permite un uso comercial de la obra original  
ni la generación de obras derivadas.

Vínculo a la obra original: [https://madridsalud.es/pdf/adicciones/Prg\\_contrapartida\\_completo.pdf](https://madridsalud.es/pdf/adicciones/Prg_contrapartida_completo.pdf)

Más información en <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

## Investigador Principal/Coordinador

### Dr. Juan F. Navas

Universidad Complutense de Madrid  
junavas@ucm.es

## Equipo científico

### Dra. Cristina Martín Pérez

Universidad de Valladolid

### Dr. Miguel Vadillo

Universidad Autónoma de Madrid

### Dr. José C. Perales

Universidad de Granada

## Colaboración Servicio PAD

Ana Ordoñez  
Ana Álvarez

## Agradecimientos:

A la Subdirección General de Adicciones de Madrid Salud

A Sandra Albaladejo, Rocío Barragán, Fernando Díaz, Isabel Gimbel y Candela Otero, por su ayuda en la recogida de datos y en la aplicación de las sesiones de prevención.

Madrid 15 de junio de 2023

# Índice

<b>1. Introducción</b>	<b>Pág. 08</b>
1.1. El juego de azar en adolescentes y jóvenes adultos	Pág. 10
1.2. Factores de riesgo para el desarrollo de trastornos adictivos	Pág. 13
1.3. Programas de prevención de problemas con el juego de azar	Pág. 17
1.4. Variables de resultado de los programas de prevención	Pág. 21
<b>2. Justificación y Objetivos</b>	<b>Pág. 24</b>
<b>3. Método</b>	<b>Pág. 27</b>
3.1. Diseño	Pág. 28
3.2. Participantes	Pág. 28
3.3. Procedimiento	Pág. 29
3.4. Instrumentos	Pág. 30
3.5. Intervenciones de prevención	Pág. 32
3.6. Análisis de datos	Pág. 36
<b>4. Resultados</b>	<b>Pág. 39</b>
4.1. Uso de juegos de azar	Pág. 40
4.2. Modificación de la actitud hacia los juegos de azar	Pág. 42
4.3. Modificación de creencias sobre los juegos de azar	Pág. 45
4.4. Modificación de la intención de apostar	Pág. 46
4.5. Modificación de la conducta de apostar	Pág. 46
<b>5. Discusión</b>	<b>Pág. 48</b>
<b>6. Referencias</b>	<b>Pág. 56</b>
<b>Anexos</b>	<b>Pág. 63</b>

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Cantidad máxima apostada en 12 meses en juego presencial y <i>online</i> .	Pág. 41
<b>Tabla 2.</b> Datos descriptivos y comparaciones entre grupos en variables sociodemográficas y variables de interés en toda la muestra.	Pág. 41
<b>Tabla 3.</b> Datos descriptivos y comparaciones entre grupos en variables sociodemográficas y variables de interés en la submuestra de participantes jugadores.	Pág. 42
<b>Tabla S1.</b> Uso de diferentes modalidades de juego de azar a lo largo de la vida.	Pág. 66
<b>Tabla S2.</b> Frecuencia de uso de diferentes modalidades de juego de azar en los últimos 12 meses.	Pág. 67
<b>Tabla S3.</b> Comparaciones <i>post-hoc</i> del efecto de interacción Tiempo por tipo de Intervención en toda la muestra en las variables de interés correspondientes.	Pág. 68

Abreviaturas: S, Suplementaria.



## Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Procedimiento del estudio.	Pág. 30
<b>Figura 2.</b> Resultados de los análisis de variables intermedias en toda la muestra.	Pág. 44
<b>Figura 3.</b> Resultados de los análisis de variables conductuales en la submuestra de participantes jugadores.	Pág. 44



## Índice de Anexos

<b>Anexo 1.</b> Información ofrecida a los participantes sobre recursos comunitarios.	Pág. 63
<b>Anexo 2.</b> Contenido del juego utilizado en el programa de La Contrapartida.	Pág. 64
<b>Anexo 3.</b> Material estadístico suplementario.	Pág. 66

# Introducción

The image features a large blue circle in the center containing the word "Introducción" in white, bold, sans-serif font. To the right of the large circle, there are two smaller blue circles of different sizes. The bottom half of the page is filled with a pattern of small, light blue dots.

## 1. Introducción

El juego de azar es una actividad recreativa que tiene potencial adictivo. Desde el año 2013, la Asociación de Psiquiatría Americana considera que la pérdida de control del uso de los juegos de azar se puede categorizar como un trastorno adictivo, etiquetándolo como Trastorno por juego de azar (a partir de ahora TJA; APA, 2013). En el año 2022, la Organización Mundial de la Salud también lo clasifica de la misma manera (OMS, 2018). Esta conceptualización está basada en las similitudes existentes entre el uso de juegos de azar y el consumo de ciertas sustancias adictivas. Más específicamente, se han hallado paralelismos entre ellas a nivel epidemiológico, en la alteración de mecanismos cerebrales y procesos cognitivos subyacentes, en el abordaje clínico y en la influencia de factores sociales sobre su inicio, mantenimiento y agravamiento (Petry, 2010; Goudriaan, 2020).

El instituto de Adicciones de Madrid Salud desarrolla desde el 2020 un programa de prevención de problemas con el juego de azar a nivel comunitario en 4 distritos de la ciudad de Madrid (Carabanchel, Latina, Tetuán y Usera), ampliado a 12 distritos en la actualidad. Este programa se basa en otras intervenciones que han mostrado ser eficaces en la prevención de problemas con el juego de azar a nivel nacional (e.g., Chóliz y Lamas, 2017; Lloret y Cabrera, 2019). Incluye acciones de difusión y sensibilización de problemas y peligros asociados a los juegos de azar; de detección de personas en riesgo y de orientación sobre recursos y estrategias específicas de prevención.

Está dirigido a tres tipos de poblaciones: el conjunto de la ciudadanía, adolescentes y jóvenes adultos de entre 14 y 24 años – en tanto población vulnerable de especial relevancia – y familias y profesionales de referencia para esa población diana. Se realizan acciones de difusión y sensibilización mediante comunicaciones en redes sociales (i.e., *Twitter*, *Instagram*, *TikTok* y *Facebook*). Diferentes agentes sociales realizan además acciones de identificación, captación y orientación de adolescentes y jóvenes en centros educativos y municipales, centros deportivos y bibliotecas y en medio abierto, es decir, en lugares públicos de reunión (e.g., plazas y parques).

Los objetivos generales de estas acciones son concienciar sobre los problemas asociados a los juegos de azar, promocionar actividades alternativas de ocio saludable e identificar y remitir a recursos específicos de intervención y tratamiento a jóvenes y adolescentes con diferentes niveles de severidad de participación problemática en juegos de azar. Asimismo, este trabajo se complementa con acciones dirigidas a personas adultas de referencia para jóvenes y adolescentes, esto es, la familia, profesorado y profesionales de servicios sociales. Entre sus objetivos destacan contribuir a visibilizar los problemas

asociados con el juego de azar, mostrar indicadores de riesgo para la detección temprana de problemas con esta actividad, señalar las vías de derivación a recursos especializados de atención y generar espacios de trabajo para acciones específicas de prevención. Es importante considerar que una buena parte de estas acciones se realizan en entornos educativos, tanto para la captación de la población diana como para la coordinación y generación de espacios de trabajo con los adultos de referencia mencionados.

Para poner en contexto el impacto de este programa, hay que considerar la importancia de la intervención con jóvenes y adolescentes por dos cuestiones fundamentales. En primer lugar, por los problemas con los que se ha asociado el juego de azar. Estos problemas pueden organizarse en un continuo de severidad en cuyo extremo superior se situaría el TJA, es decir, un trastorno psicopatológico que produce un grado de deterioro funcional intenso. En el extremo inferior se situarían daños menos graves en diferentes áreas vitales como por ejemplo una reducción del gasto para otras actividades de ocio, la experiencia de malestar emocional leve (e.g., sentimientos de culpabilidad por apostar) o una interferencia en la formación o desempeño laboral (e.g., absentismo). Por las razones que se comentan en la sección siguiente, adolescentes y jóvenes adultos son una población de riesgo para el desarrollo de problemas con el juego de azar de diferente clase e intensidad.

En segundo lugar, la importancia de la prevención de problemas con el juego de azar en esta población se deriva de los datos de prevalencia de su uso a nivel nacional y que señalan que hay un elevado número de personas de esta población que participan en diferentes modalidades de juegos de azar. Estos datos se detallan también a continuación.

### 1.1. El juego de azar en adolescentes y jóvenes adultos

En el último informe sobre adicciones comportamentales del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD; 2021), se muestra que la prevalencia del uso de juegos de azar en estudiantes de entre 14 y 18 años es del 20,1% (27,6% hombres y 12,6% mujeres). Los juegos de azar más practicados de manera presencial fueron: loterías, rascas, quinielas y apuestas deportivas. De manera *online* el juego más utilizado fue el de apuestas deportivas, seguido de las quinielas, la ruleta y los juegos de cartas. Hay que tener presente que en nuestro país es ilegal apostar para menores de edad. A efectos de este informe hay otros datos sobre grupos de edad que pueden resultar de interés. La prevalencia del uso de juegos *online* entre jóvenes de 15 a 24 y de 25 a 34 fue de 8,3% y 9,3%, respectivamente. Estas cifras sitúan a los jóvenes de estas edades por encima del resto de la población (la prevalencia mayor fue del 6,9% entre personas de 35-44 años). De igual manera, se da una mayor prevalencia en hombres que en mujeres (12,2% vs 4,1% en 15-24 años; y 14,3% vs 4,3% en 25-34 años).

En relación con los juegos presenciales, el 31,4% de jóvenes de entre 15 y 24 ha jugado en los últimos 12 meses mientras que en el caso de jóvenes de entre 25 y 34 esa prevalencia sube al 57,5%. En este caso, la prevalencia es menor que en el resto de grupos de edad (la prevalencia más baja en dichos grupos fue del 67,1% entre personas de 35 y 44 años). De forma general, el grueso del juego presencial se debe al uso de loterías. De nuevo se hallan diferencias en prevalencia en función del sexo en este formato de juego de azar, siendo también mayor el porcentaje de hombres que apuestan en comparación con el de mujeres (35,1% vs 27,4% en 15-24 años; y 61,1% vs 54,0% en 25-34 años).

Para ilustrar las implicaciones de estos datos hay que considerar en primer lugar ciertas características diferenciales que existen entre el uso de juegos de azar de manera presencial y *online* y que influyen en su potencial peligrosidad. En Madrid, en 2019, según el censo de locales del ayuntamiento de esa ciudad, existían 378 locales de juegos de azar. En 2022, un mapeo realizado por el equipo de trabajo de *La Contrapartida* identificó 138 de estos locales en los distritos de Usera, Carabanchel, Latina y Tetuán (nótese que en esos distritos hay 110 centros educativos).

Una alta densidad de estos locales físicos se ha asociado con diferentes factores de riesgo para el desarrollo de problemas con el juego de azar. En primer lugar, dicha densidad hace que el juego de azar sea más accesible y esté más disponible, es decir, que sea más fácil apostar y que haya más oportunidades para hacerlo. Tanto una alta accesibilidad como disponibilidad son predictores potentes de problemas con el juego de azar (St-Pierre et al., 2014). Un segundo efecto relacionado con una alta densidad de locales de juego es que puede ocasionar una reducción de otras alternativas de ocio, es decir, la apertura de estos locales podría limitar otras posibilidades de negocios de actividades diferentes (Latvala, Lintonen, y Konu, 2019). Una falta de oportunidades de ocio y desarrollo personal es también un importante factor de riesgo para el desarrollo de trastornos adictivos (Becoña-Iglesias y Cortés-Tomas 2011). Además, existe evidencia convincente a nivel internacional de que estos locales se concentran en lugares especialmente deprimidos (e.g., Wardel et al., 2014), o lo que es lo mismo, en lugares donde las dotaciones de servicios comunitarios suelen ser limitadas y la renta per cápita tiende a ser menor a la media. Otro efecto de una alta disponibilidad de locales de juego es que puede afectar de manera negativa al rendimiento escolar y esto puede ser especialmente pernicioso en lugares con poblaciones vulnerables (véase Espadafor y Martínez, 2021, para más información a este respecto con datos recogidos en la ciudad de Madrid).

Más allá de los locales físicos hay que tener en cuenta el juego *online*. Éste tiene una serie de características que le hacen potencialmente más peligroso en comparación al juego presencial, sobre todo para aquellas personas que ya apuestan (Effertz, et al., 2018;

Papineau et al., 2018). En primer lugar, incrementa la accesibilidad y disponibilidad de los juegos de azar, dado que se puede jugar con cualquier dispositivo conectado a Internet. Por ello, se rompen posibles limitaciones físicas y restricciones horarias; es decir, se puede apostar en cualquier lugar durante todo el día. En segundo lugar, el juego *online* añade un componente de privacidad que dificulta la supervisión de iguales, personas significativas y profesionales. Además, el control de acceso al juego de azar para menores de edad es más difícil de implementar de manera eficaz cuando se juega *online*, ya que no requiere la presentación física de ningún documento identificativo. Por otro lado, en el juego *online* se produce una enorme asimetría entre el/la usuario/a y el proveedor (e.g., casa de apuestas). Los entornos de juego, el uso de software específico y de inteligencia artificial hace que el juego de azar *online* pueda diseñarse como una experiencia inmersiva potente y ajustada a las características específicas del jugador/a, lo que puede potenciar su uso en términos de tiempo y dinero invertidos. Con ello, además, se incrementa la posibilidad de experimentar problemas con el juego de azar de diversa severidad. Otra característica que añade peligrosidad al juego de azar *online* es la distorsión en el valor del dinero que el uso de tarjetas, dinero virtual, etc., puede generar, estimulando el gasto y con ello también un posible mayor daño a nivel financiero.

Estas características son de relevancia para todo el conjunto de personas jugadoras, pero pueden serlo aún más para adolescentes y jóvenes adultos debido a aspectos relacionados con el neurodesarrollo. Es decir, hay procesos asociados a la edad que hacen a esta población especialmente vulnerable para el desarrollo de problemas con agentes adictivos como el juego de azar.

Durante la adolescencia y adultez temprana los sistemas neurocognitivos que sostienen las funciones ejecutivas van madurando progresivamente, estimándose que es entorno a los 25-30 años cuando alcanzan su mayor desarrollo (Blakemore, 2012; Østby et al., 2009). Las funciones ejecutivas de inhibición, flexibilidad y actualización guían una toma de decisiones ajustada, esto es, que tiene en cuenta las posibles consecuencias futuras de la decisión y no solo los beneficios en el corto plazo. Por otro lado, durante estas fases del neurodesarrollo suele acrecentarse una tendencia a la exploración (Steinberg y Morris, 2001). Esta tendencia es necesaria para un desarrollo psicosocial saludable e integrado (ibid.). Sin embargo, es un factor que predispone a exponerse y realizar diferentes tipos de conductas de riesgo. Por lo tanto, cuando se trabaja en prevención de problemas de adicción se tiene en cuenta especialmente a la adolescencia y a la juventud tempranas por la combinación entre estas dos cuestiones señaladas: por un lado, una menor capacidad para la toma de decisiones ponderando todas las consecuencias de la conducta y, por el otro, una mayor propensión a exponerse a situaciones nuevas pero también potencialmente peligrosas.

Los problemas con agentes adictivos se hacen más probables cuando a esta combinación asociada a la edad y que genera una falsa sensación de seguridad se le añade una baja percepción de los riesgos inherentes al uso de dicho agente. En el caso del juego de azar, la percepción de riesgo puede ser especialmente baja en la actualidad (Gavriel-Fried et al., 2021), sobre todo para algunas modalidades de juegos como el póquer, la ruleta o las apuestas deportivas. Por ejemplo, en España, al amparo de la Ley 13/2011 de regulación del juego, se produjo un considerable aumento de la publicidad y promoción de los juegos de azar. Un posible efecto de esta sobredimensión de la publicidad acompañada también de un número elevado de lugares para apostar es que se haya producido una normalización del juego de azar en el conjunto de la sociedad, es decir, que un amplio porcentaje de la población vea el juego de azar como una actividad de ocio generalizada y minimice su peligrosidad potencial, contribuyendo con ello a una mejora de la actitud hacia los juegos de azar (Derevensky, Sklar, Gupta, y Messerlian, 2010; Newall et al., 2019). Ambas cuestiones redundan en la mencionada percepción reducida de los riesgos asociados a los juegos de azar. Por supuesto, no se ha de perder de vista que esto puede estar aún más acentuado en adolescentes y jóvenes adultos.

El objetivo de la prevención con esta población es por lo tanto limitar o retrasar el inicio del uso del juego de azar, es decir, evitar que se empiece a apostar, o, en el caso de que ya se apueste, tratar de reducir su uso al mínimo posible. La lógica de esta aproximación tiene que ver con que el contacto con agentes adictivos de manera temprana es un predictor potente del desarrollo de problemas de adicción (Sharman, Murphy, Turner, y Roberts, 2019).

Por lo tanto, la adolescencia y juventud tempranas son dos momentos del neurodesarrollo en los que existe un riesgo incrementado de empezar a apostar y por ello se hace un esfuerzo importante por intervenir con estas poblaciones. Sin embargo, hay que resaltar que no todas las personas que apuestan – aunque lo hagan con estas edades – desarrollan problemas severos con los juegos de azar. Para que este efecto se produzca hace falta considerar otros factores más allá de los asociados a la edad y que vendrían a explicar por qué solo un porcentaje de la población que se expone a un agente adictivo desarrolla problemas con su uso, incluyendo un trastorno adictivo.

## 1.2. Factores de riesgo para el desarrollo de trastornos adictivos

En España en el año 2015 se estimó que el 1,9% de la población había tenido problemas con el juego de azar (aunque solo el 0,9 cumpliera los criterios para ser diagnosticados con

TJA, es decir, la expresión de máxima gravedad de la enfermedad; Dirección General de Ordenación del Juego, DGOJ, 2015). Sin embargo, en ese informe también se sugería que un 76% de la población podría haber participado a lo largo de su vida en alguna forma de juego de azar (ibid.). Para contextualizar estos datos hay que considerar varias cuestiones. La primera de ellas es que el diagnóstico se basa en un punto de corte hasta cierto punto arbitrario y que la severidad del uso de juego de azar es un continuo. En segundo lugar, en términos absolutos, la mayor parte del daño generado por los juegos de azar se debe al juego practicado por personas con perfiles subclínicos, esto es, gente que apuesta con diferentes niveles de intensidad y frecuencia pero que no cumplirían los criterios de TJA (Browne et al., 2016). También es muy probable que en jóvenes y mujeres haya cierto nivel de infradiagnóstico, debido a cuestiones como la deseabilidad social o la estigmatización que acompaña a una etiqueta diagnóstica de adicción.

Aunque estos datos han de considerarse con cautela, porque es posible que haya más personas con problemas con el juego de azar de los que se sugiere, la pregunta que cabe hacerse es qué factores contribuyen a que se den escaladas en la severidad de uso de juego. Una conceptualización actual predominante de los trastornos adictivos se basa en modelos biopsicosociales (Skewes y Gonzalez, 2013; Yücel et al., 2019) que examinan los diferentes factores que intervienen en por qué solo un porcentaje de personas que se exponen a un agente adictivo desarrollan problemas con su uso. Para estos modelos, el aumento de la severidad de las conductas adictivas depende de la interacción entre (1) *factores personales*, tanto biológicos como psicológicos, (2) *factores contextuales* y (3) *factores asociados al agente adictivo en sí mismo*. Es importante señalar que estos modelos se contraponen a visiones más restrictivas, centradas casi en exclusiva en factores personales o fundamentalmente biológicos (e.g., Volkow, Koob, McLellan, 2016; véase Heather et al., 2018 para una discusión a este respecto). Sin menoscabo de la importancia de estos factores, dado que juegan un papel clave en la explicación de los problemas con el juego de azar, no se puede olvidar la influencia que ejercen los factores contextuales. Es decir, para que una persona desarrolle una adicción es necesario que esté inmersa en un contexto facilitador que interactúe con sus vulnerabilidades personales.

Entre los factores personales, además de los vinculados a procesos del neurodesarrollo mencionados con anterioridad, se incluirían problemas afectivos, problemas de conducta y problemas de autocontrol; la existencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y trastornos del aprendizaje, y una actitud favorable hacia el uso del agente adictivo y una baja percepción de los riesgos que entraña (Becoña-Iglesias y Cortés-Tomas 2011). En el caso específico de los juegos de azar, también se contemplarían creencias erróneas sobre el funcionamiento de los juegos de azar y la sobreestimación de

las capacidades personales para ganar apostando (i.e., distorsiones cognitivas) (Goodie y Fortune, 2013).

Los factores contextuales o ambientales incluirían por ejemplo haber sufrido maltrato infantil y negligencia en el cuidado durante la infancia o acoso escolar, situaciones traumáticas y otras experiencias continuadas de alto estrés; tener una baja cohesión familiar, pocos recursos económicos o una actitud positiva hacia los juegos de azar de personas de referencia (e.g., progenitores que apuestan). Por supuesto, ha de entenderse que todos estos factores son predisponentes, es decir, su ocurrencia aumenta la probabilidad del desarrollo de un problema pero no lo determina, y a la inversa, tener un problema con los juegos de azar no implica la ocurrencia de estas situaciones (Becoña-Iglesias y Cortés-Tomas 2011).

Los factores asociados específicamente al producto en el juego de azar harían alusión a las características de la publicidad y promoción de los juegos de azar y a las características propias de los entornos de juego, el diseño de los sistemas y dispositivos – es decir, el diseño intrínseco de los juegos – (Dow-Schüll, 2012; Parke, Parke y Blaszczynski, 2016). Estas características pueden influir en la probabilidad de empezar a apostar, en prolongar la duración y el número de episodios de juego o su intensidad (Parke et al., 2016). Una peculiaridad del TJA – y que los principales modelos biopsicosociales de explicación de este trastorno recogen – es la centralidad de estos factores (Blaszczynski y Nower, 2002; Goudriaan, 2020; Yücel et al., 2018). Esto implica que la explicación del problema con el juego de azar pivota en torno al juego en sí mismo, esto es, sobre cómo se promociona para atraer y fidelizar clientes y cómo se diseña para incrementar su uso, aumentando con ello en muchas ocasiones su potencial adictivo.

Desde el año 2021 con la entrada en vigor del Real Decreto 958/2020, de comunicaciones comerciales de las actividades de juego, la promoción de los juegos de azar y fidelización de clientes se ha reducido de manera considerable. En la actualidad la mayor parte de juegos de azar no pueden promocionarse más que en horarios restringidos para la población general, y solo de manera libre para el resto de personas previa autorización expresa (e.g., tener una cuenta de un casino *online*). Igualmente se han restringido algunas estrategias de fidelización como por ejemplo los bonos de bienvenida. No obstante, y tal y como se ha comentado, en la actualidad se desconoce el impacto específico que las acciones de promoción y fidelización han tenido en la población española, ya que, hasta donde sabemos, desde la encuesta realizada por la DGOJ en 2015 no se han realizado estudios nacionales de prevalencia de problemas con el juego de azar ni de su evolución. Tampoco hay datos sobre el nivel de cumplimiento de las normas de regulación y, lo que es más importante, sobre el desarrollo de estrategias comerciales alternativas que bordean

la legalidad. Si se utilizan como referencia datos de países con políticas permisivas de publicidad, se podría concluir que dichas estrategias pueden haber tenido un efecto negativo desde un punto de vista de ajuste psicológico y social, al contribuir al aumento del uso de los juegos de azar y de los problemas derivados de su práctica (Bouguettaya et al., 2020; Newall et al., 2019).

En relación con el diseño específico de productos cabría mencionar los siguientes aspectos. En primer lugar, el potencial adictivo de los juegos de azar reside en la incertidumbre psicológica asociada a los resultados aleatorios sobre el evento que se apuesta (ver Navas y Perales, 2014; 2021). Esto es un elemento común a todas las modalidades de juegos de azar ya que compone la esencia misma de esta actividad. Pero dicho potencial adictivo se va a ver acrecentado por diferentes características de cada producto de juego (Parke et al., 2016; Navas y Perales, 2021), o lo que viene a ser lo mismo, los juegos de azar varían en su potencial adictivo en función de cómo están diseñados. A modo de ejemplo ilustrativo podrían destacar la velocidad y frecuencia de las apuestas y las características del coste de las recompensas. Los juegos que permiten hacer muchas apuestas y de manera muy rápida, como es el caso de las máquinas tragaperras, torneos de póquer rápido o apuestas deportivas múltiples *in game* (i.e., mientras se desarrolla el evento sobre el que se apuesta), favorecen que se apueste durante más tiempo y más dinero del que podría haberse deseado en un principio, y con ello aumenta la probabilidad de que se generen daños de diferente severidad (ibid.). Otro ejemplo en relación con las características de las recompensas se puede ver en el número de eventos "casi gana" (*near-misses*; i.e., pérdidas cercanas a las ganancias: 2 figuras de *jackpot* de 3 posibles) o en las pérdidas disfrazadas de ganancias (*losses disguised as wins* [LDW]; i.e., pérdidas que se dan al usuario/a como si fueran ganancias: apostar 1 euro y obtener 75 céntimos). Ambas cuestiones contribuyen a la intensificación de distorsiones cognitivas específicas de los juegos de azar y dificultan una adecuada contabilidad de pérdidas y ganancias, acrecentando tanto el uso del juego de azar como su capacidad adictiva y de generación de daño. (Los objetivos de este informe van más allá de explicar pormenorizadamente todas las características del diseño de los juegos de azar pero se pueden consultar las referencias mencionadas para más detalles. En el caso específico de juegos *online*, véase por ejemplo: Hing, et al., 2022; Newall et al., 2021).

Por lo tanto, para entender por qué una persona desarrolla problemas con el juego de azar se ha de atender a la interacción entre factores personales predisponentes y un contexto específico facilitador (Sharman, Butler, y Roberts, 2019). De esta manera, y a la luz de la explicación de los problemas con el juego de azar desde un modelo biopsicosocial, los programas preventivos abordan ambos tipos de factores de riesgo (Williams, West, y

Simpson, 2012). Sin embargo, estos programas pueden variar en función del peso que se les da a unos u otros factores.

### 1.3. Programas de prevención de problemas con el juego de azar

Los programas de prevención de diferentes conductas de riesgo entre los que se incluye el uso del juego de azar han de entenderse desde una perspectiva amplia, que incluye la participación de diferentes organismos y agentes sociales a múltiples niveles y que en términos ideales se realiza de forma coordinada. Más específicamente, se puede distinguir entre diferentes niveles de intervención: *prevención universal*, *selectiva* e *indicada*. La primera es la que se hace con el conjunto de la sociedad. La *prevención selectiva* es la que se realiza con grupos de vulnerabilidad, es decir, con personas en riesgo por su pertenencia a colectivos específicos, incluyendo la edad, como es el caso de jóvenes y adolescentes. Por su parte, la *prevención indicada* es la que se lleva a cabo con personas que están en riesgo por su conducta individual. En el caso que nos ocupa haría referencia a personas que ya apuestan o se exponen a situaciones de juego (e.g., acompañar a sus amistades a casas de apuestas).

Un programa de prevención integral debería contemplar acciones a estos tres niveles (Foxcroft, y Tsertsvadze, 2012). La *prevención universal* se realiza fundamentalmente mediante campañas mediáticas que tienen por objetivo poner en conocimiento de la población en general los riesgos de una conducta específica e influir en la actitud que se tiene hacia ella. La *prevención selectiva* también se puede realizar mediante este tipo de campañas, aunque estarían diseñadas específicamente para el grupo vulnerable objetivo. Asimismo, este tipo de acciones deberían acompañarse de intervenciones específicas dirigidas a dotar a los individuos en condiciones de vulnerabilidad de un conocimiento básico sobre el problema y a que desarrollen habilidades para la regulación de la conducta de riesgo. No se puede olvidar tampoco que una parte esencial de estas intervenciones a este nivel es la derivación o generación de actividades alternativas de ocio y de oportunidades de desarrollo personal y profesional, que inciden de manera indirecta en la probabilidad de realización de conductas de riesgo. Más allá de estas acciones y dentro de intervenciones de *prevención indicada*, se hace necesario detectar personas que realizan conductas de riesgo y orientarlas a recursos en los que puedan recibir una intervención específica, muchas veces individualizada, dirigida a minimizar los riesgos o a extinguir la conducta problema. Nótese que la prevención de conductas de riesgo y, por lo tanto, del uso del juego de azar, incluye acciones comunitarias, grupales e individuales.

Por supuesto, con adolescentes y jóvenes adultos la prevención de problemas con el juego de azar también ha de hacerse a estos tres niveles. No obstante, en la actualidad el grueso de la evidencia científica sobre la eficacia de los programas de prevención se centra en prevención en el entorno escolar. Hay dos motivos básicos que pueden explicar esta circunstancia. En primer lugar, interviniendo en este entorno se maximizan los recursos humanos y económicos dado que se puede acceder de manera más sencilla a la población diana. En segundo lugar, este entorno permite realizar intervenciones con un alto grado de control, facilitando así evaluar su eficacia e identificar los ingredientes necesarios para aumentarla. En este sentido, y en contraposición a acciones individuales y grupales, valorar el impacto directo de acciones comunitarias es de una mayor complejidad, dado el gran número de factores que intervienen.

Hay una serie de directrices que se contemplan a la hora de realizar acciones de prevención grupales, fundamentalmente de prevención selectiva – que serían el tipo principal de acción realizada en instituciones educativas – y que son las siguientes (Nation et al., 2003). (1) Los talleres o seminarios deben ser impartidos por profesionales cualificados/as y (2) deben tener o desarrollar una relación positiva de trabajo con las personas asistentes. (3) Se debe asimismo proporcionar un material comprensivo de los riesgos de la conducta que se quiere prevenir, (4) justificar dichos contenidos y (5) adaptarlos a las características de la audiencia. Se considera que se han de (6) utilizar métodos de enseñanza variados, priorizando métodos activos que implican que los usuarios/as tengan que involucrarse, (7) diseñar el taller con coherencia intrasesión y una adecuada sincronización de los contenidos y métodos de enseñanza, y (8) proveer un entrenamiento suficiente para producir los cambios deseados. Asimismo, dichos cambios deben ser (9) evaluados mediante instrumentos cuantificables.

Se espera por lo tanto que estos talleres o seminarios sean impartidos por expertos en prevención de conductas de riesgo y que tengan las habilidades necesarias para conectar con los asistentes, es decir, de establecer alianzas de trabajo que sirvan de contexto facilitador del trabajo preventivo [Directrices 1-2 de Nation et al., (2003)]. Un material comprensivo [D3] sobre los riesgos del juego de azar incluye los contenidos que se detallan a continuación. (i) Las características estructurales del juego de azar que lo convierten en una actividad con potencial adictivo o que se asocian a posibles escaladas en su uso, y las estrategias que se utilizan para su publicidad y promoción (los riesgos del producto comentados en la sección 1.2). Es importante señalar que los juegos de azar se diseñan para maximizar su rentabilidad, por lo que algunas de estas características pueden tener una intencionalidad manipulativa que contribuyen a que se apueste más de lo deseado a priori. Este es un punto fundamental en los programas de prevención

porque darlos a conocer puede ser la base para que se genere reactancia psicológica y que ésta funcione como un posible impulsor del cambio. (ii) Los motivos que existen para apostar y cómo se asocian a diferentes cursos posibles de problemas con el juego de azar. (iii) Los problemas o daños que apostar puede generar y (iv) las señales de alarma personales que sirven para detectar problemas o pérdida de control. (v) Un entrenamiento en habilidades de cálculo, que puede ser más o menos sofisticado pero debe incluir al menos aprender a discernir entre azar, probabilidad y suerte, relacionándolo con (vi) el reconocimiento de distorsiones cognitivas. Y, por último, (vii) información sobre recursos de orientación y tratamiento así como de recursos de ocio y tiempo libre y de desarrollo personal y profesional. (En el apartado 3.5 se detallan todos estos elementos dentro de un programa de prevención). Este contenido ha de presentarse de tal manera que los/as usuarios/as lo entiendan con claridad (adaptación) [D4] y comprendan por qué se les da (justificación) [D5].

Existe más controversia con relación a los métodos de enseñanza y a la dosis del entrenamiento [D6-8]. En cuanto a los métodos de enseñanza, los programas de prevención pueden clasificarse en función del peso que se le da a una metodología expositiva en contraposición a una activa. Las metodologías expositivas suelen seguir un formato de lección magistral aunque, también pueden incluir por ejemplo la realización de preguntas exploratorias para la audiencia. No obstante, se basan fundamentalmente en que son los profesionales los que transmiten directamente la información a los asistentes. Por su parte, en las metodologías activas se da prioridad a la participación de los asistentes y para ello se pueden utilizar técnicas de debate, juegos interactivos grupales, *role-playing*, etc. En este caso, el seminario o taller se concibe como un contexto que facilita el aprendizaje personalizado, y en la transferencia de información se prioriza el descubrimiento guiado. Nótese que, aunque existen intervenciones de prevención que siguen solo una u otra metodología, es posible y deseable que se utilice una combinación, priorizando las metodologías activas, tal y como se sugiere en las directrices de Nation et al., (2003) mencionadas con anterioridad.

En la actualidad no existe un consenso sobre cuáles la dosis de entrenamiento necesaria para que la intervención sea eficaz, es decir, para que produzca los efectos deseados, pero también eficiente, esto es, que el coste/beneficio sea lo más ajustado posible. Es en este punto donde se ha de considerar la tensión existente entre tiempo y recursos humanos y económicos disponibles y los beneficios potenciales de la intervención a corto y largo plazo.

En este sentido, los programas de prevención selectiva del juego de azar pueden clasificarse en dos tipos: *programas específicos* y *generales* (Williams, West, y Simpson,

2012). Los *programas específicos* se centran exclusivamente en el trabajo sobre riesgos propios del juego de azar y en el desarrollo de habilidades concretas para regular la conducta de apostar. En buena medida, estos programas englobarían los contenidos expuestos con anterioridad. Los *programas generales* por su parte añaden el trabajo sobre otras habilidades personales que se consideran protectoras ante todo tipo de conductas de riesgo, como por ejemplo: aumento de la autoestima y mejora de la imagen personal, habilidades interpersonales para afrontar situaciones estresantes, habilidades de regulación emocional, de autorregulación, de resolución de problemas y de toma de decisiones (ibid.). Es importante considerar que éstas también serían el área de trabajo de una buena parte de programas de prevención de diferentes conductas de riesgo, como pueden ser el consumo de sustancias, relaciones sexuales de riesgo o conducción temeraria, por citar algunas.

Existe evidencia suficiente de que los programas generales de prevención tanto del juego de azar como de otras conductas de riesgo producen cambios en la dirección deseada, al menos a corto y medio plazo (e.g., Derevensky et al., 2004; Ladouceur, Goulet, & Vitaro, 2012). Sin embargo, son muy demandantes en términos de recursos humanos y difíciles de implementar de manera generalizada en el contexto escolar. Hay que tener en cuenta que estos programas requieren de una dosis elevada de sesiones por lo general muy por encima de la disponibilidad de horarios para este tipo de acciones en la mayor parte de centros educativos de nuestro país. Por ello, más allá de investigaciones puntuales y que rompen la dinámica cotidiana de trabajo de los centros de manera artificial con objetivos de investigación, su implementación a gran escala es difícil (Mihalic, Fagan, y Argamaso, 2008). Muchos de los estudios con este tipo de programas podrían tener por lo tanto un problema de factibilidad (i.e., es difícil llevarlos a cabo en contextos escolares sin alterar su funcionamiento habitual).

La alternativa a estas intervenciones son los programas específicos que por definición son menos amplios, pero que también cuentan con suficiente evidencia científica que avala su eficacia (Williams et al., 2012). Aún con todo, de nuevo hay mucha variabilidad en el número de sesiones utilizadas en los estudios. En la literatura científica sobre estos programas se pueden encontrar intervenciones que van desde una sola sesión a siete, en sesiones de veinte minutos a dos horas (Keen, Blaszczynski, & Anjoul, 2017; Calado et al., 2020). Cabe señalar que los programas multis Sesiones pueden presentar de nuevo problemas de validez ecológica de similar naturaleza, aunque de menor grado que los generales. Es decir, aunque suelen implicar menos sesiones que éstos, son difíciles de encajar dentro del funcionamiento cotidiano de los centros educativos. Para paliar esta limitación, cada vez hay más interés en *programas específicos* de prevención coste-

eficientes, es decir, que produzcan los mejores resultados con la menor dosis posible. Incluso en la actualidad hay un interés creciente por utilizar nuevas tecnologías para la implementación de estos programas o para apoyarlos con dosis de refuerzo, dentro de estrategias de *e-health* (ver por ejemplo Canale et al., 2016).

La última de las directrices de Nation et al. (2003) hace alusión a la necesidad de medición cuantitativa de los resultados [D9] para demostrar si se alcanzan los objetivos perseguidos. Por la relevancia que tiene para este trabajo se desarrollará en mayor profundidad a continuación en una sección independiente.

#### 1.4. Variables de resultado de los programas de prevención

El objetivo último que se persigue en los programas de prevención es incidir directamente en la conducta de apostar. La lógica que explica este objetivo es que si se retrasa el inicio del uso de los juegos de azar o se reduce la frecuencia e intensidad con la que se practican, la posibilidad de incrementos en la severidad se reduce y con ello todos los problemas o daños asociados a los juegos de azar.

Sin embargo, una de las grandes cuestiones a debate en ciencias de la salud y del comportamiento sobre el cambio de conducta es mediante qué mecanismos se ha de intervenir para que se produzca dicho cambio de manera duradera. En el campo de las adicciones pueden destacarse tres visiones dominantes de cómo se producen los cambios conductuales referentes al uso de agentes adictivos. Más específicamente serían la del *Modelo de creencias sobre la salud* (Becker y Maiman, 1975), la de una aproximación basada en *Entrevista motivacional* (Rollnick y Miller, 1995; Miller y Rollnick, 2012), y la de la *Teoría de la acción planeada* (Ajzen y Madden, 1986).

El modelo de creencias sobre la salud es ampliamente reconocido y uno de los más utilizado por diferentes disciplinas de la salud. Se basa en la idea de que la conducta final que realiza una persona depende de la percepción de riesgo que tenga (e.g., de las consecuencias negativas que puede producir dicha conducta, incluyendo sufrir una enfermedad grave) y del balance que haga de sus costes y beneficios. Aplicada esta teoría al caso específico del juego de azar, implicaría que una persona que conoce los riesgos y daños que apostar puede producir y que calibra de manera adecuada sus pros y contras tendería a no apostar. Desde el punto de vista de la prevención, haría falta por lo tanto dar a las personas la información adecuada y guiarles para que realicen una toma de decisiones racional. Sin embargo, este modelo ha recibido diversas críticas que señalan

que en muchos casos la información por sí misma es necesaria pero no suficiente para que se produzca un cambio sostenido en el tiempo (Bandura, Adams, y Beyer, 1977; Magill et al., 2018). Asimismo, en muchas ocasiones la información ofrecida sobre riesgos hace alusión a problemas potenciales en el largo plazo por lo que pueden resultar demasiado inciertos, produciendo en algunas ocasiones cambios agudos pero transitorios (ibid.).

Por su parte, la teoría en la que se fundamenta la Entrevista motivacional plantea que la falta de información es un elemento clave para personas en un estadio motivacional específico de falta de conciencia de riesgos (i.e., *precontemplación* en términos del modelo transteórico de motivación [Prochaska y DiClemente, 1983]). Sin embargo, para otras personas el principal obstáculo para que se produzca un cambio en las conductas adictivas es un conflicto afectivo de elección entre dos opciones cada una de las cuales tiene aspectos positivos y negativos (i.e., *contemplación*). Es decir, según esta teoría el conflicto puede entenderse en términos de ambivalencia entre actitudes opuestas. Esto abre la posibilidad a explicar un hecho que aparentemente puede resultar contraintuitivo: que una persona tenga una actitud negativa hacia apostar o consumir pero también tenga una actitud positiva, contribuyendo con ello al mantenimiento de la conducta y no a su cambio. Dicho cambio se produciría cuando la persona es capaz de solucionar ese conflicto, descubriendo por sí misma cómo su conducta actual no converge con sus valores personales o sus objetivos vitales tanto en el corto como en el largo plazo.

Por último, la *Teoría de la acción planeada* sugiere que uno de los mejores predictores de una conducta es la intención de realizarla. La intención a su vez está determinada por (1) la actitud hacia la conducta, (2) la norma subjetiva y (3) el control percibido que se tenga sobre ella. Desde esta teoría la actitud se concibe como una combinación de creencias y valoración afectiva de las mismas en relación con una conducta específica. La norma subjetiva se refiere tanto a la percepción que la persona tiene de la actitud de otras personas sobre dicha conducta como a la importancia que ésta da a cumplir con expectativas sociales. Por último, el control percibido alude a la autoeficacia, es decir, la creencia personal acerca de poder realizar o no una conducta en concreto. La autoeficacia por su parte también influiría directamente en el cambio de conducta y no solo indirectamente a través de la intención. La relevancia práctica de esta teoría es que abre la posibilidad de ayudar a las personas a realizar cambios de conducta duraderos incidiendo en los diferentes componentes señalados. De esta manera, podría explicar también que la información objetiva *per se* pueda ser efectiva en algunos casos, mientras que en otros haya que intervenir sobre aspectos actitudinales, incluyendo cambio de creencias o fomentar la autoeficacia y la resistencia a la presión de los pares.



Por todo ello, y sin entrar en mayores disquisiciones teóricas, estas visiones coinciden en al menos dos puntos fundamentales que marcan sobre qué es importante intervenir y con ello qué es importante evaluar en un programa de prevención de problemas con el juego más allá de la conducta problema: (1) información sobre los juegos de azar, incluyendo creencias distorsionadas, y (2) la actitud que se tiene hacia ellos. A éstas, la Teoría de la acción planeada añade (3) la intención de apostar. Es importante señalar que no existe un conflicto teórico entre las visiones mencionadas del cambio sobre el rol que puede jugar la intención. Por lo tanto, un proyecto de prevención de problemas con el juego de azar tendría que medir las tres variables mencionadas, dado que existe la posibilidad de que medien o moderen el cambio final en la conducta de apostar.



# **Justificación, objetivos e hipótesis**

## 2. Justificación, objetivos e hipótesis

El juego de azar es una actividad con potencial adictivo que se ha asociado con una amplia variedad de problemas psicológicos y sociales. De hecho, se estima que el TJA es uno de los trastornos psicológicos con mayores tasas de suicidio (Wardel et al., 2020). En la actualidad hay un número elevado de adolescentes y jóvenes en España que usan juegos de azar y por lo tanto que pueden estar en riesgo de sufrir problemas con esta actividad. Dado que estas personas son especialmente vulnerables a agentes adictivos por características de su neurodesarrollo, es de gran relevancia implementar acciones de prevención que les tengan como población diana. Estas intervenciones han de estar basadas en evidencia científica de cara a incrementar su impacto real, rentabilizando al máximo la inversión realizada.

En la actualidad, hay un consenso relativamente amplio, apuntalado por diversos estudios científicos en una variedad de países, sobre la importancia de abordar ciertos contenidos en un programa de prevención de problemas con el juego de azar (Keen et al., 2017; Livingstone y Rintoul, 2020). Sin embargo, los resultados que se han obtenido hasta ahora, aunque prometedores, distan de ser ideales. Por ejemplo, en una revisión sistemática, se halló que prácticamente la totalidad de los estudios realizados producían cambios en variables intermedias como la actitud o creencias sobre los juegos de azar, pero no sobre la conducta específica de apostar (aunque muchos de estos estudios no medían directamente esa variable; Keen et al., 2017). Otros, sin embargo, sí mostraban cambios conductuales sustanciales (ibid.). La aparente discrepancia en estos hallazgos puede deberse entre otras cuestiones a ligeras variaciones en el contenido incluido, a la metodología que se utilizaba durante la intervención o al número de sesiones necesarias para que se produzcan los cambios deseados. Por la importancia de esta última, desde el punto de vista de inversión de recursos cabe decir que, aunque los datos sugieren que en general los cambios dependen de ella, esto es, a mayor tiempo de trabajo mayores beneficios, los programas multis Sesiones tienen limitaciones por sus problemas de implantación en contextos reales (Mihalic et al., 2016).

El presente proyecto tiene el objetivo general de examinar la eficacia de una intervención de prevención de problemas con el juego de azar desarrollada para su implementación masiva en diferentes contextos escolares (ESO, FP, y Bachillerato). Esta intervención consta de una única sesión de aproximadamente cincuenta minutos, incluye fundamentalmente una metodología activa de trabajo mediante juego lúdico y debate grupal, y un contenido comprensivo centrado en factores asociados a los productos de juegos de azar. Se comparará con un programa de prevención basado en psicoeducación, que es actualmente

la intervención de elección basada en evidencia (Keen et al., 2017), y que se realiza mediante una metodología expositiva. En el presente proyecto, el contenido de esta intervención control está diseñado para que guarde una alta similitud con la intervención experimental, diferenciándose fundamentalmente en la metodología de enseñanza. Es importante tener en mente que esta intervención está basada en un conjunto amplio de estudios que respaldan su potencial de cambio en las variables señaladas (para una revisión ver Keen et al., 2017) y que por lo tanto se considera un control activo.

La hipótesis de partida del presente estudio es que la intervención experimental de *La Contrapartida* producirá un decremento mayor en la conducta de apostar que la intervención control basada en psicoeducación. Nótese que dicho cambio solo sería aplicable a participantes que ya apuesten. La eficacia diferencial de los programas también podría traducirse en cambios en diversas variables intermedias que todas las personas, sean jugadoras o no, podrían tener en mayor o menor grado. Específicamente, estas variables son la actitud hacia el juego de azar, creencias distorsionadas sobre su funcionamiento y la intención de apostar. Se espera un mayor cambio en estas variables para aquellas personas que reciban la intervención experimental.

# Método

The image features a large blue circle in the center containing the word "Método" in white. To the right of the large circle are two smaller blue circles of different sizes. The bottom half of the image is filled with a pattern of small, light blue dots.

## 3. Método

### 3.1. Diseño del estudio

Se trata de un estudio empírico con dos factores (2x3), uno manipulado entre grupos y otro intrasujeto. El factor entre grupos tiene dos niveles correspondientes a los grupos de intervención. El grupo experimental recibió la intervención propia del proyecto de *La Contrapartida* (Madrid Salud) (a partir de ahora CP), basada en una metodología activa. El grupo control es un control activo que recibió una intervención basada en psicoeducación (PE). El factor intrasujeto tiene 3 niveles correspondiente a los diferentes puntos de medida: Pretratamiento (T1), Postratamiento (T2) y Seguimiento realizado un mes después de la intervención (T3). Se trata de un diseño *por protocolo*, dado que se incluyen los participantes que realizaron la intervención completa; en este caso, el total de la muestra.

### 3.2. Participantes

Se realizó un cálculo de potencia estadística para estimar el tamaño de la muestra necesario para detectar un efecto de interacción de pequeño a mediano ( $d=0.17$ ) entre dos condiciones de intervención y tres puntos de tiempo de medida con una potencia de 0.80 y un alfa de 0.05. Los resultados del análisis mostraron que es necesaria una muestra total de 337 participantes.

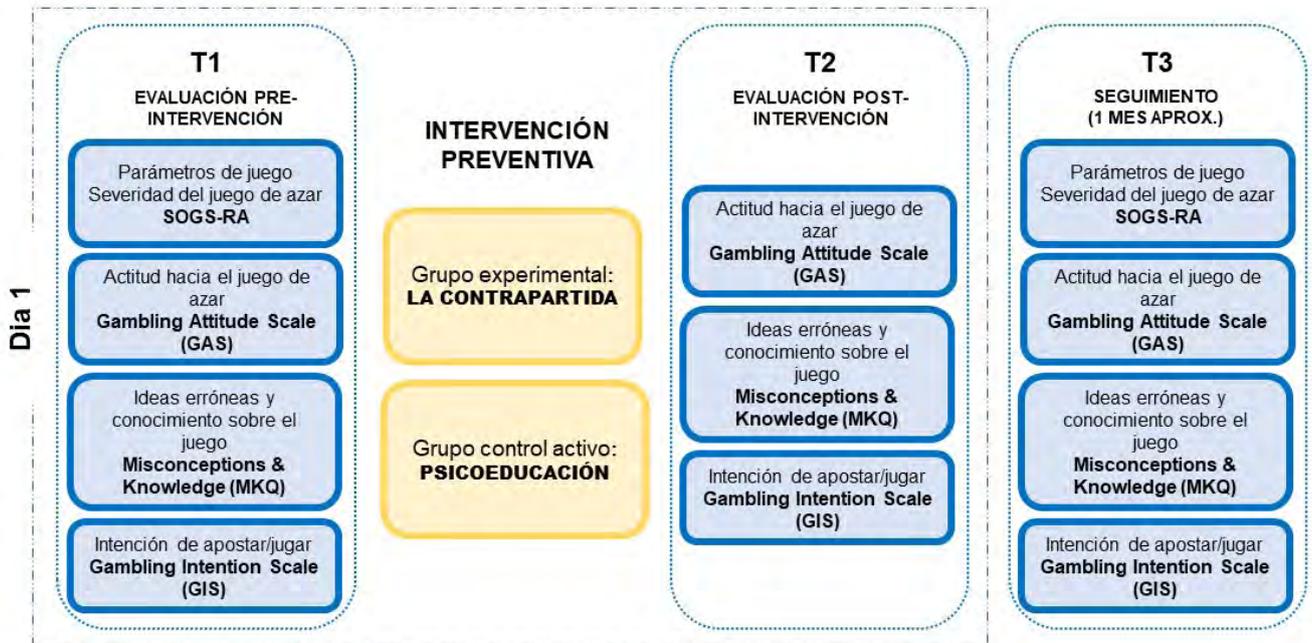
Cuatrocientos setenta y nueve estudiantes de formación profesional de 3 institutos de la ciudad de Madrid fueron invitados a participar en este estudio. De ellos, 9 decidieron no participar o abandonaron el estudio antes de terminar. Se estableció como primer criterio de exclusión no tener conocimientos suficientes de castellano como para poder responder al dossier de evaluación. Ninguna persona fue excluida por este criterio por lo que la muestra total evaluada al inicio del estudio fue de 470 personas. Un segundo criterio de exclusión *a posteriori* para ser incluido dentro de los análisis fue la ocurrencia de problemas sistemáticos a la hora de responder al dossier. Más específicamente, se consideraron esta clase de errores cuando se dejó en blanco al menos dos cuestionarios completos o cuando se eligieron todas las respuestas extremas en cuestionarios con escalas opuestas (i.e., GAS y MKQ; ver apartado de instrumentos) ya fuera en la evaluación pre o post intervención. Nueve personas fueron eliminadas por este motivo. Como criterio adicional de exclusión se utilizó la edad. Trece personas mayores de 30 años no se tuvieron en cuenta para los análisis. La muestra definitiva total considerada

después de las exclusiones y que realizó la primera evaluación fue de 450 personas. En el seguimiento que se realizó aproximadamente al mes de la evaluación participaron 304 personas. (En la Tabla 2, se incluyen sus datos sociodemográficos de edad, sexo y estatus socioeconómico, tanto de la muestra total como separados por los grupos de intervención a los que fueron asignados). En la mayor parte de los casos la atrición se debió a aspectos internos de organización de los centros, por ejemplo, realización de prácticas externas o por la imposibilidad de concertar una fecha para el seguimiento. No se pudo hacer un seguimiento de varios grupos en su totalidad. En algunos casos específicos, la atrición pudo tener que ver con aspectos del alumnado como absentismo o enfermedad.

### 3.3. Procedimiento

Todos los participantes fueron reclutados mediante la colaboración de los centros educativos a los que pertenecían. Se pactó con los centros la fecha de intervención y del seguimiento. En la Figura 1 se muestra el procedimiento general del estudio incluyendo los instrumentos de medida utilizados. En primer lugar, todos los participantes eran informados de los objetivos del estudio y de sus implicaciones, incluyendo expresamente la voluntariedad de la participación en el mismo. En segundo lugar, daban consentimiento informado expreso para participar. A continuación, cumplimentaban el dossier de evaluación, consistente en una serie de cuestionarios (ver apartado 3.4. de instrumentos y Figura 1). Esta fase duraba aproximadamente treinta minutos. Después, se realizaba la intervención preventiva. Los grupos habían sido asignados previamente de manera aleatoria a una de las dos intervenciones (ver apartado 3.5), pero en ningún momento se informaba a los participantes del tipo de intervención que iban a recibir. Téngase en cuenta que la intervención del grupo control era una intervención activa, es decir, con el potencial de generar cambios en la dirección deseada a diferencia de controles pasivos como grupos en lista de espera o intervenciones placebo. La intervención tenía una duración aproximada de cincuenta minutos. Tras su finalización, se volvía a realizar una evaluación con algunos de los cuestionarios utilizados también en primera instancia. La duración en este caso era de unos quince minutos aproximadamente. Por último, se realizó una evaluación de seguimiento alrededor de un mes después de la intervención. Por motivos del calendario académico y de la disponibilidad de cada centro, el seguimiento pudo ser algo inferior o superior a un mes pero nunca menor de veinticinco días ni mayor de cuarenta. Dicha evaluación estaba formada también por una serie de cuestionarios que pueden consultarse en la Figura 1.

Figura 1. Procedimiento del estudio.



### 3.4. Instrumentos

#### 3.4.1. Severidad del juego de azar

*Cuestionario de Juego de South Oaks-Versión Revisada para Adolescentes (SOGS-RA; Winters, Stinchfield y Fulkerson, 1993; Adaptación española Secades y Villa, 1998).* Este instrumento está dividido en dos partes. En la primera se examina frecuencia del uso de diversas modalidades de juegos de azar tanto a lo largo de la vida como en los últimos 12 meses, es decir, si nunca se ha apostado o si se ha hecho menos de una vez al mes, mensualmente, semanalmente o a diario. Las preguntas de frecuencia se desglosan por modalidad (i.e., cartas, cara o cruz, juegos de habilidad, apuestas, bingo, dados, tragaperras, rascas, loterías, quinielas, ruleta y otros). Asimismo, se evalúa la mayor cantidad de dinero apostado en los últimos 12 meses, y la conducta de apostar de los progenitores (ésta última no fue incluida en el presente estudio). Para este estudio se utilizó tanto la información de la (1) frecuencia máxima independientemente de la modalidad (e.g., si en una modalidad se apuesta semanalmente y en otras mensualmente, se utilizaría la de mayor frecuencia; ver Tabla S2 en el Anexo 3) como de la (2) cantidad.

En la segunda parte del cuestionario se evalúan diferentes síntomas de TJA, mediante

12 ítems (e.g., *¿Con qué frecuencia has vuelto a jugar otro día para intentar recuperar el dinero que habías perdido?*) u otras conductas problemáticas asociadas a los juegos de azar (e.g., *¿Alguna vez has jugado más de lo que tenías pensado?*), referidos a los 12 meses previos a la realización del cuestionario. Nótese que en el seguimiento realizado en este estudio, las dos partes del cuestionario se adaptaron, acotándolas al intervalo de tiempo desde la intervención (aproximadamente treinta días). La puntuación de esta parte del cuestionario varía de 0 a 12 puntos, por lo que proporciona una medición cuantitativa de severidad a lo largo de un continuo. Las puntuaciones elevadas serían indicativas de la posible existencia de un TJA. Esta es la medida de (3) severidad que se utilizó en el estudio, es decir, un indicador calculado a partir de la ocurrencia de síntomas de adicción u otras conductas problemáticas. La adaptación al castellano de esta prueba cuenta con propiedades psicométricas adecuadas.

### 3.4.2. Actitud sobre los juegos de azar

*Escala de Actitud hacia el Juego de Azar* (Delfabbro y Thrup, 2003; Delfabbro et al., 2009; GAS por sus siglas en inglés, *Gambling Attitude Scale*). Este cuestionario está formado por 9 ítems tipo Likert, que conforman dos escalas que examinan por un lado una actitud negativa hacia los juegos de azar y por el otro una actitud positiva hacia los mismos. Los 5 ítems sobre actitud negativa se asocian fundamentalmente a creencias sobre la falta de rentabilidad de los juegos de azar (e.g., *Puedes perder todo tu dinero apostando*). Los 4 ítems restantes sobre actitud positiva evalúan creencias sobre la rentabilidad de apostar (e.g., *El juego de azar es una mejor forma de ganar dinero que trabajar*). La información obtenida de este cuestionario sobre actitud es doble, independiente pero complementaria. Un perfil de riesgo sería aquel que muestra una actitud negativa hacia los juegos de azar baja y una actitud positiva alta. Este cuestionario ha sido adaptado para el presente trabajo siguiendo un método de traducción inversa, que consiste en traducirla en primer lugar al castellano y retraducirla luego de nuevo al inglés por una persona bilingüe nativa de habla inglesa. A continuación, cualquier discrepancia entre las dos versiones, es decir, la original y la traducida, se discuten entre el traductor y los autores (en este caso el primer autor) hasta llegar a una versión final consensuada y pulida.

### 3.4.3. Distorsiones cognitivas específicas de los juegos de azar

*Cuestionario de Conceptos Erróneos y Conocimiento sobre los Juegos de Azar* (Lavoie y Ladouceur, 2004; de ahora en adelante MKQ por su traducción del inglés, *Misconception*

*and Knowledge Questionnaire*). Este cuestionario evalúa diferentes creencias distorsionadas específicas de los juegos de azar mediante dos escalas. Una de ellas hace alusión a *Ideas erróneas* sobre el funcionamiento de los juegos de azar (e.g., *Cuando se apuesta, se deben conocer los trucos y estrategias si se quiere ganar*), mientras que la otra se refiere a *Conocimiento* objetivo del funcionamiento de estos (e.g., *No se tienen más posibilidades de ganar en la lotería, si se eligen los números personalmente*). Ambas escalas son complementarias. Un mayor grado de creencias distorsionadas sobre los juegos de azar vendría indicado por una puntuación elevada en la escala de *Ideas erróneas* y baja en la de *conocimiento*. La adaptación del instrumento para este trabajo se ha realizado mediante el mismo método de traducción inversa comentado en el punto 3.4.2.

### 3.4.4. Intención de apostar

*Adaptación de la Escala de Intención de Apostar* (Moore y Ohtsuka, 1997; GIS, por sus siglas en inglés; *Gambling Intention Scale*). Para el presente estudio se ha adaptado el instrumento GIS original para explorar la intención de apostar en diferentes modalidades de juegos de azar. Más específicamente se incluye la intención de apostar en las siguientes dos semanas a 7 modalidades: máquinas tragaperras, rascas, bingo, ruleta, póquer u otros juegos de cartas, apuestas deportivas y loterías o quinielas. Los ítems se responden en una escala tipo Likert de 7 puntos, en la que una mayor puntuación indica mayor intención de apostar a una modalidad en concreto. Este instrumento se ha adaptado al castellano mediante un método de traducción inversa y utilizando de referencia las modalidades de juegos de azar más utilizadas en España extraídas del informe EDADES (PNSD).

## 3.5. Intervenciones de prevención

### 3.5.1. Aspectos comunes

Ambas intervenciones estaban igualadas tanto en la dosis, i.e., una sesión de aproximadamente cincuenta minutos, como en el contenido y su orden de presentación. De esta manera, se pretende examinar si es la metodología de enseñanza el ingrediente clave que influye en una eficacia diferencial entre las dos intervenciones.

En relación con el contenido hay que considerar que estaba centrado en factores vinculados a los productos de juego. Estaba organizado en función de las siguientes áreas: (1) características básicas de los juegos de azar, (2) la relación de algunas de estas características con diferentes distorsiones cognitivas, (3) los motivos que diferentes

personas siguen para apostar, (4) las consecuencias negativas o los daños asociados a los juegos de azar e (5) información de recursos de ocio y formación de la ciudad de Madrid y del barrio específico donde se realizaba la intervención. Las dos primeras áreas se trabajaban de manera paralela ya que están interrelacionadas. La tercera, cuarta y quinta se presentaban de manera secuencial.

En la primera área se incluía información sobre la distinción entre probabilidad, azar y suerte. Después se introducía el término "margen de la casa" como un elemento clave de la falta de rentabilidad de los juegos de azar para el/la usuario/a en el largo plazo. Asimismo, se explicaba el concepto de "casi gana" (*near-wins*), es decir, de cómo obtener un resultado cercano a una ganancia incrementa la probabilidad de que se siga apostando, resaltando que estos ensayos pueden estar sobrerrepresentados en algunos juegos de azar. Por otro lado, se examinaba el efecto de algunas características de los lugares físicos para apostar, como la falta de luz del día o el precio bajo de las bebidas alcohólicas que tienen algunas locales de juego, y se introducía algunas características específicas de los juegos online como el uso de dinero virtual que pueden contribuir a aumentar el gasto. En relación con la promoción de los juegos de azar, se analizaba el papel que han cumplido algunos famosos y el que actualmente hacen *influencers* y *tipsters* fundamentalmente en redes sociales.

Toda esta información se conectaba paralelamente con la segunda área de trabajo, esto es, las distorsiones cognitivas. Éstas hacen alusión a creencias erróneas sobre cómo funciona el azar y a la sobreestimación de la habilidad para ganar en los juegos de azar. Específicamente, se exponían las ilusiones de control y predictibilidad (e.g., soy capaz de controlar los resultados del juego de azar y de predecirlos, respectivamente), y la ilusión de maestría (e.g., mediante el desarrollo de la habilidad puedo sacar rentabilidad de los juegos de azar). Es importante señalar que se enfatizaba la relación entre el diseño de los juegos de azar y su promoción y el incremento de dichas distorsiones. Se utilizaban dos ejemplos: los ensayos casi gana generan la sensación de que se está cerca de ganar cuando no es cierto porque los eventos en el juego de azar son independientes entre sí. Esto puede contribuir a acentuar la ilusión de control y de maestría. Un segundo ejemplo consistía en explicar que la existencia de *tipsters* que aconsejan sobre qué apostar aumenta la sensación de que se pueden predecir los resultados de los juegos de azar (ilusión de predictibilidad), y de que a través de un entrenamiento adecuado es relativamente factible desarrollar habilidades o métodos para ganar dinero a medio y largo plazo (ilusión de maestría).

En relación con la tercera área, se presentaban cuatro motivos básicos que suelen ser comunes en personas que apuestan y que se asocian a por qué se empieza a apostar

y a por qué se mantiene el uso de esta actividad a lo largo del tiempo. Estos son: (1) motivos financieros, (2) de diversión/excitación, (3) motivos sociales y (4) de regulación de estados afectivos no deseados (Barrada et al., 2019). Los motivos financieros hacen alusión a la parte monetaria de los juegos de azar, es decir, a apostar para obtener un premio económicamente evaluable o recuperar lo perdido. Los motivos de diversión/excitación aluden a la búsqueda de incrementar estados afectivos positivos ya vengan derivados de procesos intrínsecos de la apuesta (i.e., excitación asociada a la incertidumbre) o a otros factores como consecución de logros, desarrollo de habilidades, o derivados de la competición con otras personas. Íntimamente relacionado con ello, estarían los motivos sociales, cuyo peso en la adolescencia y juventud temprana viene dado por la enorme influencia que tienen los pares durante estas fases. Por último, apostar como una forma de afrontamiento emocional hace referencia a hacer un uso instrumental de los juegos de azar para paliar estados afectivos no deseados como aburrimiento, tristeza o ansiedad.

La presentación de motivos se utilizaba además para introducir varios indicadores de riesgo. Su identificación es un objetivo de prevención básico porque ayudan a las personas a saber cuándo pueden estar empezando a experimentar problemas con el juego de azar y de esa manera reducir su uso o pedir ayuda. Estos indicadores eran: (1) el incremento del gasto, del tiempo y de la frecuencia con la que se apuesta, (2) apostar para recuperar el dinero perdido, (3) ceder a la presión de terceras personas para apostar, y (4) usar el juego como una forma de evitación de problemas personales y emociones no deseadas, incluyendo aquellas derivadas de no apostar (e.g., nerviosismo) y que podrían ser indicativas de síntomas de adicción.

A continuación, se presentaban las consecuencias negativas de apostar o sus daños. Éstos se exponían en torno a seis dimensiones (Browne et al., (2016). (1) El daño financiero que puede ir desde pequeñas dificultades económicas a un endeudamiento severo y la bancarrota. (2) El deterioro de la salud física, asociado por ejemplo al sedentarismo o al consumo de sustancias como el alcohol, bebidas energéticas, comida basura, sin olvidar la mortalidad asociada al suicidio. (3) El daño en el bienestar psicológico tiene que ver con posibles problemas emocionales que pueden ser ligeros, como un sentimiento de culpa pasajero, pero también muy intensos como trastornos de depresión y ansiedad. (4) El daño en las relaciones interpersonales que podría manifestarse en un progresivo aislamiento o conflictos con familiares y amigos cercanos. (5) El daño a nivel laboral-educativo es aquel que se produce cuando apostar interfiere en la formación académica y en el trabajo, pudiendo ser relativamente leve, por ejemplo, pequeñas distracciones por somnolencia, a muy graves como la pérdida de trabajo por absentismo continuado. (6) También puede producirse un daño a nivel legal. Los problemas judiciales podrían derivarse de realizar

actividades ilegales para acceder a entornos de juego cuando se es menor de edad o para conseguir dinero para apostar, pero también, por ejemplo, por impagos de deudas o créditos. Por último, se exponía la información sobre recursos de ocio y formativos (ver Anexo 1).

### 3.5.2. Intervención basada en psicoeducación: Grupo control activo

La metodología de esta intervención era expositiva, es decir se hacía mediante clase magistral aunque favoreciendo la participación de los asistentes, usando preguntas exploratorias. En líneas generales, se hacía una breve descripción de la información correspondiente a las diferentes áreas descritas en la sección anterior y a continuación se hacían diferentes preguntas a los asistentes. En ningún caso se entraba en un debate grupal, pero se reflejaban las ideas principales expuestas en cada participación y se clarificaban aspectos teóricos cuando era requerido. Solo en el apartado de distinción entre probabilidad, azar y suerte y su relación con los sesgos, se utilizó una dinámica diferente que incrementaba la participación de los asistentes. Específicamente, se mostraban diferentes secuencias de resultados posibles en una ruleta y en sorteos de lotería y se analizaba con ellos las predicciones qué hacían sobre la ocurrencia de los eventos y sobre sus pensamientos y emociones. Con ello se ilustraban los conceptos mencionados relacionados con la probabilidad, incluyendo la independencia de eventos en los juegos de azar y su relación con diferentes distorsiones cognitivas.

### 3.5.3. Intervención de La Contrapartida.

En esta intervención se combinaba una metodología expositiva con una activa, pero priorizando esta segunda. En primer lugar, se introducía brevemente qué es el juego de azar, tipos de juegos de azar y que es la probabilidad, el azar y la suerte. A continuación, se utilizaba un video de TikTok de historia interrumpida. En este tipo de videos se presenta en primer lugar una situación con un final abierto, es decir, que puede desembocar en diferentes desenlaces, permitiendo así varias interpretaciones. El final se revelará en la segunda parte del video. En este caso se utilizaba para introducir y abrir un debate grupal sobre las características de los juegos de azar que dificultan que se puedan obtener premios económicos cuando se apuesta de manera frecuente (e.g., margen de la casa). Para seguir profundizando en esta idea y exponer el resto del contenido relacionado con las características de los juegos y las distorsiones, se dividía a los asistentes en 3 grupos pequeños, y se realizaba un trivial de 9 preguntas (ver Anexo 2). Así, los asistentes debían

llegar a un acuerdo en el grupo pequeño para responder, tras lo cual se hacía un debate grupal guiado por el profesional. Esta parte estaba diseñada para no suponer más de la mitad del taller y cada debate se ajustaba a las peculiaridades e intereses de los asistentes. Después, de manera expositiva se presentaban diferentes motivos que inducen a algunas personas a empezar a apostar y a su vez dificultan el control del uso de juegos de azar y su posible reducción. Los motivos sociales se trabajaban de nuevo con un video de TikTok de historia interrumpida. Con él se introducía qué es y qué efectos puede tener la presión de grupo y se analizaba con los asistentes qué estrategias pueden ayudar a resistirla. Para finalizar se exponían las últimas dos áreas de contenidos. Se presentaban las consecuencias negativas y daños de los juegos de azar, y se daba información sobre los recursos comunitarios de cada distrito, incluyendo tanto lugares para un ocio saludable y oportunidades de desarrollo personal, como los lugares y formas para solicitar ayuda especializada.

### 3.6. Análisis de datos

#### 3.6.1. Visión general

Los análisis de este proyecto se llevaron a cabo en tres fases: (1) análisis descriptivos; (2) análisis de los efectos de la intervención siguiendo una aproximación frecuentista y (3) análisis de los efectos de la intervención siguiendo una aproximación bayesiana.

Más específicamente, en primer lugar, se extrajeron los datos descriptivos y se comprobó la ausencia de valores extremos. La estrategia analítica final se decidió después de conocer esa información. En segundo lugar, se llevó a cabo un primer análisis de las variables dependientes intermedias de la actitud, distorsiones e intención de apostar, siguiendo una aproximación frecuentista. Hay que tener en cuenta que estas variables se midieron en todos los participantes fueran o no jugadores. Estas variables intermedias se analizaron mediante una serie de ANOVAs de medidas repetidas (ANOVA-RM), incluyendo los tres niveles de tiempo de medida como factor intrasujeto y los dos niveles del tipo de intervención como factor entre grupos. A continuación, como un porcentaje de participantes no apostaban en la evaluación T1. (Ver Figura 1). los análisis con las variables asociadas a la conducta de juego se hicieron solo con quienes informaban en ese punto de medida que habían apostado alguna vez en los 12 meses previos a la evaluación. Con fines ilustrativos de las tendencias de cambio en esta variable, esto es, aumento, descenso o mantenimiento, se hicieron también comparaciones por grupos con la submuestra de

jugadores/as. Para analizar los parámetros conductuales se utilizaron también ANOVA-RM pero con dos niveles de tiempo como factor intrasujeto (T1 y T3) además de los dos niveles de intervención como factor entre grupos. En tercer lugar, se realizaron análisis bayesianos similares a los análisis frecuentistas mencionados (ANOVA-RM bayesianos).

Con el objetivo de facilitar la transparencia de los análisis estadísticos y la realización de posibles comprobaciones y réplicas, a continuación, se desarrolla esta información de manera detallada.

### 3.6.2. Primera fase.

En primer lugar, se llevaron a cabo los análisis descriptivos de las variables sociodemográficas y de las variables dependientes. Para su obtención, se extrajeron las medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y las frecuencias y porcentajes para las variables ordinales y nominales. Además de esto, para comprobar grupos no diferían en la línea base en nuestras variables sociodemográficas y de interés se realizaron pruebas *t* de muestras independientes (tMI; estos análisis se llevaron a cabo con estadística frecuentista y, complementariamente, bayesiana). Asimismo, y dado que muchos de los instrumentos utilizados no están validados en muestras españolas, se comprobó su fiabilidad en esta muestra, calculando el Alfa de Cronbach (los análisis realizados mostraron que todos los instrumentos adaptados tenían una fiabilidad adecuada).

### 3.6.3. Segunda fase.

En esta fase se examinó el efecto de las intervenciones sobre las variables dependientes, mediante ANOVA-RM frecuentistas. Hay que considerar que en este tipo de análisis solo se incluyen aquellos participantes que tienen todos los puntos de medida realizados. Mientras que en T1 había 450 participantes, en T3 solo participaron 304. Antes de realizar los análisis se comprobaron los supuestos estadísticos para realizar el ANOVA-RM. Para cumplir con los criterios, algunas variables tuvieron que ser transformadas. El método de transformación se consideró atendiendo a su asimetría y curtosis. En el caso de la esfericidad se realizó un ajuste de los grados de libertad mediante la corrección Greenhouse-Geisser, cuando este criterio se violaba en algún análisis.

A continuación, se llevaron a cabo los análisis ANOVA-RM frecuentistas en toda la muestra para las variables dependientes intermedias y que se midieron en los tres tiempos referidos. A continuación, se hicieron ANOVA-RM con los diferentes parámetros de conducta (frecuencia, cantidad, severidad) que solo se evaluaba en dos ocasiones en T1 y T3. Todas las asunciones estadísticas fueron comprobadas de nuevo.

### 3.6.4. Tercera fase.

Finalmente, la misma lógica analítica se repitió con estadística bayesiana para comprobar si existe un apoyo estadístico sustancial de los resultados obtenidos con la primera aproximación. Mientras que la estadística frecuentista solo puede determinar la aceptación o rechazo de una hipótesis, la bayesiana puede mostrar si existe evidencia a favor de una hipótesis específica, incluyendo la hipótesis nula. Para este estudio se utilizaron los *priors* por defecto del programa utilizado para el análisis (JASP), dado que éstos están seleccionados de forma genérica para el rango de efectos habitual en estudios comportamentales. En estos modelos, comparamos las diferentes condiciones (efectos principales de tiempo, de intervención y de interacción) con la hipótesis nula de no diferencias entre condiciones. Los efectos se calcularán de la siguiente manera. *Efecto de Tiempo*: comparación del modelo Tiempo + Intervención con el modelo simple de Intervención; *Efecto de Intervención*: comparación Tiempo + Intervención con el modelo simple de Tiempo; *Efecto de Interacción*: comparación del modelo saturado con el modelo equivalente sin el término de interacción.

De cara a la interpretación de los resultados, hay que tener en cuenta que valores superiores a 3 o inferiores a  $1/3$  se considera evidencia moderada y superiores a 10 o inferiores a  $1/10$  evidencia fuerte. En el caso de valores entre 3 y  $1/3$  la evidencia se considera anecdótica, es decir, que la evidencia dentro de este rango es inconcluyente (Jeffreys, 1961).

Un segundo motivo por el que se elige una aproximación analítica dual es que este estudio puede tener una limitación asociada a una ligera falta de potencia estadística. El tamaño de la muestra había sido determinado empíricamente (337 participantes), pero por razones operativas asociadas principalmente a los centros educativos, la muestra final que completa las tres mediciones es solo de 304. Aunque esta pequeña discrepancia no se considera un problema capital, es importante considerar que la interpretación de los resultados de los análisis bayesianos es independiente del tamaño de la muestra.

# Resultados

## 4. Resultados

### 4.1. Uso de juegos de azar

Ciento ochenta y cuatro participantes de la muestra de este estudio no habían apostado en los últimos 12 meses en ninguna modalidad de juegos de azar (40,89%). 155 participantes (34,44%) habían apostado al menos una vez durante ese tiempo; 50 (11,11%) habían apostado mensualmente, 51 (11,33%) lo habían hecho semanalmente, mientras que 10 participantes lo hacían a diario (2,22%). Por lo tanto, el 24,67% de los participantes apostaban al menos una vez al mes. En las Tablas S1 y S2 en el material anexo se pueden consultar los datos de frecuencia de uso de juegos de azar separados por modalidad tanto a lo largo de la vida como en los últimos 12 meses.

Los datos relacionados con la cantidad máxima apostada en los últimos 12 meses tanto *online* como presencial se muestran en la Tabla 1. El 10% de los participantes habían gastado cantidades superiores a los 30 euros en el juego presencial mientras que en el juego *online* apostaba esas cantidades el 7,33%. El porcentaje total de gasto era mayor en el juego presencial que en el *online*.

En relación con la severidad medida a través del SOGS-RA, cabe señalar que un 9,13% de la muestra (41 participantes) tenía puntuaciones mayores de 3 puntos, que son indicativas de juego problemático y probable TJA. Un 13,14% podrían clasificarse como jugadores en riesgo al obtener puntuaciones entre 2 y 3 (59 participantes). El resto de los participantes serían considerados jugadores no problemáticos al puntuar 0 o 1, o bien, no jugadores como se ha señalado anteriormente que ocurría con un 40% de la muestra aproximadamente.

En la Tabla 2, se muestran los datos descriptivos y los resultados del análisis de diferencias entre los grupos experimental (*La Contrapartida*) y control (Psicoeducación) de la muestra total en T1, en las variables sociodemográficas de edad, renta y género, en las variables dependientes intermedias, actitud, ideas erróneas y conocimiento e intención. En la Tabla 3 se incluyen estos mismos datos de la submuestra de participantes jugadores además de la información de los diferentes parámetros conductuales.

**Tabla 1. Cantidad máxima apostada en 12 meses en juego presencial y online.**

	Presencial		Online	
	N	%	N	%
<b>Nunca</b>	202	44,89	350	77,78
<b>1 Euro o menos</b>	34	7,56	8	1,78
<b>1-6 Euros</b>	101	22,44	26	5,78
<b>6-30 Euros</b>	66	14,67	31	6,89
<b>31-60 Euros</b>	17	3,78	14	3,11
<b>61-120 Euros</b>	17	3,78	10	2,22
<b>121 Euros o más</b>	11	2,44	9	2,00

**Nota:** Datos perdidos: Presencial=2; Online=2.

**Tabla 2. Datos descriptivos y comparaciones entre grupos en variables sociodemográficas y variables de interés en toda la muestra.**

	CP	PE	t-test	p	BF <sub>10</sub>
	n= 238 Media (DT)	n= 212 Media (DT)			
<b>Edad</b>	19,35(2,56)	19,31(2,04)	-0,192	0,85	0,11
<b>Renta</b>	4,37 (1,10)	4,24 (1,05)	-1,278	0,20	0,23
<b>Género</b>	M: 135 (56,7%)	M: 131 (61,8%)	1,889**	0,39	0,13
	F: 98 (41,2%)	F: 79 (37,3%)			
	Otros: 5 (2,1%)	Otros: 2 (0,9%)			
<b>Actitud negativa</b>	20,45(3,30)	20,02(3,31)	-1,295	0,20	0,24
<b>Actitud positiva</b>	9,41(3,22)	9,55 (2,79)	0,482	0,63	0,12
<b>Ideas erróneas</b>	14,66 (3,27)	15,19(2,92)	1,807	0,07	0,11
<b>Conocimiento</b>	27,31 (3,12)	27,27(3,35)	-0,112	0,72	0,11
<b>Intención</b>	9,97 (4,48)	10,61 (4,66)	1,499	0,13	0,22
<b>Severidad</b>	0,86 (1,57)	0,99 (1,64)	26468,5*	0,26	0,12

**Nota.** Renta: 4 = Entre 1501 y 2000 euros mensuales familiares netos. \* U de mann-whitney. \*\* Chi-cuadrado. Abreviaturas: CP:= Contrapartida; PE= Psicoeducación; DT= desviación típica; M= género masculino; F= género femenino; BF= Bayes Factor..

**Tabla 3. Datos descriptivos y comparaciones entre grupos en variables sociodemográficas y variables de interés en la submuestra de participantes jugadores.**

	CP	PE			
	n= 126 Media (DT)	n= 138 Media (DT)	t-test	p	BF <sub>10</sub>
<b>Edad</b>	19,62 (2,48)	19,18 (1,73)	-1,676	0,10	0,51
<b>Renta</b>	4,37 (1,20)	4,29 (1,01)	-0,551	0,58	0,23
<b>Género</b>	M: 78 (61,9%)	M: 93 (67,4%)	1,018*	0,60	0,13
	F: 45 (35,7%)	F: 43 (31,2%)			
	Otros: 3 (2,4%)	Otros: 2 (1,4%)			
<b>Actitud negativa</b>	20,06(3,26)	20,04(3,31)	-1,295	0,20	0,24
<b>Actitud positiva</b>	9,66(3,23)	9,58 (2,70)	-0,229	0,82	0,14
<b>Ideas erróneas</b>	15,00 (3,28)	15,24(2,85)	0,629	0,53	0,16
<b>Conocimiento</b>	27,15 (3,06)	27,37(3,46)	0,559	0,58	0,16
<b>Intención</b>	11,48 (4,86)	11,66 (4,97)	0,290	0,77	0,14
<b>Frecuencia</b>	1,60 (0,97)	1,66 (0,94)	0,478	0,63	0,15
<b>Cantidad</b>	3,74 (2,60)	3,60 (2,25)	-0,503	0,62	0,15
<b>Severidad</b>	1,52 (1,85)	1,36 (1,73)	-0,744	0,46	0,18

**Nota:** Renta: 4 = Entre 1501 y 2000 euros mensuales familiares netos. \* Chi-cuadrado. Abreviaturas: CP:= Contrapartida; PE= Psicoeducación; DT= desviación típica; M= género masculino; F= género femenino; BF= Bayes Factor.

## 4.2. Modificación de la actitud hacia los juegos de azar

### 4.2.1. Actitud negativa.

El ANOVA-RM frecuentista arroja un resultado significativo de tiempo en relación con el cambio de la actitud negativa ( $p < 0,001$ ) (ver Figura 2A). En el análisis *post-hoc* del efecto de tiempo se observa cómo se produjeron cambios significativos entre todos los puntos de medida ( $p < 0,001$  en todos los casos). Eso significa que de T1 a T2 se observa un incremento de la actitud negativa hacia los juegos de azar en los dos grupos ( $p < 0,001$ ). También hay un cambio entre T2 y T3 en ambos grupos, lo que indica que la actitud negativa hacia

los juegos de azar experimenta un retorno hacia la línea base ( $p < 0,001$ ). Sin embargo, ese retorno es parcial porque también hay una diferencia entre T1 y T3 ( $p < 0,001$ ), lo que señala que después de un mes de la intervención la actitud negativa es mayor que en la evaluación inicial. No se hallaron otros efectos significativos ni de intervención ( $p = 0,105$ ), ni de interacción entre los dos factores ( $p = 0,474$ ). (Los resultados del análisis *post-hoc* del cambio entre fases asociado al grupo, es decir de la interacción de los dos factores, se incluyen en la Tabla S3).

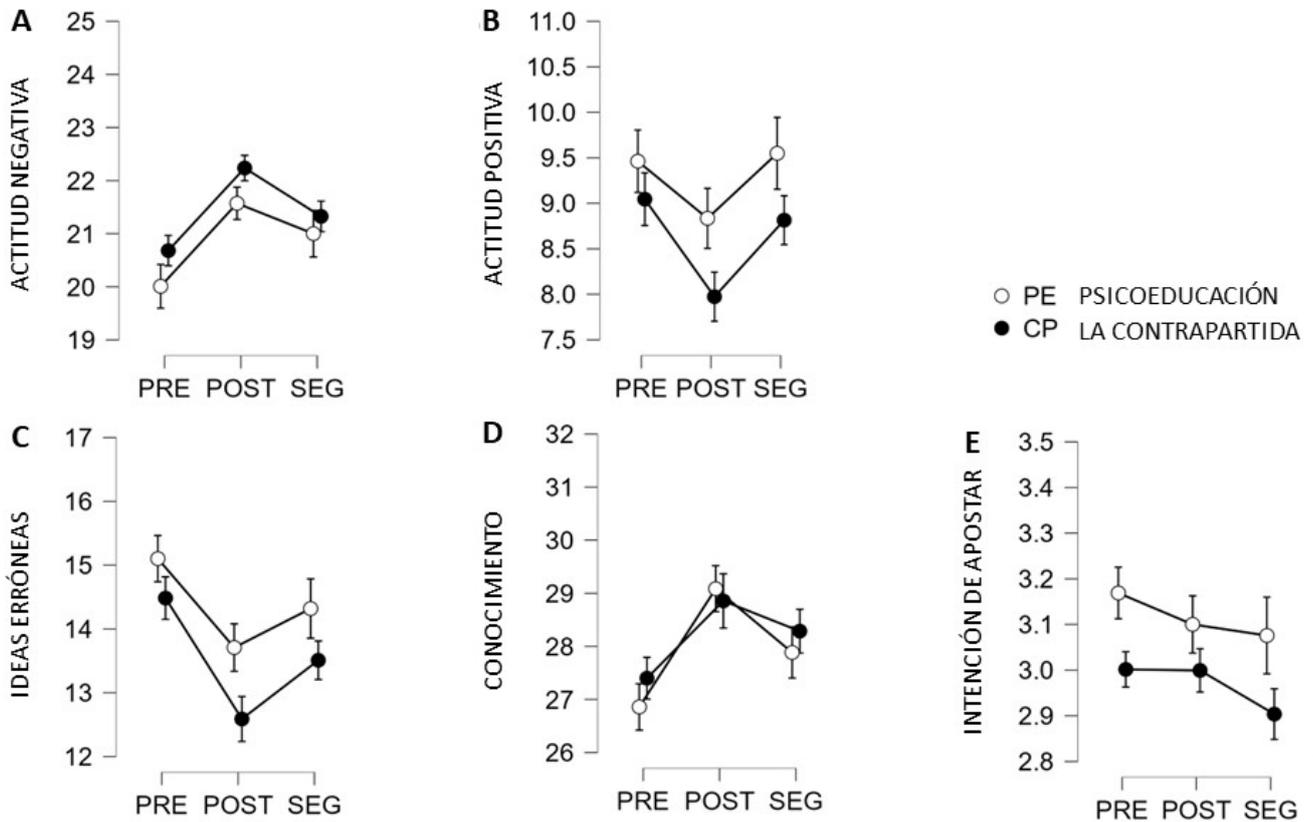
Los resultados del ANOVA-RM bayesiano apoyan estos resultados, determinando que existe alta evidencia a favor de un efecto de Tiempo ( $BF_{10} = 3.049 \times 10^{16}$ ); sugiriendo que se producen cambios en la dirección deseada en esta variable. Por otro lado, no se muestra un efecto de intervención ( $BF_{10} = 0.650$ ), es decir, la evidencia no es concluyente sobre este efecto. Por otro lado, se observa evidencia a favor de la hipótesis nula en el efecto de interacción ( $BF_{10} = 0.049$ ). De esta manera, se apoya de forma sustancial que la intervención es igual de eficaz en los dos grupos.

#### 4.2.2. Actitud positiva.

El ANOVA-RM frecuentista muestra un resultado significativo de tiempo en relación con el cambio de la actitud positiva ( $p < 0,001$ ) (ver Figura 2B). En el análisis *post-hoc* del efecto de tiempo se observa cómo se produjeron cambios significativos en algunos puntos de medida. Este cambio está asociado fundamentalmente a un decremento de la actitud positiva entre T1 y T2 que se da independientemente de los grupos ( $p < 0,001$ ). Por otro lado, se observa un incremento de esta variable entre T2 y T3 ( $p < 0,001$ ), que supone un retorno completo al nivel basal, dado que no se hallan diferencias significativas entre T1 y T3 ( $p = 0,653$ ). Por otro lado, se encuentra un efecto de intervención a favor de la intervención de *La Contrapartida* ( $p = 0,042$ ). Aunque hay una posible diferencia entre ambas intervenciones en T2 ( $p = 0,032$ ) y T3 ( $p = 0,041$ ), éstas no son significativa después de aplicar una corrección por comparaciones múltiples. Por otro lado, no se encontró un efecto de interacción Tiempo\*Intervención ( $p = 0,359$ ). (Para un análisis *post-hoc* del cambio entre fases asociado al grupo, es decir de la interacción de los dos factores, véase Tabla S3).

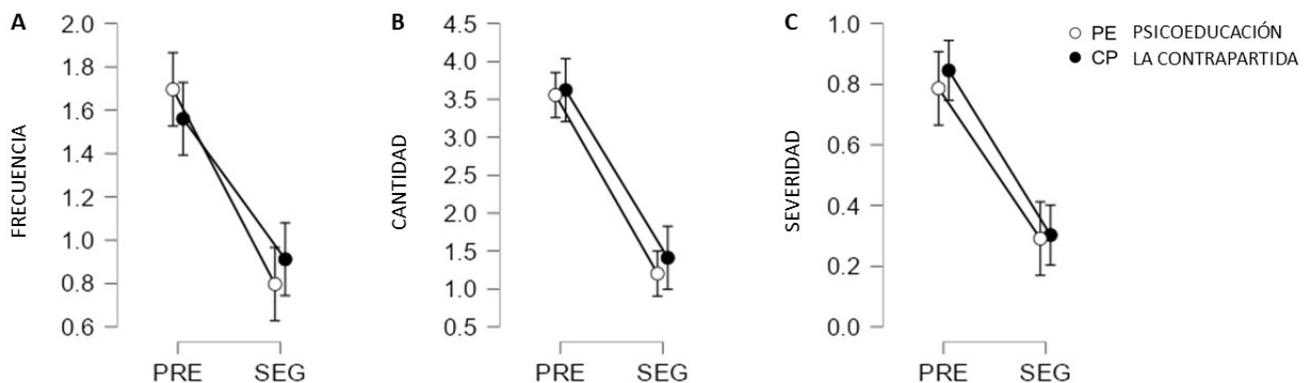
Los resultados del ANOVA-RM bayesiano apoyan estos resultados, determinando que existe alta evidencia de un efecto de Tiempo ( $BF_{10} = 1.194 \times 10^6$ ). Por otro lado, se muestra evidencia anecdótica sobre el efecto de intervención ( $BF_{10} = 1.196$ ). En este caso, hay evidencia fuerte a favor de la hipótesis nula ( $BF_{10} = 0.068$ ); es decir, en los dos grupos se produce un descenso similar en esta variable.

Figura 2. Resultados de los análisis de variables intermedias en toda la muestra.



**Nota.** En la figura se representa el cambio en las variables intermedias de interés en los tres puntos de medida del estudio: PRE-intervención (T1), POST-intervención (T2) y seguimiento (T3), separados por los dos grupos de intervención. (A) Actitud negativa y (B) positiva hacia los juegos de azar; (C) Ideas erróneas y (D) conocimiento sobre los juegos de azar; y (E) intención de apostar. En las figuras se representan las barras de error.

**Figura 3. Resultados de los análisis de variables conductuales en la submuestra de participantes jugadores.**



**Nota.** En la figura se representa el cambio en las variables conductuales en los dos puntos de medida en los que fueron evaluadas: PRE-intervención (T1) y seguimiento (T3), separados por los dos grupos de intervención, CP= La Contrapartida y PE= Psicoeducación. (A) Frecuencia de uso de juegos de azar, (B) Cantidad máxima apostada y (C) Severidad del uso del juego de azar. Frecuencia: Nunca= 0; Menos de una vez al mes= 1; Mensualmente= 2. Cantidad: Nunca= 0; Un euro o menos= 1; Más de 1 y menos de 6 euros= 2; Entre 6 y 30 euros= 3; Entre 31 y 60 euros= 4, Entre 61 y 120 euros= 5. Severidad: Síntomas SOGS-RA.

### 4.3. Modificación de creencias sobre los juegos de azar

#### 4.3.1. Ideas erróneas.

El ANOVA-RM frecuentista arroja un resultado significativo de tiempo en relación con el cambio de ideas erróneas ( $p < 0,001$ ) (ver Figura 2C). En el análisis *post-hoc* del efecto de tiempo se observa cómo se produjeron cambios significativos entre todos los puntos de medida ( $p < 0,001$  en todos los casos). Eso significa que de T1 a T2 se observa un decremento de las ideas erróneas sobre el funcionamiento de los juegos de azar en los dos grupos ( $p < 0,001$ ). También hay un cambio entre T2 y T3 en ambos grupos ( $p < 0,001$ ), lo que indica que esta variable experimenta un retorno parcial: hay una diferencia significativa también entre T1 y T3 ( $p < 0,001$ ). Después de un mes de la intervención las ideas erróneas son menores que en la línea base. Por otro lado, se encuentra un efecto de intervención a favor de la intervención de *La Contrapartida* ( $p = 0,018$ ), que podría explicarse fundamentalmente por la diferencia alcanzada en T2 entre ambas intervenciones ( $p = 0,011$ ), mientras que en T3 no es significativa ( $p = 0,057$ ). Tampoco había diferencias iniciales entre los grupos. Por

otro lado, no se encontró un efecto de interacción Tiempo\*Intervención ( $p=0,399$ ). (Para un análisis *post-hoc* del cambio entre fases asociado al grupo, es decir de la interacción de los dos factores, véase Tabla S3).

Los resultados del ANOVA-RM bayesiano apoyan estos resultados, determinando que existe alta evidencia de un efecto de Tiempo ( $BF_{10}=1.421*10^{15}$ ). Por otro lado, se muestra un efecto de intervención ( $BF_{10}=2.349$ ), aunque la evidencia a favor de la hipótesis alternativa es anecdótica. Por último, se halló evidencia fuerte a favor de la hipótesis nula sobre el efecto de interacción ( $BF_{10}=0.065$ ), lo que es indicativo de una no diferencia entre ambas intervenciones.

#### 4.3.2. Conocimiento sobre los juegos de azar.

El ANOVA-RM frecuentista arroja un resultado significativo de tiempo en relación con el cambio de conocimiento ( $p<0,001$ ). En el análisis *post-hoc* del efecto de tiempo se observa cómo se produjeron cambios significativos entre todos los puntos de medida ( $p<0,001$  en todos los casos) (ver Figura 2D). Eso significa que de T1 a T2 se observa un incremento del conocimiento de los juegos de azar en los dos grupos ( $p<0,001$ ), que seguía siendo significativo en T3 ( $p<0,001$ ). No obstante, también se observa un cambio significativo entre T2 y T3 ( $p<0,001$ ). Por lo tanto, se produce un retorno parcial del efecto que señala que después de un mes de la intervención el conocimiento es mayor que en la línea base. No se hallaron otros efectos significativos ni de intervención ( $p=0,525$ ), ni de interacción entre los dos factores ( $p=0,216$ ). (Para un análisis *post-hoc* del cambio entre fases asociado al grupo, es decir de la interacción de los dos factores, véase Tabla S3).

Los resultados del ANOVA-RM bayesiano apoyan estos resultados, determinando que existe alta evidencia de un efecto de Tiempo ( $BF_{10}=1.045*10^{10}$ ). Por otro lado, hay evidencia no concluyente sobre el efecto de intervención ( $BF_{10}=0.174$ ). En relación con el efecto de interacción la evidencia es fuerte a favor de la hipótesis nula ( $BF_{10}=0.097$ ), lo que sugiere que ambas intervenciones son igual de eficaces.

#### 4.4. Modificación de la intención de apostar

El ANOVA-RM frecuentista arroja un resultado significativo de tiempo en relación con el cambio de la intención ( $p=0,004$ ) (ver Figura 2E). En el análisis *post-hoc* del efecto de tiempo se observa cómo se produjeron cambios significativos solo en un punto de medida. Específicamente, entre T1 y T3 ( $p=0,003$ ), es decir, la intención de apostar fue menor en el seguimiento que al inicio de la intervención. Nótese, no obstante, que el cambio entre T1

y T2 y T2 y T3 no fue significativo ( $p=0,220$  y  $p=0,078$ , respectivamente). Por otro lado, se encuentra un efecto de grupo ( $p=0,021$ ). A pesar de que podría haber una diferencia entre los dos grupos en el nivel de intención de apostar en T1 ( $p=0,043$ ) y T3 ( $p=0,029$ ), no son significativas cuando se aplica una corrección por comparaciones múltiples. No se halló un efecto de interacción significativo ( $p=0,388$ ).

Los resultados del ANOVA-RM bayesiano apoyan estos resultados, determinando que existe alta evidencia de un efecto de Tiempo ( $BF_{10}=3.999$ ). Por otro lado, se observa evidencia no concluyente sobre el efecto de intervención ( $BF_{10}=2.132$ ). No obstante, existe evidencia fuerte a favor de la hipótesis nula en el efecto de interacción ( $BF_{10}=0.062$ ), es decir, la hipótesis de no diferencias entre ambos grupos.

## 4.5. Modificación de la conducta de apostar

Los análisis correspondientes a severidad, cantidad y frecuencia se realizaron solo para la submuestra de participantes jugadores.

### 4.5.1. Severidad.

Con respecto a los valores absolutos de cambio, los resultados mostraron que 5 participantes de la submuestra de jugadores aumentaron la severidad, 80 la disminuyeron y 82 se mantuvieron igual. Los resultados del ANOVA-RM muestran un efecto significativo de Tiempo ( $p<0,001$ ; comparación *post-hoc* T1 vs T3) (ver Figura 3C). En el momento del seguimiento, se observa un descenso en la severidad. No se hallaron otros efectos significativos ni de intervención ( $p=0,725$ ) ni de interacción Tiempo\*Intervención ( $p=0,665$ ). Los resultados del ANOVA-RM bayesiano apoyan estos resultados, determinando que existe alta evidencia de un efecto de Tiempo ( $BF_{10}=1.726 \cdot 10^{10}$ ). Por otro lado, hay evidencia moderada a favor de la hipótesis nula tanto en el efecto de intervención ( $BF_{10}=0.205$ ) como en el de interacción ( $BF_{10}=0.176$ ). Por ello, los resultados sugieren que las intervenciones son iguales en el cambio que producen sobre la severidad de la conducta de apostar.

### 4.5.2. Frecuencia.

Con respecto a los valores absolutos de cambio en la submuestra de jugadores, los resultados mostraron que 23 participantes aumentaron la frecuencia, 120 la disminuyeron y 27 se mantuvieron igual. Los resultados del ANOVA-RM muestran un efecto de significativo de Tiempo ( $p<0,001$ ; comparación *post-hoc* T1 vs T3) lo que indica un decremento de la

frecuencia con la que se apuesta. Sin embargo, no hay un efecto de Intervención ( $p=0,942$ ) o de interacción Intervención\*Tiempo ( $p=0,143$ ) (ver Figura 3A). Los resultados del ANOVA-RM bayesiano apoyan estos resultados, determinando que existe alta evidencia de un efecto de Tiempo ( $BF_{10}=9,772*10^{12}$ ). Por otro lado, hay evidencia moderada a favor de la hipótesis nula sobre el efecto de la intervención ( $BF_{10}=0,191$ ). Por último, hay evidencia no concluyente sobre el efecto de interacción ( $BF_{10}=0,470$ ).

#### 4.5.3. Cantidad.

Con respecto a los valores absolutos de cambio, los resultados mostraron que 14 participantes aumentaron la cantidad que habían apostado, 142 la disminuyeron y 13 se mantuvieron igual. Los resultados del ANOVA-RM arrojaron un efecto significativo del factor Tiempo ( $p<0,001$ ; comparación *post-hoc* T1 vs T3) (ver Figura 3B), indicando un descenso en la cantidad de dinero apostada. No se hallaron otros efectos significativos (Intervención,  $p=0,669$ ; Intervención\*Tiempo,  $p=0,701$ ). Los resultados del ANOVA-RM bayesiano apoyan estos resultados, determinando que existe alta evidencia de un efecto de Tiempo ( $BF_{10}=1,160*10^{22}$ ). Por otro lado, hay evidencia moderada a favor de la hipótesis nula sobre el efecto de intervención ( $BF_{10}=0,235$ ) y el de interacción ( $BF_{10}=0,156$ ).

# Discusión

## 5. Discusión

El objetivo principal de este trabajo era poner a prueba la eficacia de un programa breve de prevención de problemas con el juego de azar, centrado en los riesgos asociados a su diseño y promoción, y basado en una metodología de enseñanza activa. Se planteó como hipótesis de partida que la intervención experimental (*La Contrapartida*, CP) sería más eficaz que una intervención control establecida basada en psicoeducación (PE). Dicha eficacia se manifestaría, por un lado, en una mayor modificación de diferentes parámetros de la conducta de apostar y, por el otro, de otras variables intermedias como son la falta de conocimiento o creencias erróneas sobre el funcionamiento del juego de azar, la actitud hacia su uso y la intención de apostar. Esta distinción entre conducta de apostar y otras variables que pueden influir en su manifestación es importante porque los programas de prevención escolar se han de dirigir a una población heterogénea. En las aulas hay personas que no apuestan pero están en riesgo de hacerlo por su edad – prevención selectiva – y personas que ya apuestan o tienen contacto directo con actividades de juego de azar – prevención indicada –. Mientras que el cambio en las variables intermedias era el objetivo de intervención para toda la muestra en el presente trabajo, la reducción de la conducta de apostar solo era posible para quienes ya apostaban al iniciar el estudio.

Los resultados obtenidos apuntan a que las dos intervenciones son igual de eficaces para modificar las variables objetivo. Es decir, aunque no se cumple la hipótesis de partida, una intervención basada en metodología activa es equivalente en su eficacia a una intervención establecida de psicoeducación.

El hallazgo fundamental del estudio tiene que ver con el descenso asociado a ambas intervenciones de la conducta de apostar en términos de (1) frecuencia con la que se apuesta, (2) la cantidad de dinero total invertida en juegos de azar y (3) la severidad de su uso. Nótese que estos son los parámetros de la variable de cambio fundamental de un programa de prevención indicada, que tiene por objetivo la reducción de esa conducta y con ello los problemas potenciales derivados de apostar. Los resultados obtenidos aquí convergen también con otros estudios previos realizados en entornos escolares. Específicamente, se podrían destacar las similitudes con los hallazgos de Walther y colaboradores (2013), quienes tras aplicar una intervención experimental basada en psicoeducación – aunque de noventa minutos – observaron una reducción de la conducta de apostar que no ocurría en un grupo control de no intervención. La importancia de esta convergencia de resultados también radica en que la calidad metodológica de este estudio fue evaluada como alta por un grupo de expertos en una revisión sistemática de diferentes programas preventivos de problemas con el juego de azar (Keen et al., 2017). El presente trabajo sugiere que con una intervención de cincuenta minutos podrían obtenerse resultados similares.

Aunque, como se ha mencionado, un objetivo fundamental de cambio de los programas preventivos es la modificación de la conducta de apostar, no todos los estudios en entornos escolares la han evaluado, por lo que existen relativamente pocos estudios más de comparación a este nivel. De hecho, hasta dónde llega nuestro conocimiento, más allá del trabajo mencionado de Walther y colaboradores (2013), solo hay otro estudio con un programa de una sola dosis que hayan tomado medidas conductuales específicas. Sin embargo, Turner et al. (2008) no hallaron cambios significativos en ninguno de los parámetros conductuales que evaluaron siete semanas después de una intervención de una hora aproximada. Ese estudio tiene no obstante algunas deficiencias metodológicas relevantes que deben reducir la confianza que se tiene en sus resultados. De hecho, en el mismo estudio de calidad mencionado con anterioridad (Keen et al., 2017) recibe una puntuación global de calidad baja a tenor de problemas de control de variables confusoras y deficiencias en la recogida de datos.

Para encontrar otros trabajos que se centran en la medición específica de la conducta de apostar, hay que recurrir a estudios que utilizan programas con mayores dosis de tratamiento. En programas preventivos de más sesiones se observa también un efecto positivo en la modificación de la conducta de apostar. Por ejemplo, Canale y colaboradores, (2016), con un programa mixto de 5 sesiones presenciales y *online* observaron cambios a nivel conductual específicamente relacionados con la severidad (para otros resultados similares, ver por ejemplo, Calado et al., 2020). Parece ser además que, en términos generales, el cambio producido por programas de múltiples sesiones podría ser de mayor nivel y también prolongarse más en el tiempo en comparación con los programas de una sola sesión. Por lo tanto, el cambio en esta y otras variables de resultado vinculado a los programas de prevención parece ser dependiente de la dosis (Keen et al., 2017).

Los resultados obtenidos en relación con variables intermedias apuntan en la misma dirección que los cambios observados en las variables conductuales, es decir, ambas intervenciones producen unos efectos similares en el cambio de la (1) actitud negativa, (2) ideas erróneas y (3) conocimiento de los juegos de azar. De manera general, se encuentra un efecto de tiempo y, lo que es más importante, que ese efecto se mantiene a corto/medio plazo, es decir, entre la evaluación pre y el seguimiento de un mes, en las variables mencionadas.

Para interpretar estos resultados hay que examinar el cambio que se produce en los tres puntos de medida del estudio en las variables intermedias. Podemos encontrar un retorno parcial a la línea base en actitud negativa, ideas erróneas y conocimiento de los juegos de azar, que sugiere que las intervenciones son eficaces. De hallarse un cambio solo entre la evaluación pre (T1) y la post intervención (T2), tal y como sucede con la actitud

positiva, el resultado podría deberse simplemente a un efecto de recencia. Es decir, que el cambio podría explicarse por el efecto transitorio de la información que se acaba de ofrecer durante la intervención, por lo que no reflejaría un cambio real con significatividad aplicada. En el caso del efecto hallado en este estudio sobre la actitud positiva no se puede por lo tanto interpretar que la intervención tenga un efecto en la dirección deseada, ya que podría deberse simplemente al mencionado efecto de recencia. Por otro lado, si la tendencia del cambio en el seguimiento (T3) fuese lineal, como sucede en el caso de la intención de apostar, que decrece progresivamente, de nuevo podría haber un problema en la interpretación. Ese efecto podría ser un reflejo o bien del éxito de la intervención o simplemente del paso del tiempo y de una posible tendencia espontánea a la remisión. Así, en el caso de la intención, los resultados del presente estudio no permiten extraer tampoco una conclusión clara sobre qué produce el cambio observado.

Ahora bien, el efecto de remisión parcial que se observa en actitud negativa, ideas erróneas y conocimiento, que implica una tendencia positiva hacia el cambio post intervención y que luego se mantiene en el seguimiento pero retornando hacia la línea base, puede ser indicativo de la eficacia de las dos intervenciones de prevención que se han utilizado en este estudio. En primer lugar, al mantenerse en el tiempo un mes más tarde de la intervención no podrían explicarse como un mero efecto de recencia. En segundo lugar, el retorno parcial al nivel original no puede ser un reflejo del simple paso del tiempo e independiente de la intervención realizada. En cierta manera, este resultado es similar al esperado en diseños de caso único ABA, en los que en la primera fase se hace una medición de línea base sin tratamiento, en la segunda se aplica el tratamiento experimental y en la tercera se retira el tratamiento y se vuelve a medir. En este tipo de diseño, un regreso parcial hacia la línea base se interpreta como un reflejo de la eficacia del tratamiento dado que permite vincular el cambio de la conducta con la manipulación específica. Por lo tanto, el presente estudio sugiere que una intervención preventiva centrada en el diseño de los juegos de azar puede ser eficaz para modificar estas importantes variables mediadoras de la conducta de apostar, y que esto puede ser independiente de la metodología de enseñanza que se utilice.

No obstante, es importante considerar que el retorno parcial a la línea base también es un indicador de que el posible efecto de los programas sea solo transitorio. Es decir, existe la posibilidad de que en el presente estudio los cambios hallados se desvanezcan con el tiempo, tal y como sugiere la tendencia observada en los datos. Aún con todo, estos resultados son importantes en tanto que ponen de relieve que una sesión de prevención de problemas con el juego de azar puede ser eficaz aunque sus efectos no se prolonguen en el largo plazo. Idealmente, estas intervenciones breves deberían ir acompañadas de

alguna sesión de apoyo que contribuya a apuntalar los cambios que se hayan podido producir (Keen et al., 2017). Esto podría lograrse con sesiones breves de "impulso" realizadas semanas después por profesionales de prevención o mediante el acceso a páginas web específicas (e.g., Canale et al., 2016). Otra posibilidad es que estas sesiones de refuerzo se hagan de forma complementaria al currículo escolar por el profesorado. Matemáticas, economía, filosofía o literatura podrían ser algunas materias susceptibles de abordar temáticas cercanas a los juegos de azar. Así, estas intervenciones podrían no suponer una interferencia grande en el funcionamiento cotidiano del centro, y atenuar los problemas de implementación (factibilidad) de los programas multis Sesiones. En la actualidad, existen datos que sugieren que el entrenamiento del profesorado en el conocimiento de los riesgos a los juegos de azar puede ayudar en la prevención (Tani et al., 2021).

Diversos estudios anteriores realizados en poblaciones escolares, incluyendo estudios con una sola dosis de entrenamiento, han hallado resultados comparables en cuanto al cambio se refiere (e.g., Ladouceur et al. 2003, 2004, 2005; Lavoie y Ladouceur, 2004, Lemaire et al., 2004; Taylor y Hillyard, 2009; Turner et al., 2008; Walther et al., 2013). Más específicamente, el hallazgo más consistente en la literatura es que estos programas reducen las distorsiones y aumentan el conocimiento sobre los juegos de azar. La falta de información de riesgos sobre los juegos de azar, la fuerza de las distorsiones cognitivas vinculadas al desconocimiento del funcionamiento de los juegos de azar y la probabilidad son predictores potentes del uso de juegos de azar y de incrementos en la severidad (Fortune y Goodie, 2013; Del prete et al., 2017). Su modificación por lo tanto se considera esencial en los programas de intervención.

En relación con la actitud, los resultados previos no son tan claros. Hay estudios de programas de una o múltiples sesiones de prevención que informan de un cambio actitudinal estadísticamente significativo, ya sea incrementando la actitud negativa, decrementando la positiva o ambas (e.g., Ferland et al., 2005; Williams et al., 2004, 2010). También hay estudios que no encuentran dicho cambio (e.g., Canale et al., 2016; Turidita y Lupu 2013). Aunque estos hallazgos pueden parecer aparentemente contradictorios porque en algunos casos no alcanzan significatividad estadística, en la mayor parte de los casos apuntan a una misma dirección. Es decir, los programas tienden a contribuir a desarrollar una actitud protectora hacia los juegos de azar, aunque en algunos casos el efecto pueda ser sutil.

Estos resultados deben ser valorados, no obstante, teniendo en cuenta algunas limitaciones. En primer lugar, no se hizo un muestreo aleatorio de centros en los que intervenir. Para examinar el grado en el que se pueden generalizar los hallazgos presentes se debería replicar el estudio utilizando una muestra representativa de centros, no solo

de los cuatro distritos elegidos, sino de toda la ciudad. De esta manera también podrían controlarse posibles efectos asociados al estatus socioeconómico y otras variables comunitarias que pueden estar vinculadas tanto a la expresión de la conducta de apostar y otras variables intermedias como en su modificación. Aunque los presentes resultados sugieren que el programa de prevención escolar de *La Contrapartida* es eficaz con una población específica, habría de determinar si es aplicable a otras poblaciones con características sociodemográficas distintas. Otra limitación es que solo se ha realizado un seguimiento de la muestra al mes de la intervención, debido al momento del curso en el que se desarrolló el proyecto. Sería deseable realizar un seguimiento a medio y largo plazo para examinar el posible mantenimiento de los cambios observados. Una última limitación tiene que ver con que varias de las pruebas utilizadas en la evaluación no estaban validadas al castellano. Aunque se han adaptado específicamente para este estudio por el método estándar y se ha examinado su fiabilidad en términos de consistencia interna, éstas pruebas deberían ser validadas en población española para futuros estudios.

Por otro lado, no se han llevado a cabo análisis para examinar posibles mecanismos explicativos del cambio, debido a que no era uno de los objetivos de este proyecto. En futuros trabajos se podría analizar la moderación en el cambio de la conducta de las variables intermedias señaladas. En ese sentido, una pregunta permanece sin resolver es el papel que juega la intención. Recuérdese que para la teoría de acción planeada (Ajzen y Madden, 1986) la intención es un predictor directo del cambio de conducta. En este trabajo, no está claro que el cambio observado en la intención se deba a la intervención, por lo que es poco probable que modere el decremento observado en los parámetros conductuales de juego. Existe la posibilidad por lo tanto de que la intención no tenga un papel tan central en el cambio conductual final observado aquí. Nótese, no obstante, que también se plantea desde dicha teoría que hay otros mecanismos que pueden influenciar en el cambio directamente como es la autoeficacia. Aunque no está evaluada aquí expresamente, una mayor autoeficacia sobre la conducta puede depender de la información que se tenga, es decir, que sea un ingrediente esencial para ejercer autocontrol.

Existe la posibilidad también de que el mecanismo que explica el cambio observado en este trabajo tenga que ver con un efecto de reactancia psicológica. Este efecto se traduce en una reafirmación en la libertad personal de tomar una decisión contraria a la que se trata de inducir por una tercera persona. Esta interpretación es plausible dado que las intervenciones preventivas utilizadas en este proyecto estaban basadas fundamentalmente en dar a conocer las características del diseño de los juegos de azar y de su promoción que contribuyen a aumentar el tiempo y dinero invertidos en apostar. La influencia de estas características suele permanecer veladas para los/as usuarios/

as, y contribuyen de manera radical al mantenimiento del uso del juego de azar y a su potencial pérdida de control (Parke et al., 2016). Ayudar a adolescentes y jóvenes adultos a ser conscientes de ellas puede promover el cambio como una forma de reestablecer su propia capacidad de elección, es decir, un cambio guiado por el mencionado efecto de reactivancia. Por supuesto, esta es una interpretación especulativa que debería ser confirmada en futuros trabajos.

Pero más allá de las limitaciones y áreas por explorar señaladas, este trabajo también tiene una serie de fortalezas que apoyan la trascendencia de los resultados obtenidos. En primer lugar, y a diferencia de otros muchos estudios en este campo, en el diseño se ha incluido un grupo de control activo, es decir, un grupo que recibe una intervención validada y reactiva, en vez de un grupo control pasivo que no recibe tratamiento. De este modo se puede examinar si la intervención experimental es al menos igual de efectiva que un tratamiento establecido y no solo mejor que no intervenir. En segundo lugar, cabe señalar que la intervención experimental incluye los elementos básicos de una intervención con evidencia empírica, por lo que permite dilucidar si hay características que pueden sumar eficacia sin correr el riesgo de no provocar efectos en la línea deseada. Desde el punto de vista ético es importante que todos los participantes reciban una intervención que tenga efectos positivos cuando éstas están ya desarrolladas. Por otro lado, el tamaño de la muestra se estimó empíricamente para poder detectar un tamaño del efecto medio. A pesar de que no se alcanzó el número óptimo de participantes, se ha incluido una estrategia analítica bayesiana que no está tan afectada por el tamaño muestral en las inferencias que se pueden realizar, y por lo tanto incrementan la confianza en los resultados.

Investigaciones futuras deberían centrarse en (1) replicar este estudio en otras muestras de escolares de diferentes áreas geográficas; (2) explorar si la inclusión de sesiones de refuerzo, ya sea por profesionales de prevención, por el profesorado o en formato *online*, contribuye a la consolidación y mantenimiento de los cambios; (3) explorar si la misma estrategia de intervención puede ser aplicable a otros grupos de edad o a otros entornos de formación, ya sea en formación primaria, secundaria o universitaria y (4) centrarse en la descripción de los mecanismos explicativos de la eficacia de las intervenciones preventivas. Otra pregunta que queda sin resolver es si la intervención de *La Contrapartida* basada en una metodología activa puede añadir alguna ventaja con respecto a la psicoeducación. Una inspección visual de los datos podría apuntar a ciertos efectos sutiles al menos en el cambio en actitud positiva e intención en ciertos puntos de medida, especialmente antes y después de intervenir. Sin embargo, de existir estos efectos podrían ser pequeños aunque podrían tener un importante valor aplicado. Estudios futuros podrían dirigirse a examinar esta posibilidad.

A modo de conclusión cabe señalar que el presente estudio sugiere que intervenciones breves de aproximadamente cincuenta minutos, realizadas en entornos escolares, centradas en informar sobre los riesgos del producto, que usen tanto una metodología activa basada en la interacción mediante juegos y debates como psicoeducación, pueden tener potencial de producir modificaciones relevantes desde el punto de vista aplicado. Es decir, pueden contribuir tanto a modificar factores cognitivos y afectivos que predicen el uso del juego de azar como el juego de azar en sí mismo, en forma de un descenso en cuántas veces y cuánto dinero se apuesta y en el nivel de severidad. Independientemente del tamaño del efecto que consigan y de su duración, los datos del presente trabajo sugieren que las intervenciones breves pueden generar ventanas de oportunidad para el cambio. Por lo tanto, este trabajo puede ser una aportación relevante para la prevención de problemas con el juego de azar que, desde una perspectiva de salud pública y para el abordaje integral del daño potencial que puede producir esta actividad, ha de hacerse a lo largo de todo el continuo de severidad e incluir a población vulnerable, como es el caso de adolescentes y jóvenes adultos (Blank et al., 2021).

# Referencias

The image features a large blue circle in the center containing the word "Referencias" in white, bold, sans-serif font. To the right of the large circle, there are two smaller circles: a medium-sized light blue one and a small dark blue one. The bottom half of the page is filled with a pattern of small, light blue dots.

## 6. Referencias

- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5), 453-474.
- Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association) (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bandura, A., Adams, N. E., & Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(3), 125.
- Barrada, J. R., Navas, J. F., Ruiz de Lara, C. M., Billieux, J., Devos, G., & Perales, J. C. (2019). Reconsidering the roots, structure, and implications of gambling motives: An integrative approach. *PLoS One*, 14(2), e0212695.
- Blakemore, S. J. (2012). Imaging brain development: The adolescent brain. *Neuroimage*, 61(2), 397-406.
- Becoña-Iglesias y Cortés-Tomas (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol: Barcelona
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 10-24.
- Blank, L., Baxter, S., Woods, H. B., & Goyder, E. (2021). Interventions to reduce the public health burden of gambling-related harms: A mapping review. *The Lancet Public Health*, 6(1), e50-e63.
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 487-499.
- Bouguettaya, A., Lynott, D., Carter, A., Zerhouni, O., Meyer, S., Ladegaard, I., ... & O'Brien, K. S. (2020). The relationship between gambling advertising and gambling attitudes, intentions and behaviours: A critical and meta-analytic review. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 31, 89-101.
- Browne, M., Langham, E., Rawat, V., Greer, N., Li, E., Rose, J., & Bryden, G. (2016). Assessing gambling-related harm in Victoria: A public health perspective. Recuperado de <https://prism.ucalgary.ca/handle/1880/5151>

- Canale, N., Vieno, A., Griffiths, M. D., Marino, C., Chieco, F., Disperati, F., et al. (2016). The efficacy of a web-based gambling intervention program for high school students: A preliminary randomized study. *Computers in Human Behavior*, 55, 946–954.
- Calado, F., Alexandre, J., Rosenfeld, L., Pereira, R., & Griffiths, M. D. (2020). The efficacy of a gambling prevention program among high-school students. *Journal of Gambling Studies*, 36(2), 573-595.
- Chóliz, M., & Lamas, J. (2017). ¡Hagan juego, menores!. Frecuencia de juego en menores de edad y su relación con indicadores de adicción al juego. *Revista Española de Drogodependencias*, 42(1), 34-47.
- Delfabbro, P., Lambos, C., King, D., & Puglies, S. (2009). Knowledge and beliefs about gambling in Australian secondary school students and their implications for education strategies. *Journal of Gambling Studies*, 25(4), 523-539.
- Delfabbro, P., & Thrupp, L. (2003). The social determinants of youth gambling in South Australian adolescents. *Journal of Adolescence*, 26(3), 313–330.
- Del Prete, F., Steward, T., Navas, J. F., Fernandez-Aranda, F., Jimenez-Murcia, S., Oei, T. P., & Perales, J. C. (2017). The role of affect-driven impulsivity in gambling cognitions: A convenience-sample study with a Spanish version of the Gambling-Related Cognitions Scale. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(1), 51-63.
- Derevensky, J., Sklar, A., Gupta, R., & Messerlian, C. (2010). An empirical study examining the impact of gambling advertisements on adolescent gambling attitudes and behaviors. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8(1), 21-34.
- Derevensky, J. L., Gupta, R., Dickson, L., & Deguire, A.-E. (2004). Prevention efforts toward reducing gambling problems. In J. L. Derevensky & R. Gupta (Eds.), *Gambling problems in youth* (pp. 211–230). New York, NY: Springer.
- Dow-Schüll, N. (2012). *Addiction by design; Machine gambling in Las Vegas*. Princeton University Press.
- DGOJ. (2015). Estudio y análisis de los factores de riesgo del trastorno de juego en población clínica española. Delegación General de Ordenación del Juego. Madrid: Ministerio de Hacienda
- Effertz, T., Bischof, A., Rumpf, H. J., Meyer, C., & John, U. (2018). The effect of online gambling on gambling problems and resulting economic health costs in Germany. *The European Journal of Health Economics*, 19(7), 967-978.

- Espadafor, M., & Martínez, S. (2021). The negative consequences of sports betting opportunities on human capital formation: Evidence from Spain. *PloS one*, 16(10), e0258857.
- Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2012). Cochrane Review: Universal schoolbased prevention programs for alcohol misuse in young people. *EvidenceBased Child Health: A Cochrane Review Journal*, 7(2), 450-575.
- Gavriel-Fried, B., Delfabbro, P., Ricijas, N., Dodig Hundric, D., & Derevensky, J. L. (2021). Cross-national comparisons of the prevalence of gambling, problem gambling in young people and the role of accessibility in higher risk gambling: A study of Australia, Canada, Croatia and Israel. *Current Psychology*, 1-12.
- Goodie, A. S., & Fortune, E. E. (2013). Measuring cognitive distortions in pathological gambling: Review and meta-analyses. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27, 730-743.
- Goudriaan, A. E. (2020). Integrating neurocognition from bench to bedside in gambling disorder: from neurocognitive to translational studies. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 31, 83-88.
- Hing, N., Smith, M., Rockloff, M., Thorne, H., Russell, A. M., Dowling, N. A., & Breen, H. (2022). How structural changes in online gambling are shaping the contemporary experiences and behaviours of online gamblers: An interview study. *BMC Public Health*, 22(1), 1-16.
- Heather, N., Best, D., Kawalek, A., Field, M., Lewis, M., Rotgers, F., ... & Heim, D. (2018). Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the addiction theory network. *Addiction Research & Theory*, 26(4), 249-255.
- Jeffreys, H. (1961). *Theory of Probability*. 3rd Edition, Clarendon Press, Oxford.
- Keen, B., Blaszczynski, A., & Anjoul, F. (2017). Systematic review of empirically evaluated school-based gambling education programs. *Journal of Gambling Studies*, 33(1), 301-325.
- Ladouceur, R., Goulet, A., & Vitaro, F. (2012). Prevention programmes for youth gambling: A review of the empirical evidence. *International Gambling Studies*, 13, 141-159.
- Latvala, T., Lintonen, T., & Konu, A. (2019). Public health effects of gambling—debate on a conceptual model. *BMC public health*, 19(1), 1-16.
- Lavoie, M. P., & Ladouceur, R. (2004). Prevention of gambling among youth: Increasing knowledge and modifying attitudes toward gambling. *Journal of Gambling Issues*, (10).

- Livingstone, C., & Rintoul, A. (2020). Moving on from responsible gambling: a new discourse is needed to prevent and minimise harm from gambling. *Public Health, 184*, 107-112.
- Lloret, D., y Cabrera, V. (2019). Prevención del juego de apuestas en adolescentes: ensayo piloto de la eficacia de un programa escolar. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 6*(3), 55-61.
- Magill, M., Apodaca, T. R., Borsari, B., Gaume, J., Hoadley, A., Gordon, R. E., ... & Moyers, T. (2018). A meta-analysis of motivational interviewing process: Technical, relational, and conditional process models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(2), 140.
- Mihalic, S. F., Fagan, A. A., & Argamaso, S. (2008). Implementing the LifeSkills Training drug prevention program: Factors related to implementation fidelity. *Implementation Science, 3*(1), 1-16.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.
- Moore, S. M., & Ohtsuka, K. (1997). Gambling activities of young Australians: Developing a model of behaviour. *Journal of Gambling Studies, 13*, 207-236
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., & Davino, K. (2003). What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist, 58*, 449-456.
- Navas, J. F., & Perales, J. C. (2014). Comprensión y tratamiento del juego patológico: Aportaciones desde la Neurociencia del Aprendizaje. *Clínica y Salud, 25*(3), 157-166.
- Navas, J. F., & Perales, J. C. (2021). Prevención del trastorno por juego de azar: Guía práctica para profesionales. Servicio de Prevención de Adicciones. Madrid Salud: Madrid. <https://www.madridsalud.es/serviciopad/documentos/publicaciones/ebook/>
- Newall, P. W. S., Moodie, C., Reith, G., Stead, M., Critchlow, N., Morgan, A., & Dobbie, F. (2019). Gambling marketing from 2014 to 2018: A literature review. *Current Addiction Reports, 6* (2), 49-56.
- Newall, P. W., Russell, A. M., & Hing, N. (2021). Structural characteristics of fixed-odds sports betting products. *Journal of Behavioral Addictions, 10*(3), 371-380.
- Østby, Y., Tamnes, C. K., Fjell, A. M., Westlye, L. T., Due-Tønnessen, P., & Walhovd, K. B. (2009). Heterogeneity in subcortical brain development: A structural magnetic resonance

imaging study of brain maturation from 8 to 30 years. *Journal of Neuroscience*, 29(38), 11772-11782.

Organización Mundial de la Salud (World Health Organization) (2018). ICD-11 International Classification of Diseases-Mortality and morbidity statistics. Eleventh Revision. Geneva: World Health Organization.

Papineau, E., Lacroix, G., Sévigny, S., Biron, J.-F., Corneau-Tremblay, N., y Lemétayer, F. (2018). Assessing the differential impacts of online, mixed, and offline gambling. *International Gambling Studies*, 18, 69–91.

Parke, J., Parke, A., & Blaszczynski, A. (2016). Key issues in product-based harm minimization: Examining theory, evidence and policy issues relevant in Great Britain.

Petry, N. M. (2010). Pathological gambling and the DSM-V. *International Gambling Studies*, 10 (2), 113–115

Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD). (2021). Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES, 2021). Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390.

Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325-334.

Secades, R. y Villa, A. (1998). *El juego patológico: prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia*. Madrid: Pirámide

Sharman, S., Butler, K., & Roberts, A. (2019). Psychosocial risk factors in disordered gambling: A descriptive systematic overview of vulnerable populations. *Addictive Behaviors*, 99, 106071.

Sharman, S., Murphy, R., Turner, J., & Roberts, A. (2019). Psychosocial correlates in treatment seeking gamblers: Differences in early age onset gamblers vs later age onset gamblers. *Addictive Behaviors*, 97, 20-26.

Skewes, M. C., & Gonzalez, V. M. (2013). The biopsychosocial model of addiction. In P. M. Miller (Ed.), *Principles of addiction*. Vol. 1. *Comprehensive addictive behaviors and disorders* (pp. 61-70). San Diego, CA: Academic Press.

- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83–110.
- St-Pierre, R. A., Walker, D. M., Derevensky, J., & Gupta, R. (2014). How availability and accessibility of gambling venues influence problem gambling: A review of the literature. *Gaming Law Review and Economics*, 18(2), 150-172.
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363-371.
- Wardle, H., Keily, R., Astbury, G., & Reith, G. (2014). 'Risky places?': Mapping gambling machine density and socio-economic deprivation. *Journal of Gambling Studies*, 30(1), 201-212.
- Wardle, H., John, A., Dymond, S., & McManus, S. (2020). Problem gambling and suicidality in England: secondary analysis of a representative cross-sectional survey. *Public health*, 184, 11-16.
- Williams, R. J., West, B. L., & Simpson, R. I. (2012). *Prevention of problem gambling: A comprehensive review of the evidence and identified best practices*. Guelph, ON: Ontario Problem Gambling Research Centre
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., & Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, 9(1), 63-84.
- Yücel, M., Carter, A., Harrigan, K., van Holst, R. J., & Livingstone, C. (2018). Hooked on gambling: A problem of human or machine design? *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 20-21.
- Yücel, M., Oldenhof, E., Ahmed, S. H., Belin, D., Billieux, J., BowdenJones, H., ... & Verdejo Garcia, A. (2019). A transdiagnostic dimensional approach towards a neuropsychological assessment for addiction: An international Delphi consensus study. *Addiction*, 114(6), 1095-1109.

## Anexos

### ANEXO 1: Información ofrecida a los participantes sobre recursos comunitarios

Programa de Prevención del Trastorno por Juego de Azar y Apuestas Deportivas | madrid salud

¿Tienes dudas sobre algún tema relacionado con los juegos de azar? ¿Te preocupa algo para ti o para otra persona? PREGÚNTANOS

CONSULTA JOVEN

675 92 42 97

Latina, Carabanchel, Tetuán y Usera

LA CONTRA PARTIDA

madrid salud

SI TIENES ENTRE 14 A 24 AÑOS Y TIENES DUDAS ¡ESCRIBENOS!

La contrapartida  
Hoy hoy a las 12:34

Hola sois la contrapartida?

Hola 12:35

Si, somos la contrapartida 😊 12:35

Genial, habéis estado en mi insti esta mañana 13:00

He visto que tenéis una consulta joven, es por aquí? 13:31

Claro! 13:31

Puedes preguntarnos lo que quieras 13:31

Ea que estoy preocupada por un tema en relación a los juegos de azar 13:31

Necesito hablar con alguien 13:31

Claro, lo que necesites. Si quieres por aquí, o también podemos llamarte 13:31

Genial, pues si me llamáis os cuento mejor 13:32

Gracias 😊 13:32

Estupendo te llamamos. Recuerda que estamos en Usera, Carabanchel, Tetuán y Latina 13:33

¡Genial, en mi distrito 13:33

Espero vuestra llamada 13:33

USERA

LATINA

TETUÁN

CARABANCHEL

LA CONTRA PARTIDA

Imagen utilizada para dar información de recursos preventivos y contacto con profesionales del servicio

## ANEXO 2: Contenido del juego utilizado en el programa de La Contrapartida

	Tipo de respuesta	Opciones de respuesta
-¿Crees que las apuestas deportivas se pueden considerar juegos de azar?	Dicotómica	Correcto/Incorrecto
-¿En el azar se puede predecir algún resultado?	Múltiple	a) Sí. Cuantas más jugadas realice, más fácil será predecir el resultado. b) No. El azar es impredecible. c) Sí. Si eres una persona experta, puedes llegar a controlarlo.
-¿Si juegas con tus amistades tienes menos riesgos?	Dicotómica	Verdadero/Falso
-En el juego online...	Múltiple	a) Hay más riesgos que en el juego de presencial. b) Hay menos riesgos que en el juego de presencial. c) Es más fácil ganar.
-En los juegos de azar...	Múltiple	a) Existen métodos para ganar. b) Si tienes información y te asesoras bien, puedes encontrar un sistema infalible. c) No es posible controlar las jugadas.
-¿Se puede vivir de los juegos de azar?	Dicotómica	Correcto/Incorrecto
-¿La habilidad que tengas tiene mucha importancia en que ganes o pierdas en los juegos de azar?	Dicotómica	Verdadero/Falso
-¿Por qué creéis que se utilizan influencers en el marketing de los juegos de azar?	Abierta	No aplicable
-Los tipsters o personas que te aconsejan sobre cómo mejorar en las apuestas deportivas y otros juegos de azar...	Múltiple	a) Lo hacen de forma totalmente gratuita para ayudarte. b) Avisan de las consecuencias negativas que pueden conllevar las apuestas deportivas. c) Ofrecen pronósticos relacionados con eventos deportivos a cambio de dinero.

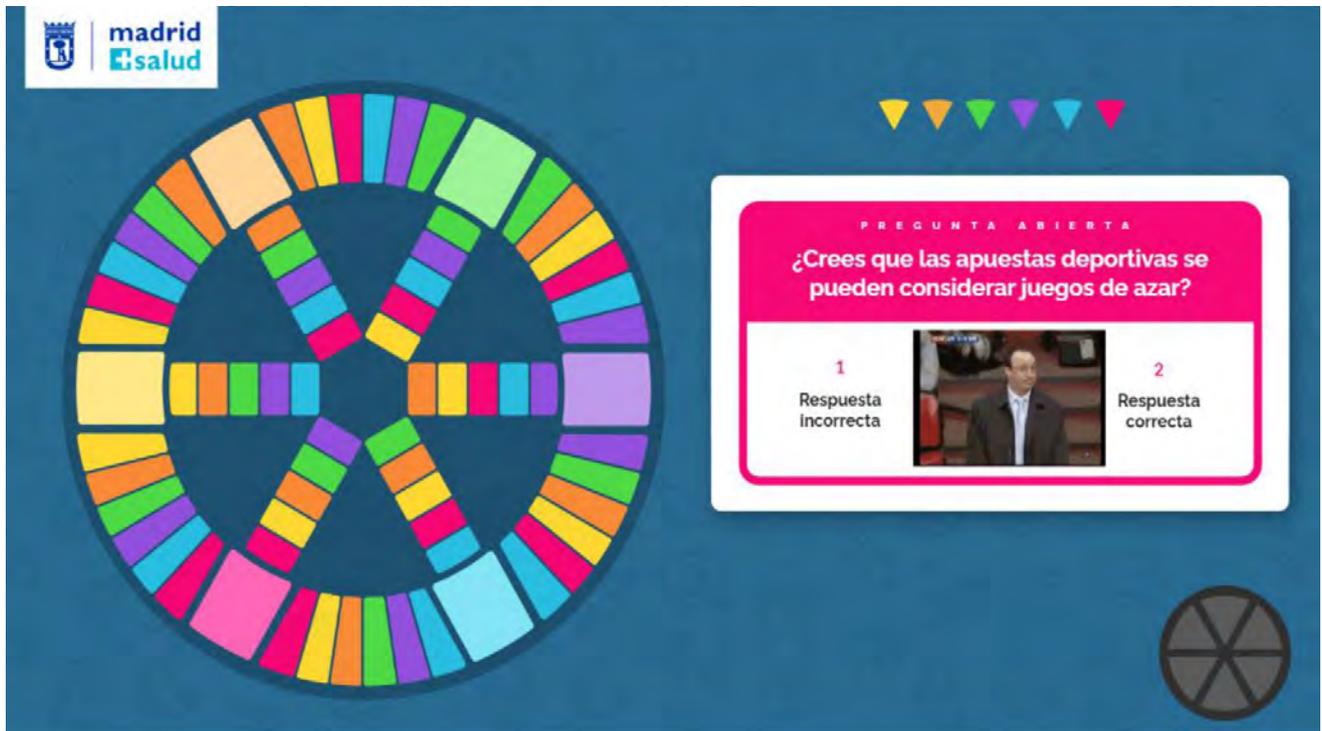


Imagen extraída del juego formato trivial para ilustrar la estética

## ANEXO 3: Material estadístico suplementario

Tabla S1. Uso de diferentes modalidades de juego de azar a lo largo de la vida.

	N	%
Cartas	108	24,05
Cara o cruz	142	31,91
Apuestas de habilidad	136	30,49
Apuestas deportivas	173	38,70
Otras apuestas	74	16,51
Bingo	189	42,19
Dados	26	5,80
Máquinas tragaperras	122	27,17
Rascas	210	47,09
Loterías	176	39,29
Quinielas	147	32,89
Ruleta	167	37,36
Otros	37	8,22

**Nota.** Datos perdidos: Cartas=1; Cara o cruz=5; Apuestas de habilidad=4; Apuestas deportivas=23; Otras apuestas=2; Bingo=2; Dados=2; Máquinas tragaperras=1; Rascas=4; Loterías=2; Quinielas=3; Ruleta=3; Otros=0.

**Tabla S2. Frecuencia de uso de diferentes modalidades de juego de azar en los últimos 12 meses.**

	Nunca		Menos de una vez al mes		Mensualmente		Semanalmente		A diario	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Cartas</b>	393	87,52	51	11,36	3	0,67	2	0,45	0	0,00
<b>Cara o cruz</b>	389	86,83	48	10,71	9	2,01	1	0,23	1	0,23
<b>Apuestas de habilidad</b>	358	79,91	70	15,63	13	2,90	7	1,56	0	0,00
<b>Apuestas deportivas</b>	337	75,23	57	12,72	26	5,80	24	5,36	4	0,89
<b>Otras apuestas</b>	401	89,51	38	8,45	6	1,34	1	0,22	2	0,45
<b>Bingo</b>	333	74,50	104	23,27	9	2,01	1	0,22	0	0,00
<b>Dados</b>	434	96,66	14	3,19	1	0,22	0	0,00	0	0,00
<b>Máquinas tragaperras</b>	381	85,05	51	11,38	6	1,34	10	2,23	0	0,00
<b>Rascas</b>	351	78,50	80	17,90	12	2,69	4	0,90	0	0,00
<b>Loterías</b>	348	77,33	86	19,16	11	2,45	4	0,90	0	0,00
<b>Quinielas</b>	368	82,14	54	12,05	14	3,13	12	2,68	0	0,00
<b>Ruleta</b>	321	71,81	83	18,57	19	4,25	20	4,47	4	0,90
<b>Otros</b>	430	95,56	16	3,56	1	0,22	1	0,22	2	0,44

**Nota.** Datos perdidos: Cartas=1; Cara o cruz=2; Apuestas de habilidad=2; Apuestas deportivas=2; Otras apuestas=2; Bingo=3; Dados=1; Máquinas tragaperras=2; Rascas=3; Loterías=1; Quinielas=2; Ruleta=3; Otros=0.

**Tabla S3. Comparaciones *post-hoc* del efecto de interacción Tiempo por tipo de Intervención en toda la muestra en las variables de interés correspondientes.**

	CP		PE	
	t-test	Pholm	t-test	Pholm
<b>Actitud negativa</b>				
<b>t1 vs T2</b>	-7,463	< 0,001	-6,135	< 0,001
<b>t2 vs T3</b>	4,369	< 0,001	2,243	0,160
<b>t1 vs T3</b>	-3,094	0,017	-3,892	< 0,001
<b>Actitud positiva</b>				
<b>t1 vs T2</b>	5,302	< 0,001	2,540	0,114
<b>t2 vs T3</b>	-4,162	< 0,001	-2,891	0,044
<b>t1 vs T3</b>	1,140	1,000	-0,351	1,000
<b>Ideas erróneas</b>				
<b>t1 vs T2</b>	8,033	< 0,001	4,832	< 0,001
<b>t2 vs T3</b>	-3,899	0,001	-2,118	0,208
<b>t1 vs T3</b>	4,134	< 0,001	2,715	0,055
<b>Conocimiento</b>				
<b>t1 vs T2</b>	-4,908	< 0,001	-6,138	< 0,001
<b>t2 vs T3</b>	1,920	0,332	3,312	0,011
<b>t1 vs T3</b>	-2,988	0,026	-2,827	0,039
<b>Intención</b>				
<b>t1 vs T2</b>	0,061	1,000	1,542	0,865
<b>t2 vs T3</b>	2,594	0,117	0,544	1,000
<b>t1 vs T3</b>	2,655	0,106	2,086	0,299

**Nota.** Se aplicó la corrección de Holm para comparaciones múltiples. Abreviaturas: T1, evaluación Pre-intervención; T2, evaluación Post-intervención; T3, evaluación en el Seguimiento. CP= La Contrapartida; PE=Psicoeducación.



MADRID