

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones

GUÍA CLÍNICA: ACTUAR ANTE EL JUEGO PATOLÓGICO

Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones



JUNTA DE ANDALUCÍA

Coordinadora:

Silvia Moreno Mariscal.

Jefa de Departamento de Coordinación de Programas.

Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones.

Autoras:

Ana M^a Domínguez Álvarez.

Psicóloga y Terapeuta Familiar.

C.T.A. Alcalá de Guadaíra (Sevilla).

M^a de la Paz Pérez Pérez

Trabajadora Social

Asociación Cordobesa de Jugadores en Rehabilitación (ACOJER)

Asociación Cordobesa de Alcohólicos Liberados (ACALI)

Elisa Sicilia Salcedo

Psicóloga. Master en Drogodependencias.

C.T.A. de Fuengirola (Málaga)

Asociación Alternativa-2. Fuengirola (Málaga)

Autores:

Jesús Villahoz González.

Psicólogo Clínico.

Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones. Huelva.

Román Fernández Alepuz

Médico y Terapeuta

Asociación Cordobesa de Jugadores en Rehabilitación (ACOJER)

Asociación Cordobesa de Alcohólicos Liberados (ACALI)

Director Médico. Clínica de Tratamiento de Adicciones "Miguel Castillejo Gorraiz".

Director General de la Fundación Sociedad y Adicciones. (FUSA)

Declaraciones de interés

Todas las personas participantes en la elaboración de esta guía pertenecen a la Red de Andalucía de Atención a la Drogodependencias u otras Adicciones y no reciben ninguna otra ayuda externa ni tienen ninguna relación con entidades privadas con ánimo de lucro.

Edita:

Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía

Diseño e Impresión:

Dia Cash, S. L.

Depósito Legal N.º GR 2696/2007

I.S.B.N. 978-84-690-7709

GUÍA CLÍNICA:
“ACTUAR ANTE EL JUEGO PATOLÓGICO”

ÍNDICE

PRESENTACIÓN. <i>Jesús Villahoz González.</i>	7
JUSTIFICACIÓN. <i>Ana M^a Domínguez Álvarez.</i>	9
1. INTRODUCCIÓN. <i>Elisa Sicilia Salcedo.</i>	13
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	15
1.2 CONCEPTO DE JUEGO PATOLÓGICO.	20
1.3 CONTEXTO LEGAL.	33
2. EPIDEMIOLOGÍA. <i>Ana M^a Domínguez Álvarez.</i>	37
2.1 PREVALENCIA DEL JUEGO PATOLÓGICO	39
2.2 CLASIFICACIÓN DEL DSM-IV Y CIE 10	42
2.3 TIPOLOGÍA DE LA PERSONA JUGADORA	44
3. FACTORES IMPLICADOS EN EL JUEGO PATOLÓGICO. <i>Ana M^a Domínguez Álvarez.</i>	49
3.1 FACTORES PREDISPONENTES O DE RIESGO	51
3.2 FACTORES MANTENEDORES.....	54
3.3 FACTORES DE PROTECCIÓN	55
4. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO	59
4.1 EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO. <i>Elisa Sicilia Salcedo.</i>	61
4.2 EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO MÉDICO. <i>Román Fernández Alepuz.</i>	75
4.3 EVALUACIÓN Y DISGNÓSTICO SOCIAL. <i>M^a de la Paz Pérez Pérez.</i>	80
5. TRATAMIENTO	89
5.1 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA. <i>Jesús Villahoz González.</i>	91
5.2 INTERVENCIÓN MÉDICA. <i>Román Fernández Alepuz.</i>	109
5.3 INTERVENCIÓN SOCIAL. <i>M^a de la Paz Pérez Pérez.</i>	111
6. EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS. <i>Jesús Villahoz González.</i>	125
7. JUEGO PATOLÓGICO Y ABUSO DE SUSTANCIAS TÓXICAS. <i>Elisa Sicilia Salcedo</i>	133
8. JUEGO PATOLÓGICO Y MUJER. <i>M^a de la Paz Pérez Pérez</i>	139
9. JUEGO PATOLÓGICO Y JUVENTUD. <i>Ana M^a Domínguez Álvarez</i>	147
10. JUEGO PATOLÓGICO Y FAMILIA. <i>Román Fernández Alepuz</i>	157
11. CASOS CLÍNICOS	163
ANEXOS	187

La ludopatía, ludomanía o juego patológico es un problema socio-sanitario que está sufriendo un incremento en la última década, cuyas encuestas suelen situar en torno al 2% de la población general mayores de 18 años, y que cuando hablan de la jugadora patológica o del jugador patológico, estas encuestas oscilan entre el 2 y el 5%. Pero si es un problema importante la prevalencia de personas con adicción al juego en las estadísticas de la población adulta, el problema se agrava cuando se refiere a la juventud, mujeres y hombres y adolescencia, máxime teniendo en cuenta que los estudios se hacen con poblaciones entre 11 y 16 años, que tienen prohibido el acceso a dichas máquinas.

Estamos hablando de los juegos de azar donde no hay ninguna relación objetiva entre las habilidades de la jugadora o jugador, caso de las máquinas tragaperras, y el resultado del juego, pues este juego está supeditado a las leyes del azar.

Otro tipo de juegos cada vez más asiduos y sobre los que aún existe poca o nula literatura son los casinos y las apuestas por internet. Esta modalidad reúne unas condiciones muy anheladas por cualquier adicto: comodidad, al no tenerse que mover de casa o el trabajo; confidencialidad, al ser una conducta de la que nadie es testigo y preserva la imagen social. Ni que decir tiene que las consecuencias planteadas pueden ser mucho más graves que las de otras personas jugadoras patológicas. Y quizás estemos hablando de un tipo de jugadora o jugador diferente.

Hasta ahora este problema ha estado en manos, fundamentalmente del movimiento asociativo y del voluntariado, ayudado en ocasiones por el colectivo de profesionales.

Es por tanto un problema para el que, quienes trabajamos en los servicios públicos o privados sobre los trastornos adictivos, nos esforzamos por intentar dar una respuesta cada vez más eficaz.

Pero no hay otra intención en esta guía, que ofrecer el resultado de un esfuerzo conjunto y un ejercicio de síntesis de un grupo de profesionales multidisciplinar que desarrollamos nuestro trabajo en instituciones distintas. Lejos queda la vanidad de pretender exponer todo lo que hay sobre el tema o de asumir un papel que no nos corresponde.

Nuestro objetivo es que al presentar este conjunto de conocimientos, el arsenal terapéutico con que trabaja la clínica y la comunidad científica, y la experiencia de cada una y de cada uno en el campo de las adicciones y especialmente en el juego patológico, sirva de herramienta clínica a las y los profesionales en la toma de decisiones cuando se trata a la persona jugadora patológica.

La guía puede utilizarse como un itinerario de pasos o etapas a seguir o centrarse en aquella parte sobre la que se tenga interés, en función del momento en que se encuentre la persona paciente.

Consta fundamentalmente de seis partes y un apartado final donde se hace un comentario especial sobre cuatro temas con incidencia particular en el juego patológico o viceversa. Estos cuatro temas son: el juego patológico y su relación con el abuso de sustancias, juego patológico y mujer, juego patológico y juventud adolescente, y el juego patológico y la familia.

La primera parte es una introducción que trata de enmarcar la realidad social del juego patológico a través de los antecedentes históricos, la definición del problema, los modelos explicativos y el marco legal. Una segunda parte, centrada en la epidemiología, las distintas clasificaciones, las tipologías y fases por las que pasa el la persona jugadora. La tercera parte, se ocupa de los factores implicados en el juego patológico, tanto factores predisponentes, como mantenedores y de protección. La cuarta es el diagnóstico multidisciplinar. La quinta el tratamiento multidisciplinar, como necesidad para una mayor eficacia. Y la sexta hace una referencia a la eficacia de los tratamientos siguiendo sugerencias de la comunidad científica.

Por último, nuestro agradecimiento a La Dirección General de Drogodependencias y Adicciones de La Junta de Andalucía, por haber puesto en nosotras y nosotros su confianza, y también a nuestras familias, que han soportado el trabajo de proteger nuestro tiempo para que la guía llegara a su término.

De su utilidad, deseamos que hable el tiempo.

Jesús Villahoz González.

Esta guía recoge las recomendaciones relativas a la prevención y tratamiento de la adicción al juego patológico, ludopatía o ludomanía, surgidas de la revisión de la mejor evidencia científica disponible, para guiar al colectivo de profesionales y/o las personas con este tipo de problemas, en el proceso de toma de decisiones sobre qué tratamientos son más adecuados para el abordaje de los problemas derivados de la conducta de juego patológico, desde los Centros de Tratamiento Ambulatorios de Drogodependencias y otras Adicciones de Andalucía, así como de otros recursos acreditados para tal fin.

Para la elaboración de la presente guía se han tenido en cuenta los siguientes aspectos:

- Los problemas derivados de la conducta de juego, presentan una frecuencia y gravedad elevadas como se recoge en el capítulo 2.*
- Las condiciones clínicas, objeto de la guía, son las definidas en el DSM-IV y CIE-10 y se recogen también en el capítulo 2. Se presta especial atención a los aspectos diagnósticos y terapéuticos.*
- Existe una importante diversidad en la práctica clínica, generando incertidumbre en la toma de decisiones con respecto principalmente a los aspectos terapéuticos.*
- La aplicación de las recomendaciones terapéutica de esta guía revertirá positivamente en la disminución de los impactos de los problemas derivados de la conducta de juego.*
- Se ha buscado la aplicabilidad con los recursos disponibles que existen actualmente en Andalucía, tanto públicos como concertados o privados.*
- Disponibilidad de evidencia científica.*
- El equipo de elaboración (multidisciplinar) ha estado compuesto por trabajadora social, psicólogo, y psicólogas y médicos de reconocida credibilidad, de la Red Pública de Atención a las Drogodependencias y otras Adicciones de Andalucía, sin conflictos de intereses derivados de incentivos económicos o profesionales, ostentando representación por grupos profesionales y por localidad y puesto de trabajo.*
- Las decisiones y áreas de investigación se tomaron desde las reuniones del equipo, el conocimiento de la historia de su desarrollo (ver capítulo 1) y las diferentes estrategias de intervención. Desde el inicio se consensuó el índice general de la obra y sus contenidos.*
- Esta guía se ha centrado, con respecto a las recomendaciones, en los aspectos de eficacia y efectividad.*

- La búsqueda de la integración de los aspectos médicos, psicológicos y sociales, ha superado un acercamiento a metodologías diferentes para evaluar la evidencia. De esta forma se intenta garantizar el punto de vista multidimensional y biopsicosocial para el abordaje de los problemas derivados de la conducta de juego.

- Aunque se recogen los aspectos específicos de cada estrategia de intervención, la investigación empírica muestra que tanto la relación terapéutica como el método de tratamiento, realizan aportaciones consistentes con los resultados.

- A la hora de presentar las diversas recomendaciones, siempre se ha optado por aquellas en las que prevalece la aportación clínica sobre la investigadora.

- La revisión sistemática de la bibliografía científica y su evaluación clínica se efectuaron con las búsquedas en las siguientes bases de datos:

- CSIC (ICYT, IME, ISOC, CIRBICL, CIRBICR.).
- Drogodependencias (del Observatorio Vasco de Drogodependencias).
- IN-RECS (De la Universidad de Granada).
- Medline.
- Psycodoc (de la Universidad Complutense de Madrid) .
- Psycinfo.

Igualmente se revisaron las bases de datos más específicas del campo de la psicología y lo social, así como los catálogos de servicios, libros y manuales de contrastada validez (ver anexo justificación) .

En todas las búsquedas se utilizaron los siguientes descriptores: ludopatía, juego patológico, trastornos adictivos sin sustancia y pathological gambling.

- El nivel y fuerza de la evidencia, se presentan en el cuadro del capítulo 6 agrupándose en función de los criterios para los tratamientos empíricamente validados según la última revisión de Chambles y otros en 1998 del Task Force de 1993 descritos en Labrador, F.J., Echeburúa, E.y Becoña, E.(2000) (ver anexo justificación).

Ellos describen dos tipos de tratamientos para evaluar la jerarquía de la evidencia.

Tipo 1: Evidencia de buena calidad. Tratamiento bien establecido.

Criterios (a elegir entre el I y el II):

I. Al menos dos buenos diseños experimentales entre grupos demostrando la eficacia en una o más de las siguientes maneras:

a) Superior (estadísticamente significativo) a fármaco o placebo psicológico o a otro tratamiento.

b) Equivalente a un tratamiento ya establecido en experimentos con un tamaño de muestra adecuado.

II. Una serie importante de diseños experimentales de casos únicos (mayor o y igual que 9) demostrando eficacia. Estos experimentos deberán:

a) Usar buenos diseños experimentales, y

b) Comparar la intervención con otro tratamiento como en IA.

Criterios adicionales tanto para I como para II:

III. Los experimentos serán realizados con manuales de tratamiento.

IV. Las características de las muestras de pacientes deberán estar claramente especificadas.

V. Los efectos deberán ser demostrados por al menos, dos investigadores distintos o dos equipos de investigación diferentes.

Tipo 2: Evidencia de calidad moderada. Tratamiento probablemente eficaz.

Criterios (A elegir entre el I, el II, y el III).

I. Dos experimentos mostrando que el tratamiento es superior (estadísticamente significativo) a un grupo de control de lista de espera.

II. Uno o más experimentos cumpliendo los criterios de los tratamientos bien establecidos IA o IB,III y IV, pero no V.

III. Una pequeña serie de diseños experimentales de casos únicos (n mayor igual que 3) que también cumplen los criterios de los tratamientos bien establecidos II,III y IV.

Y nosotros añadimos un tercer tipo, para todos aquellos tratamientos que pudiendo ser eficaces no podemos evidenciarlo empíricamente por no estar evaluados científicamente o estar en fases de desarrollo.

Tipo 3: Evidencia de baja calidad: Tratamiento en fase experimental o escasamente evaluados.

-Esta guía está abierta a futuras revisiones y recomendaciones.

ANEXO: LIBRO, MANUALES, CATÁLOGOS Y GUÍAS CLÍNICAS DE JUEGO O ADICCIONES.

- *Alonso-Fernández, F.(1996).Las otras drogas. Madrid: Temas de hoy.*
- *Atienza Marmolejo, C.J.(2006) Cuando jugar no es divertido. Una guía para conocer el juego patológico. Cádiz:Servicio Provincial de Drogodependencias de la Diputación de Cádiz.*
- *Becoña, E.(1996) La ludopatía . Madrid.Ed. Aguilar.*
- *Comisionado para las Drogodependencias (2003). Catálogo de servicios asistenciales de los centros de Tratamiento Ambulatorio de Andalucía.*
- *Fernández-Montalvo, J. Y Echeburúa, E.¿ 1997?. Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta. Madrid: Pirámide.*
- *Garrido, M Jaén, P, y Domínguez , A. Ludopatía y relaciones familiares .Clínica y tratamiento. Barcelona: Paidós.*
- *González, A.(1989).Juego patológico: una nueva adicción. Madrid: Tibidado.*
- *Ibáñez Cuadrado, A, y Sáiz Ruiz ,J (2001). La ludopatía: una nueva enfermedad.Barcelona:Masson).*
- *Labrador, F.J,Echeburúa ,E. Y Becoña, E.(200)Guía para la elección de los tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica. Madrid: Dykinson .*
- *Ochoa, E, y Labrador ,F.J .(1994).El juego patológico .Barcelona:Plaza & Janés.*
- *Pérez Álvarez, M.,Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez ,C. Y Amigo Vazquez,I (Comps) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos.Madrid : Pirámide.*
- *Torres, D.y Polo J.M.(2001) Dolores Colom, En Miranda M.,Trabajo Social hoy.Zaragoza:Mira Editores.*
- *Vázquez, J.M(1992). Un modelo de evaluación y seguimiento de la inserción social de drogodependientes .Cuadernos de realidades sociales, n º 39-40, 189-232.*
- *II Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (2002-2007). Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales.*

1 - INTRODUCCIÓN

Autora:
Elisa Sicilia Salcedo

1.1.-ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El juego es un aspecto constitutivo de la vida y el desarrollo del ser humano como medio de aprendizaje de habilidades y forma de interacción con el entorno. El juego es una de las actividades más frecuentes entre las personas, entraña importantes consecuencias positivas para el desarrollo de los hombres y mujeres, entretiene, divierte y posibilita la socialización y el aprendizaje de distintas conductas y roles, desarrolla la creatividad, la exteriorización de emociones, la psicomotricidad y el lenguaje, de forma que el que la realiza considera que está realizando actividades que le causan placer.

Además, el juego es una actividad lúdica a la que tienen acceso las personas adultas y que, en algunos casos, incorpora elementos que lo hacen más atractivo, como el azar y la posibilidad de apostar.

Tradicionalmente se han distinguido dos tipos diferentes de conductas asociadas al juego en función de la presencia o no de incentivos económicos directos por su realización. Juego como pasatiempo o entretenimiento en sí mismo, y juego con apuesta, es decir, el que lleva implícita la posibilidad de arriesgar y obtener o perder alguna ganancia (conseguir o perder dinero u otras cosas o bienes). Aunque ambos tipos de juego pueden ser utilizados de forma lúdica y servir de una interesante alternativa al esparcimiento de las personas en nuestra sociedad, y asimismo ambos tipos de juego pueden llevar al desarrollo de conductas estereotipadas y desadaptadas, lo cierto es que es el segundo tipo de juego, el que implica asumir riesgos económicos con posibilidades de ganancias inmediatas, el que ha facilitado la aparición de conductas problemáticas que han causado una importante alarma social, lo que se conoce como adicción al juego, juego patológico o también como ludopatía.

El uso del azar en el juego es considerado una diversión cuando hay un control y un gozo en el acto en sí, mientras que deja de serlo cuando implica sufrimiento y descontrol, por lo que la persona pierde su libertad de decisión (Bombín, 1992).

Existen múltiples tipos de juego, de los cuales destacamos los siguientes:

1.1.1. JUEGO DE AZAR

El resultado final sólo depende de la suerte o la casualidad. No existe la posibilidad de control del resultado por parte de la jugadora o jugador quien solo realiza una acción (comprar un décimo, tirar unos dados...) y el resultado es imprevisible e independiente de la conducta personal. Un ejemplo de estos son: las Loterías, Máquinas Tragaperras, el Bingo, los Dados...

1.1.2. JUEGO DE TÉCNICA

Son juegos en los que el éxito depende de la destreza de cada persona jugadora, requieren un aprendizaje y un entretenimiento que permite ir alcanzando niveles más altos de ejecución. Se incluyen aquí juegos como las Damas, el Ajedrez, los Videojuegos,...

1.1.3. JUEGOS COMBINADOS DE TÉCNICA Y AZAR

Un ejemplo claro es el juego de Cartas, que depende del azar a la hora de hacer el reparto y de cierta habilidad posterior para jugar.

1.1.4. JUEGOS DE COMPETICIÓN

Son juegos organizados como divertimento en los que las personas compiten partiendo de una igualdad de posibilidades, por ejemplo las competiciones deportivas.

Entre los juegos de azar, se establecen cuatro grandes clases de juegos: por su licitud (lícitos e ilícitos); por su administración (públicos y privados); por su contenido (Máquinas tragaperras, bingos, casinos, cartas, loterías y apuestas deportivas) y por su poder adictivo (muy adictivo y poco adictivo) (Bombín, 1992).

Atendiendo a su potencial adictivo, se pueden distinguir los altamente adictivos, por el escaso tiempo transcurrido entre el momento de la apuesta y es resultado, y escasamente adictivo, por el carácter diferido en el tiempo del resultado respecto al momento de la apuesta.

Para Irurita et al. (1994), los juegos con una mayor capacidad adictiva son aquellos que comparten una serie de características propias del "juego en sí", junto a unas condiciones sociales:

1. Accesibilidad y disponibilidad del juego.
2. Esté bien visto jugar.
3. Una "jugada" ha de costar poco dinero.
4. El hecho de jugar no debe dar a entender que la persona sea jugadora.
5. Se debe de poder jugar en un entorno que produzca bienestar (entre amigos/as o conocidos/as) o donde se pueda pasar desapercibido.
6. Si en el entorno se puede beber alcohol, lo hará más adictivo.
7. Debe estar presente la suerte.
8. Si el premio es grande, mejor, aún cuando este no es determinante.
9. La recepción del premio debe ser inmediata.
10. La recepción del premio debe hacerse notar (ruidos, algarabía, prensa, publicidad).

Los juegos más adictivos también son aquellos que se acompañan de cogniciones extendidas sobre el juego o las capacidades de cada persona jugadora:

- Deben favorecer la creencia de que no solo interviene la suerte.
- Deben de requerir una cierta pericia especial propia de quien juega, así como de unos conocimientos que no estén al alcance de cualquiera.
- Deben de permitir crear una "relación especial y personal" entre el juego en sí, o una parte de él, con la persona jugadora.

Irurita y al. (1994) establecen dos clasificaciones de los juegos de azar:

1) Juego activo, juego pasivo

2) Juego continuo, juego discontinuo

Juego activo

“Es aquel juego que requiere unos conocimientos, habilidad o pericia real o imaginaria por parte de quienes apuestan. También recoge aquellos juegos que favorecen la creencia de “poseer un sistema” o que, al menos, quienes jueguen “piensen” que tienen un “sistema o estrategia” mediante el cual pueden hacerse con el premio. No es tanto el “juego en sí” como las connotaciones o supersticiones que se le hayan atribuido y sean aceptadas por las personas que juegan. Este tipo de juego les “involucran mucho más”, de modo que “al exigirles” más, lo hace más adictivo. Juegos activos son las Cartas, Dados y Dominó con apuestas de dinero, Carreras de caballos, Quinielas, Primitiva, Bonoloto, Juegos de Casino, Apuestas Deportivas...

Juego pasivo

“Es aquel juego que solo depende de la suerte, y que inequívocamente no requiere ninguna acción, conocimientos o habilidades de quien juega, más que la misma suerte, para acceder al premio. Loterías, Cupón de la Once, Bingo y Máquinas Tragaperras serían ejemplos de juegos pasivos. El caso del Bingo y de las Máquinas Tragaperras es bastante particular porque siendo realmente pasivos, la ingente cantidad de cogniciones mágicas existentes sobre “sistemas” y supersticiones, acerca de las máquinas, de quien canta las bolas, de la hora, de actividades a realizar...los convierte en “híbridos” altamente adictivos” (Bombín, 1992).

Juego discontinuo y juego continuo

“En las formas de juego discontinuo las series de apuestas, juego y resultado, están espaciadas durante horas o días. A la inversa, las formas continuas son formas tales como las máquinas tragaperras, las apuestas y la mayoría de los juegos de casino. La dinámica entre las sesiones de formas continuas puede ser la mayor fuente de pérdida de control...”

El juego por placer, ocio u objetivos monetarios tiene miles de años de antigüedad y ha estado presente en casi todas las culturas. Babilonios, etruscos, egipcios, chinos, indios precolombinos, griegos y romanos tenían distintos juegos de azar. La búsqueda de excitación y el ataque al aburrimiento han estado a la base del juego en todos los tiempos.

Los primeros indicios sobre la existencia del juego se remontan a varios miles de años atrás, y aparentemente el juego precedió a la invención del dinero en cerca de mil años.

En Mesopotámica se han hallado lo que serían los dados más antiguos (5000 a.C.), en Grecia se han encontrado objetos artísticos que representan escenas de juego. En Egipto existen murales que describen juegos parecidos a los naipes y objetos similares a los dados. Unos 3000 años antes de Cristo debía existir el juego de azar, ya que se han hallado pruebas de ello en las pirámides de Keops.

Los romanos y los etruscos, en el milenio anterior a nuestra era, utilizaban dados de seis

caras, y se han encontrado dados en los restos de las ruinas de Pompeya. Los juegos de cartas parecen tener su origen en China, en el siglo XII, y se extendieron a Europa a través de España en el siglo XIV. Los chinos jugaban ya hace 4000 años, y en la antigüedad apostaban partes de su cuerpo, como los dedos de las manos y los pies, sobre acontecimientos del azar.

En Génova se apostaba en torno a la elección de los cinco miembros del Senado mediante un sistema que se considera el prelude de las loterías actuales. Una vez reglamentada, pasó a Francia y después a Inglaterra, donde la primera lotería data de 1533. A partir del siglo XVII, las carreras de caballo dejaron de ser un deporte de caballeros, para convertirse en un juego de apuestas.

En España durante el Siglo de Oro se registró una época de fuerte auge del juego. El juego reglado estuvo permitido hasta el siglo XIV sin ninguna restricción. En el siglo XIII, Alfonso X El Sabio llevó a cabo la primera regulación de las Casa públicas de juego. A partir de los Reyes Católicos se promovieron diversas prohibiciones. La lotería fue introducida en 1763 por Carlos III.

En América, los juegos de cartas llegaron con los barcos de los colonizadores europeos, aunque ya los indios tenían sus propios juegos de azar utilizando palillos y huesos de frutas. En Estados Unidos, el juego se extendió por todo el país según iba avanzando la conquista del Oeste, haciéndose famosos algunos lugares como los "barcos de juego" del Misisipi, o los asentamientos de los buscadores de oro. Ya en el siglo XX se fundó Las Vegas (Nevada), considerada en la actualidad el mayor centro de juego del mundo, y años después surgió la otra gran ciudad del juego, Atlantic City, en Nueva Jersey (Arnold, 1978; Fleming, 1976).

En la historia de España cabe destacar la creación de la Lotería por las Cortes de Cádiz en 1811, lotería que persiste en la actualidad, como Lotería Nacional desde 1937. En los años 1938 y 1939 es creado y regulado el cupón de la ONCE, entidad privada pero sometida al control y tutela de los poderes públicos. En 1946, se crean las Quinielas Futbolísticas. Estos tres juegos serán durante mucho tiempo, hasta el año 1977, los únicos juegos legales en España, es en ese año cuando se produce un cambio cualitativo al legalizarse, otros tipos de juego, Casinos, Bingos, y las Máquinas Recreativas con premio. Junto a estos juegos, que simplemente no existían en el marco legal pero sí de hecho, aumenta la oferta de loterías con la implantación de la Lotería Primitiva en el año 1986 y una variación de esta, la Bonoloto, en 1988. En 1991, aparece una nueva versión de la Lotería Nacional: la Lotería del Horóscopo.

Los problemas derivados de la práctica del juego no son una invención de nuestro tiempo, desde luego el problema del juego excesivo y la adicción al juego no es nuevo. El descontrol en la conducta de juego ha acompañado al hombre a lo largo de su historia.

De hecho parece cierto que el juego contribuyó a la caída de las tribus germánicas bajo la invasión romana. Emperadores como Claudio, Nerón y Calígula han tenido problemas por su juego excesivo. Los romanos fueron los apostadores más ávidos de la Antigüedad, precursores de la lotería. Incluso en el Nuevo Testamento es clara la referencia hecha a cómo los soldados se jugaron a los dados las ropas de Cristo crucificado.

En el siglo XII el juego de dados estuvo presente de forma preocupante durante las Cruzadas, hasta el punto de que el rey Ricardo Corazón de León ordenó a sus hombres que restringieran el juego entre sus tropas. También el rey Felipe II en Francia se vio obligado a legislar el uso del juego.

En el siglo XVI los monarcas ingleses se encontraron con serios problemas por mostrar patrones de conducta que incluían juegos de apuestas. Enrique VIII perdió las campanas que colgaban de la torre de la Catedral de San Pablo.

Ha habido egregios hombres que también han sido grandes jugadores como, Richard Wagner, Luís de Góngora en el siglo XVI, que fue expulsado de la casa donde vivía en Madrid por falta de pago debido a las deudas contraídas por el juego (Fleming, 1978), un ludópata universalmente conocido fue el escritor ruso Fëdor Mihajlovic Dostoyevki (1821-1881), que en su novela “El jugador” reflejó con toda suerte de detalles las vivencias de un ludópata en el ambiente aristocrático y burgués de su tiempo.

La evolución de la vida moderna ha producido cambios en los hábitos de juego. Antes las niñas y niños jugaban más tiempo fuera de casa. Actualmente pasan más tiempo en el hogar, realizando tareas escolares, viendo televisión, o jugando con videojuegos en el ordenador o en la videoconsola. El tiempo que transcurre fuera de casa lo pasan en la institución escolar o realizando alguna actividad extraescolar en recintos casi siempre cerrados, con lo que el contacto con la naturaleza y al aire libre está muy restringido.

Al salir a la calle uno puede fácilmente encontrarse con una persona vendedora del cupón de la ONCE o de la Lotería Nacional. En cada bar, las máquinas tragaperras llaman nuestra atención con su sonido característico y sus luces nos hacen dirigir la mirada hacia ellas cuando el premio sale. En nuestras ciudades nos encontramos constantemente con salas de juego, bares y cafeterías con máquinas, bingos, oficinas de quinielas, personas vendedoras de cupones, etc. A lo largo de un día son muchas las ocasiones que tenemos de mexicanos en el juego de azar. En casa la televisión nos bombardea con publicidad sobre los juegos de azar, y los premios que nos esperan en los muchos concursos televisivos, que ayudan a potenciar las creencias supersticiosas sobre la suerte y el azar.

Los juegos de azar, aceptados socialmente, disponibles siempre y legalizados, han provocado el surgimiento de un cierto número de personas que no son capaces de controlar los impulsos de jugar, llegando a jugar de manera desde y problemática.

Sin embargo, lo que probablemente incrementa y organiza las posibilidades de juego con riesgo económico es la constitución de éste. La entrada del Estado no sólo como sancionador de unas costumbres milenarias, sino como parte interesada económicamente en él y, en consecuencia, como elemento activo en su desarrollo y regulación.

Tabla 1.- Juegos de Azar legalizados en España (Hecho, 1996)

- Juegos de casino
- Bingos
- Apuestas deportivas (quinielas de fútbol, quiniela hípica, apuestas en las carreras de galgos)
- Loterías (nacional, primitiva, bonoloto, loterías rápidas e instantáneas) y cupones (cupón de la once, cuponazo, rasca y gana)
- Juegos de cartas (ej. Póker) y dados de tipo privado y con apuestas por medio.
- Máquinas recreativas y juegos mecánicos con posibilidad de ganar dinero (máquinas tragaperras)
- Concursos con premio en la prensa, radio, o televisión; concursos de alimentación y otros.

- Además de esta oferta institucionalizada cabe destacar otros tres tipos de oferta:
- los concursos que permiten obtener premios de distinta envergadura y que frecuentemente encuentran un amplio eco en los medios de comunicación (por ejemplo, los concursos de televisión).
 - Los juegos privados en el ámbito de las relaciones de amistad o compañerismo.
 - Juegos ilegales.

1.2.- CONCEPTO DE JUEGO PATOLÓGICO

El concepto utilizado para referir la relación excesiva del ser humano con el juego ha pasado por una serie de etapas, en las que se ha ido transformando progresivamente. Históricamente, el juego era considerado una debilidad moral, propia de personas con poca fuerza de voluntad o viciosas, sujetos que no tenían consideración con el sufrimiento que su conducta provocaba.

Es en la primera mitad del siglo pasado, cuando se comienzan a dar explicaciones desde un marco psicoanalítico (Simmel, 1920; Freud, 1928) y el juego excesivo comienza a concebirse como una enfermedad psicológica, como una manifestación de una neurosis subyacente (Bergler, 1957), constituyendo lo que se llamaría el “modelo médico” del juego excesivo. Esta conceptualización fue reforzada con la fundación de la organización de Jugadores Anónimos en los Ángeles (1957), organización cuya principal creencia es que el exceso de juego es una enfermedad progresiva que puede ser detenida, pero nunca curada.

Esta agrupación, que ha sido uno de los principales marcos de referencia de muchos estudiosos de la adicción al juego, ha contribuido enormemente a difundir y reforzar la concepción del juego inmoderado como una enfermedad.

Hasta 1975 no se empieza a estudiar la ludopatía como enfermedad, y en 1979, Morán la define como Juego Patológico.

La definitiva consolidación del concepto de enfermedad del juego excesivo se consigue con la inclusión en 1980, del juego patológico, por vez primera como una entidad nosológica propia y con unos criterios diagnósticos específicos en el DSM-III (Asociación Psiquiátrica Americana, 1980), se reconoce el juego patológico como un trastorno mental, estando incluido en la categoría de los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados y define a la jugadora y jugador patológico como un ser incapaz de resistir los impulsos de jugar y cuyo juego pone en un serio aprieto, altera o lesiona los objetivos familiares, personales y vocacionales. Anteriormente el juego problemático figuraba bajo diferentes rúbricas (juego adictivo, juego compulsivo, juego excesivo, juego neurótico).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) a la que se adscribe España en su clasificación Internacional de enfermedades CIE 10, incluye la adicción a los juegos de azar dentro del apartado F.63. 0. “Juego Patológico”. Y lo define como un trastorno caracterizado por la “presencia de frecuentes y reiterados episodios de participación en juegos de apuestas, los cuales dominan la vida de la persona enferma en perjuicio de sus valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares; [...] esta conducta persiste y a menudo se incrementa a pesar de sus consecuencias sociales adversas tales como pérdida de fortuna personal, deterioro de las relaciones familiares y situaciones personales críticas” (OMS, 1992).

A través del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSMIV), la Asociación Americana de Psiquiatría, describe el Juego Patológico en el apartado 312.1 como un síndrome en el cual aparece “un fracaso crónico y progresivo de la capacidad para resistir el impulso de jugar, que compromete, altera o lesiona los intereses personales, familiares y vocacionales” (APA, 1995), hallándose categorizado como “un trastorno del control de los impulsos no clasificado en otros apartados”, no considerándolo una adicción comportamental, ya que en este Manual el término adicción queda reservado para las sustancias psicoactivas.

1.2.1.- LAS CONDUCTAS DE LA PERSONA JUGADORA

Según los estudios realizados por Ladouceur (1993), Fernández-Alba (1999) y Fernández-Alba et al. (2000), las conductas más características de la persona jugadora, consideradas de acuerdo con las tres dimensiones básicas, serían las siguientes:

A) Conductas motoras:

- La conducta de riesgo monetario se incrementa en función de la exposición al juego: A medida que el juego progresa en una misma sesión se apuesta más, lo que finalmente provoca que la última apuesta de la sesión suela ser la más elevada.

Cuando se acude a una sesión las apuestas no comienzan al mismo nivel de inicio de la sesión anterior, sino un nivel intermedio entre las apuestas iniciales y finales de la sesión previa.

- A lo largo de la sesión se busca aumentar el riesgo asumido en las apuestas.

Aumentando la cantidad de dinero que arriesga y/o cambiando a apuestas de más riesgo cuando existe una falta de dinero. De este modo aún no pudiendo arriesgar mayor cantidad de dinero, mantiene la progresión del riesgo.

- En las máquinas recreativas con premio:

- En una misma apuesta se introducen varias monedas seguidas, bien en un número fijo o variable en cada apuesta.

- La forma e intensidad de dar a los botones se caracteriza por golpes fuertes y/o secos sólo a ciertos botones que desempeñan una función determinada o, lo que es más común, a todos los botones con independencia de su función.

- Mientras se está jugando, suelen manipular monedas que recogen de la bandeja de premios antes de haber concluido la última apuesta o que mantienen constantemente en la mano, a la vez que juegan.

- Suelen recoger las monedas de la bandeja de premios e invertirlas de nuevo.

B) Conductas cognitivas

- Las verbalizaciones de las personas jugadoras patológicas engloban tres grandes contenidos:

- Distorsiones cognitivas referidas al azar.

- Frases que simplemente describen aspectos, situaciones o variaciones del juego.
- Comentarios que expresan o manifiestan diferentes sentimientos o impresiones acerca de los resultados del juego.

- Cuando quienes juegan hacen referencia a alguna estrategia en relación al juego, en un porcentaje que supera el 80%, y que en muchos casos alcanza prácticamente el 100%, son incorrectas ya que no hacen referencia a probabilidades objetivas, sino más bien a unos intentos infructuosos de influir en los resultados.

C) Conductas fisiológicas

La respuesta fisiológica más estudiada en el contexto del juego ha sido la frecuencia cardiaca, en la que se observa un incremento en la situación de juego, cuyos valores más elevados suelen asociarse a momentos específicos del juego que son experimentados por la jugadora o jugador como especialmente excitantes. Sin embargo, debe destacarse que los estudios no son concluyentes en cuanto a la existencia de diferencias significativas en el incremento de la tasa cardiaca entre muestras de personas jugadoras patológicas y ocasionales.

1.2.2.- CURSO DEL TRASTORNO

La evolución hacia un juego patológico suele describirse a través de las fases propuestas originariamente por Custer (1982) y ampliadas por Lesieur y Rosenthal (1991).

Para Custer (1984), el desarrollo y progresión del juego patológico sigue un patrón uniforme. Es en la adolescencia donde habitualmente suele comenzar el juego, aunque puede hacerlo en cualquier edad, transcurriendo desde las primeras apuestas hasta la pérdida total del control, un promedio de cinco años (con límites entre uno y veinte años). La persona jugadora pasa entonces por tres fases: ganancia, pérdida y desesperación.

1. Fase de ganancia: al principio, se dan frecuentes episodios de obtención de premios, que llevan a la persona jugadora a una mayor implicación en el juego y a creer que es un jugador excepcional, resultado de sus habilidades personales, de forma que este comenzará a creer en su propio sistema, ayudando las grandes ganancias a alimentar su autoestima y su imagen de gran jugador. Tales ganancias le producen una gran excitación y expectativas de que puede aun ganar más dinero. El posible refuerzo social que recibe de sus amistades está, también, jugando un papel crucial en el mantenimiento de estas expectativas irracionales acerca del control sobre el azar. Las pérdidas se ven como producto de una mala racha, malos consejos o mala suerte transmitida por algo o alguien presente, pero siempre atribuido a factores externos. En esta fase puede mantenerse desde varios meses a varios años y suele concluir con una gran ganancia, que sumada a los triunfos anteriores hace pensar que no sólo se puede repetir en el futuro sino que incluso puede llegar a ser mayor. Con este objetivo: la consecución de otro gran premio, se invierte más dinero y tiempo; y ante las pérdidas, que representan el serio revés a la autoestima, la única solución que se pone en marcha es la de seguir jugando para recuperar dicho dinero. El resultado será añadir nuevas pérdidas a las ya existentes.

Según Lesieur y Rosenthal (1991) este patrón suele ser el más común entre los jugadores varones, mientras que las jugadoras no suelen experimentar una gran ganancia, el juego les sirve más bien para escapar de problemas abrumadores en su vida familiar, en el pasado o en sus relaciones interpersonales

2. Fase de pérdida: quien juega mantiene una actitud excesivamente optimista que le conduce a aumentar significativamente la cantidad de dinero que arriesga en el juego. Una vez que la persona se ha hecho jugador habitual, el factor más importante que va a facilitar que se convierta en jugador patológico, según Lesieur (1984), es su accesibilidad al préstamo. Cuando el jugador pierde todo su dinero tiende a acudir a otras fuentes para conseguirlo. Cuando las deudas se han disparado y las posibilidades de obtener las cantidades de dinero que necesita se reducen, ve todas sus opciones disponibles para obtener dinero con que poder pagar estas deudas, limitadas a una: el juego. Se produce el fenómeno de “caza” descrito por Lesieur, consistente en que el jugador cada vez juega más para intentar resarcirse de sus deudas, cada vez pierde más y las pérdidas son mayores. Ahora ya no juega para ganar sino para recuperar lo perdido.

Las deudas y pérdidas amenazan su autoestima y su situación financiera. Intenta reponer las deudas lo más rápidamente posible, para evitar que la familia, las amistades y otras personas lo lleguen a saber. Se convierte en un experto en buscar pretextos y excusas e inventar mentiras.

Los pequeños préstamos pedidos a familiares y personas de confianza al final de la primera etapa se convertirán, en esta segunda fase, en préstamos concedidos por banco, tarjetas de crédito y prestamistas como forma de inversión que serán devueltos con las futuras ganancias. Una vez que las fuentes de préstamo legal se agotan, el riesgo de realizarlos de forma ilegal emerge; pudiéndose cometer, algún tipo de robo, fraude, falsificación o estafas. Los delitos más comunes entre las mujeres jugadoras difieren de los cometidos por los varones. Destacan, la falsificación de talones, la realización de operaciones ilegales en el ámbito del juego y la irrupción en el mundo de la prostitución; siendo menos probable, en comparación con los varones, verse envueltas en estafas relacionadas con préstamos, evasión o fraude de impuestos, robos a pequeña y gran escala, venta de droga o de objetos robados.

La necesidad por recuperar el dinero perdido y poder devolver las deudas contraídas, hace que cada vez dedique más tiempo al juego, lo que provoca que destine cada vez menos tiempo e interés a la familia y al trabajo, unido al cúmulo de excusas y mentiras, hace que tanto en el marco familiar como en el laboral comenzarán a surgir problemas, siendo algunas de las consecuencias que siguen, y que van a agravar aun más el problema. La conducta de juego pierde el contexto social en que solía desarrollarse para convertirse en un juego solitario, la persona jugadora que en otro tiempo se presentaba como habilidoso es ahora un jugador menos ducho que, sin embargo, apuesta más. Su deseo más ferviente es tener un largo periodo de ganancias que le permita pagar las deudas y a su vez tener una reserva de dinero suficiente para seguir jugando sin necesidad de pedir prestado. Pero las ganancias, aunque ocurran periódicamente, son menores que las deudas, la presión de los acreedores aumenta y aquí es cuando quien juega se ve obligado a confesar a su familia, amigos, banco, etc., el problema, y decide e incluso promete que va a dejar de jugar. Esto dura poco tiempo, ya que vuelve a alimentar su optimismo irracional y la ilusión de ser impune y vuelve de nuevo a jugar.

3. Fase de desesperación: el juego alcanza gran intensidad en la persona, viviendo éste solo para jugar, incrementando de nuevo el tiempo y gasto de dinero dedicados al juego, aparece un estado de pánico causado por las cuantiosas deudas, el deseo de pagarlas con

celeridad, el alejamiento de la familia y de su entorno social, la reputación tan negativa que le persigue y el deseo nostálgico de recuperara los días de gloria.

Esto le dirige hacia el atajo frenético de conseguir esa incalculable ganancia que le solucione los problemas, lo que le lleva a aumentar los riesgos y el juego irracional y verse implicado en mayores problemas financieros y legales, para posteriormente ir desvaneciéndose dicho optimismo poco a poco por primera vez. En este punto, la gran mayoría de adictos o adictas ya han perdido su trabajo. Se les incrementa el nerviosismo e irritabilidad, tienen problemas de sueño, comen poco y su vida les resulta poco placentera. La persona se siente psicológicamente y fisiológicamente agotada; en suma, desesperada. En ese estado de profunda depresión, pueden aparecer ideas o intentos de suicidio. En este momento es muy probable que perciba pocas alternativas a su situación: el suicidio, la cárcel, huir o buscar ayuda.

Lesieur y Rosenthal (1991), añaden una cuarta fase, la de desesperanza o abandono.

4. Fase de desesperanza o abandono: en ésta quienes juegan asumen que nunca podrán dejar de jugar. Incluso sabiendo que no van a ganar siguen jugando; precisan jugar por jugar, hasta quedar agotados.

La caza de las pérdidas producto del juego y la búsqueda de acción para su propio deleite se pueden ver incrementadas o facilitadas por seis aspectos (Lesieur, 1979):

1. Prestamos de diversas instituciones. Permiten seguir jugando con el doble objetivo de recuperara las pérdidas y poder además devolver dicho anticipo. El círculo vicioso ya está formado, pues se necesitan más préstamos para poder, a su vez, devolverlos.
2. La familia. En el proceso del juego, la familia actúa como un catalizador inconsciente, ya que muchos jugadores hacen efectivo los ahorros de cuentas conjuntas, pagarés o cualquier otra forma de inversión, empeña propiedades comunes y piden préstamos sin el conocimiento de la familia.
3. El trabajo. La situación laboral no produce por si misma el incremento del juego, pero el tiempo libre en trabajos poco supervisados o el hecho de trabajar por cuenta propia, proporcionan oportunidades que podrían intensificar el problema. Por otra parte, cualquier hurto, desfalco o malversación realizada en el trabajo va a provocar una tensión adicional, que acelera el proceso de deterioro.
4. El corredor de apuestas. Las apuestas realizadas a través de un corredor de apuestas incrementa la implicación en el juego por el crédito adquirido y por el miedo a la reacción de dicho intermediario.
5. Las amistades en el mundo del juego. Para quienes juegan con amistades que también se dedican a esta actividad, sus pérdidas adquieren un gran valor pues evidencian la falta de esas habilidades ensalzadas en el grupo. De manera que el deseo de mostrarse como ganadora o ganador produce un encubrimiento de tales pérdidas y una urgencia por ganar de cara a recuperar la autoestima. Si además alguien del grupo tiene problemas con el juego, el grupo se convierte en una fuente

alternativa de dinero disponible.

6. El delito. Los delitos de préstamo, tales como los créditos fraudulentos, los robos, las falsificaciones y, en definitiva, cualquier tipo de estafa son los inductores más severos a un juego de proporciones cada vez mayores.

Revisando los diversos estados, de apogeo o decadencia, por los que transcurre este trastorno se podría añadir que cada episodio de juego se convierte en la réplica a pequeña escala de esa evolución que suele durar años.

1.2.3.- EL JUEGO PATOLÓGICO COMO TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS

Tanto la APA (Asociación Psiquiátrica Americana) como la OMS (Organización Mundial de la Salud) consideran el juego patológico como un trastorno del control de los impulsos. La persona que padece este trastorno se va haciendo de forma crónica y progresiva incapaz de resistir el impulso de jugar, y lo clasifican junto a otros trastornos en un epígrafe general denominado “trastorno en el control de los impulsos no clasificado en otros apartados”.

Como grupo, los trastornos del control de los impulsos comparten una serie de características:

1. Dificultad para resistir un impulso, deseo o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino o perjudicial para el propio individuo o para los demás. El individuo puede ofrecer o no una resistencia consciente a dicho impulso, y la realización del acto en sí puede o no ser premeditada y planificada.
2. Antes de cometer el acto, en general la persona percibe una progresiva sensación de malestar emocional, en forma de tensión o activación interior.
3. Durante la realización del acto, el individuo experimenta placer, gratificación o liberación. Esta característica supone, por sí misma, que el acto es egosintónico, ya que concuerda con los deseos conscientes inmediatos del ser humano (en contraste con los síntomas compulsivos).
4. Después de realizar el acto pueden o no aparecer sentimientos negativos como arrepentimiento, autorreproches, culpa, vergüenza o remordimientos, cuando se consideran sus consecuencias.

1.2.4.- EL JUEGO PATOLÓGICO COMO CONDUCTA ADICTIVA

Hasta hace pocos años el concepto de conductas adictivas incluía sólo aquellas en las que el factor esencial era el consumo de una sustancia química potencialmente adictiva. Desde el comienzo de la década de los ochenta este concepto empezó a cambiar y el personal investigador empezó a incluir dentro del complejo grupo de las adicciones una serie de trastornos en los que no es posible identificar esa característica esencial.

Concepto de conductas adictivas: “aquellas conductas que producen placer o evitan la incomodidad, con un patrón de fracaso recurrente en el control de la conducta, y una continuación de ésta a pesar de sus consecuencias negativas” (Millar, 1980; Goodman, 1990).

En esencia, el juego patológico se adapta perfectamente al concepto de conducta adictiva.

Numerosos autores han señalado como elementos básicos y comunes en los distintos tipos de adicción los siguientes:

1. Craving: excesiva preocupación y deseo intenso de satisfacer la necesidad que se siente de llevar a cabo la conducta adictiva.

Un conjunto de autores determinan que el ansia de jugar expresada por las jugadoras y jugadores es equivalente al craving de los adictos a sustancias psicoactivas. En un estudio diseñado para evaluar esta característica sobre un total de 843 pacientes atendidos en el Veterans Addiction Recovery Center de Brecksville (Ohio, EE.UU.) se concluyó que el conjunto de pacientes de juego patológico presentaban más dificultad para resistir el craving que pacientes con problemas de adicción a alcohol y la cocaína (Castellani y Rugle, 1995).

2. Pérdida de control: dificultad para mantenerse abstinentes o incapacidad para detener la conducta una vez que ésta se ha iniciado. Este es uno de los criterios principales que permiten considerar algo como adictivo, de manera que ante la presencia del estímulo, la persona con adicción presenta dificultades para controlarse y tiende a organizar su conducta para obtener la sustancia o realizar la actividad a la que es adicto (Jaffe, 1980; Levinson et al, 1983).

3. Abstinencia: síntomas característicos que aparecen cuando se interrumpe la conducta adictiva. Quienes juegan de forma patológica presentan con relativa frecuencia un malestar subjetivo en los periodos en los que pretenden dejar de jugar, ya sea de forma voluntaria o forzosa (por control externo o por imposibilidad de llevar a cabo la conducta por falta de disponibilidad), y que dicho malestar se incrementa en presencia de estímulos relacionados con el juego (la música de las máquinas tragaperras, el pasar por delante de un bingo, etc., según al tipo de juego a que se es adicto). La sintomatología más característica incluye irritabilidad, inquietud, depresión y dificultades de concentración.

4. Tolerancia: necesidad de aumentar la implicación en la conducta adictiva (incremento de dosis en el caso de las adicciones clásicas o con sustancias químicas) para conseguir el efecto original producido por ella. En la ludopatía se ha considerado que la “excitación” provocada durante el juego sería la “droga” de la jugadora o el jugador. En este sentido quien juega tiene la necesidad de aumentar la magnitud o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada, lo que podría ser atribuido al desarrollo de tolerancia.

5. Preocupación por el consumo de la sustancia. La implicación progresiva del ludópata en las conductas relacionadas con el juego, con una mayor dedicación de tiempo ya sea en el propio juego o en conseguir dinero para éste o para pagar las deudas, provoca la eliminación de otras áreas de intereses y actividades que hasta entonces eran consideradas importantes para el individuo (Lesieur, 1979; Jaffe, 1980).

6. Persistencia en el consumo de la sustancia. Como ocurre con otras conductas adictivas, el jugador patológico persiste en ellas a pesar de las consecuencias negativas y los conflictos que éstas provocan en el ámbito personal, familiar, laboral y social del individuo, que por lo general se encuentran profundamente afectados (McCormick y Ramírez, 1988; Bland et al, 1993).

7. Tendencia a las recaídas. Es un elemento común en la ludopatía y en todas las adicciones, y representa un fenómeno clínico de gran importancia que dificulta la instauración de un tratamiento eficaz a largo plazo (Millar, 1980; Goldstein, 1994; Drummond et al, 1995). La recaída sólo ocurre, por definición cuando existe disponibilidad para llevar a cabo la conducta adictiva, y a menudo se relaciona con el deseo de consumir provocado por estímulos que han sido previamente asociados con la realización de dicha conducta en el pasado, ya sea de tipo externo (ambientales) o internos (cognitivos). Otros factores que pueden favorecer la recaída son los estados emocionales o físicos negativos, conflictos interpersonales y el deseo de probar la capacidad de autocontrol (Cummings et al, 1980).

1.2.5.- EL JUEGO PATOLÓGICO COMO TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Los estudios realizados por Ibáñez Cuadrado y Sáiz Ruiz, 2000, encuentran diferentes teorías a favor y en contra de la relación del juego patológico y trastorno obsesivo-compulsivo.

Algunos autores refieren una posible relación, al observar que en una muestra de 25 ludópatas, el 25% fueron diagnosticados de un trastorno obsesivo-compulsivo (Linden et al, 1986). A menudo, los jugadores refieren, en fases avanzadas, un pensamiento repetitivo en relación con el juego que no pueden apartar de su cabeza, y que les induce a realizar el acto aunque no lo deseen (Lesieur, 1979).

Otros autores empezaron a cuestionarse la homogeneidad del trastorno obsesivo-compulsivo y a considerarlo como una entidad más amplia que constituiría un espectro continuo entre la compulsividad y la impulsividad y en el que tendría cabida el juego patológico entre otros trastornos. La característica esencial sería el deseo imperioso de realizar una determinada conducta, con un malestar subjetivo y objetivo (en forma de activación psicofisiológica) crecientes, que se aliviaría al realizar dicha conducta, y que aparecería de forma repetida (Hantouche y Merckaert, 1991; Hollander, 1993). En este espectro, la ludopatía se situaría más en el extremo de la "impulsividad/búsqueda de situaciones novedosas" y a menudo con características relacionadas con déficit de atención (Hollander y Wong, 1995).

En contra de la relación entre ludopatía y trastorno obsesivo-compulsivo, uno de los principales argumentos se deriva del propio concepto del trastorno obsesivo-compulsivo, el cual presenta una serie de características esenciales que hacen de esta enfermedad una entidad diferenciada. Entre ellas se incluye la duda patológica, aspecto que no se observa en los trastornos impulsivos como la ludopatía (Rasmussen y Eisen, 1992). Otra característica esencial de las obsesiones es su carácter absurdo, reconocido por la persona. Sin embargo, en la ludopatía, la idea o el deseo de jugar no comparte esta cualidad. Por último, y frente a la característica esencial de las compulsiones, que son por definición egodistónicas, el acto de jugar es egosintónico, es decir, que está en consonancia con los deseos conscientes inmediatos del sujeto.

1.2.6.- TEORÍAS ETIOPATOGÉNICAS

Las distintas escuelas que se han ocupado del estudio del juego patológico han ofrecido teorías explicativas de él, según su propia orientación. Pueden distinguirse dos grandes grupos: las teorías psicológicas y las hipótesis biológicas.

Teorías psicológicas

Teorías psicoanalíticas

Los psicoanalistas fueron los primeros en intentar explicar el origen de la ludopatía.

Freud (1928), la ludopatía tendría relación con complejos edípicos, de forma que el jugador buscaría en el juego una forma de experimentar placer a través del autocastigo, representando esto un sustituto de la masturbación.

Bergler (1957), la base sobre la que se sustenta el juego patológico es la culpa por la rebelión contra las figuras de autoridad, que conduce al individuo a una necesidad de autocastigo, y conlleva la idea del masoquismo como núcleo de la ludopatía.

Selzer (1992) sitúa, sin embargo, el origen del conflicto fuera de las etapas edípicas, e invocan otros mecanismos como la omnipotencia y la negación para explicar la irracionalidad con la que la persona jugadora cree en su capacidad de ganar frente a toda lógica.

Teorías conductistas

Intentan explicar el desarrollo de este trastorno como una conducta aprendida resultado de un proceso de refuerzo. Sin embargo, una de las mayores dificultades en la aplicación de esta teoría ha sido la identificación del elemento que actúa como refuerzo en el juego patológico.

Para algunos autores, el elemento reforzador es el incentivo económico, al menos en las etapas iniciales (Morán, 1970). Según el condicionamiento operante, Skinner (1953), la vulnerabilidad e imprevisibilidad en los refuerzos eran características que contribuían a potenciarlos y a perpetuar una conducta aprendida. En este sentido, la ganancia que tiene lugar en los juegos de azar se ajusta a estos criterios. Las conductas de juego, en especial los juegos de azar, están controladas por un programa de razón variable, en el que las conductas obtienen un premio sólo en algunas de las apuestas de forma aleatoria y sin control directo por parte del jugador, aunque cuantas más se emitan, más alta es la probabilidad de obtener premio; por lo que este programa de reforzamiento genera expectativas muy altas, provocando una tasa de conductas elevada y estable (resistentes a la extinción) (Ochoa y Labrador, 1994).

El condicionamiento clásico, ha señalado que el verdadero elemento reforzante en el juego patológico, es interno, y estaría constituido por el estado de excitación que el juego es capaz de provocar en el sistema nervioso central.

Esta activación psicofisiológica, es experimentada como algo placentero debido a los premios, ya que cualquier estímulo o conducta que preceda a una ganancia llegará a provocar una respuesta condicionada de placer. Se ha sugerido así que la excitación es la "droga" de la

persona jugadora. Sin embargo, los estudios que han evaluado la activación, bien a través de medidas psicofisiológicas o bien por medio de índices subjetivos, no son concluyentes, ya que en algunos casos los resultados no arrojan diferencias significativas entre los problemas patológicos de adicción al juego, regulares y ocasionales.

Otros autores, explican el mantenimiento de la ludopatía con el llamado “mecanismo de ejecución conductual”: cuando una conducta se convierte en habitual, cualquier estímulo relacionado con la realización de dicha conducta, ya sea interno (p. ej., pensar en jugar) o externo (p. ej., entrar en los bares donde habitualmente se juega, escuchar el ruido de las monedas saliendo de la máquina, etc.), provoca en el individuo la necesidad de llevar a cabo dicha acción, de forma que si esta no se realiza se provoca un intenso malestar subjetivo, por lo que la persona jugadora llevaría a cabo la conducta de juego, a pesar de sus consecuencias negativas, para evitar los estados fisiológicos negativos. (Blaszynski et al, 1986; McConaghy et. al, 1988).

Distorsiones cognitivas

Quienes juegan a la hora de evaluar la probabilidad de un evento incierto, utiliza una serie de principios heurísticos, cuya utilidad es reducir las complejas tareas de evaluación de probabilidades y de predicción de valores a unas operaciones de juicio más simples, es decir, que se usan una serie de atajos que, se alejan del proceder racional estricto; determinando la selección de decisiones cuyos resultados no sólo no son óptimos, sino que incluso pueden llegar a ser absurdos.

Son muchas las distorsiones cognitivas que se han descrito en el ámbito de los juegos de azar (véase el cuadro 1), de las cuales destacan cuatro fundamentales:

a) Ilusión de control. Creencia en que las habilidades o destrezas propias pueden controlar o vencer el azar, sobrevalorando la posibilidad de control sobre los resultados.

b) Confianza en la suerte. Creencia que se deriva de la sobrevaloración de las posibilidades de ganar, independientemente de cualquier acción realizada por el jugador. Ante la paradoja que supone que el jugador mantenga la fe en la suerte a pesar de las constantes pérdidas, se habla de las pérdidas cercanas o casi ganancias como un fenómeno que favorece la idea de que existe una oportunidad real y significativa de ganar en el futuro (aunque objetivamente todas las pérdidas sean iguales y ninguna esté más cerca que las otras del premio).

c) Heurístico de la representatividad. Se caracteriza por establecer una dependencia entre eventos sucesivos que en principio son independientes. De las distintas formas en las que se manifiesta este heurístico, destaca la falacia del jugador tipo I que refleja la creencia de que la probabilidad de un suceso futuro aumenta cuanto mayor es el período anterior del suceso contrario.

d) Atribución flexible. Tendencia a imputar los éxitos a factores internos, como la habilidad o el esfuerzo, mientras que los fallos se atribuyen a factores externos a la persona, tales como obstáculos o mala suerte.

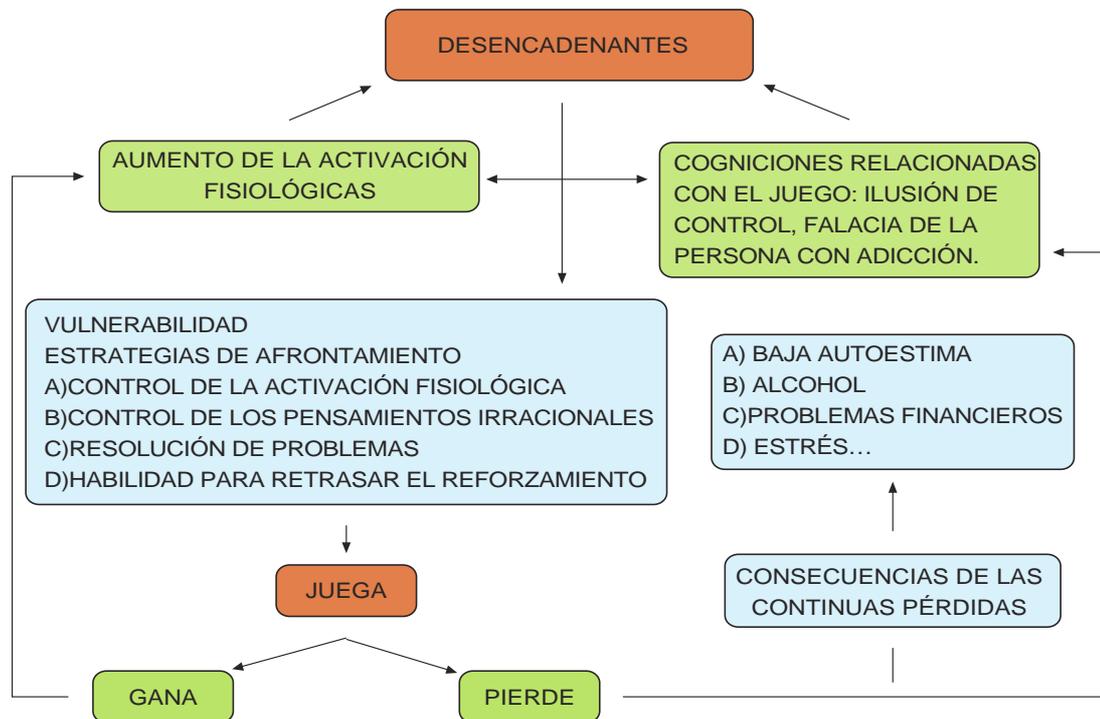
Teoría de Sharpe y Terrier, (1993)

Integran las aportaciones de los modelos conductuales y cognitivos, la adquisición y mantenimiento de la conducta de juego se puede explicar por los principios de condicionamiento

clásico y operante. Bajo el paradigma instrumental estarían actuando los principios del reforzamiento, que incluyen el programa continuo que supondría el incremento de arousal contingente con el juego y que es interpretado como excitación, y el programa intermitente de la ganancia monetaria. La combinación de estos reforzadores proporciona la base de la rápida adquisición y el incremento de la resistencia a la extinción, ya que los jugadores aprenden que las ganancias se dan de forma intermitente, lo que incrementa la probabilidad de que continúen jugando a pesar de las pérdidas.

Este patrón de reforzamiento, que favorece que la conducta de juego se mantenga durante un largo periodo, va a permitir que los estímulos relacionados con el juego se asocien, a través de un condicionamiento clásico, con los estados de activación autonómica que lo acompañan. Todo ello llega a asociarse, también, con los sesgos cognitivos que se producen durante el juego.

Esta relación entre pensamientos, situaciones y activación incrementa la probabilidad de que se juegue, siendo la responsable de que la conducta se mantenga en el futuro. Una vez llegados a este punto, el modelo postula que la presencia o ausencia de ciertos grupos de habilidades determina la vulnerabilidad de una persona a introducirse en la escalada hacia el juego problemático; de esta perspectiva, un déficit en habilidades de afrontamiento o control de estas situaciones se considera un factor de predisposición al juego problemático.



Teorías sobre el modelo de adicción

Se refiere a la consideración del juego patológico como un modelo de adicción sin sustancia química. Se considera la adicción como algo adquirido socialmente mediante condicionamiento operante, cuyos refuerzos pueden ser de naturaleza psicológica, fisiológica o social, y destaca tanto el papel de los factores cognitivos como la interrelación entre los mecanismos genéticos y la conducta (Millar, 1980).

Tabla 2.- Círculo vicioso de la dependencia del juego (Bombín, 1992)

<p>1. Factores psicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Frustración de reincidir (que se anula con una nueva reincidencia)- Pérdida progresiva de dinero (que induce a jugar para recuperar).- Adquisición de la “identidad de jugadora o jugador” (que induce a continuar). <p>2. Factores socioambientales:</p> <ul style="list-style-type: none">- Frecuencia del círculo de adictos.- Presión social al juego.- Factores condicionados al juego (amistades, locales, disfrute del ocio, etc.) <p>3. Factores fisiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Síndrome de abstinencia (intranquilidad e irritabilidad en caso de no poder jugar o al intentar reducir o dejar el juego).- Tolerancia (necesidad de aumentar el volumen o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación).
--

Teorías biológicas

Desde que el juego patológico empezó a reconocerse como un trastorno patológico, se empezaron a desarrollar diversas líneas de investigación neurobiológica en un intento de conocer sus mecanismos etiopatogénicos. En este sentido, destaca la investigación para esclarecer las bases neuroquímicas que se resumen a continuación:

1. La línea de investigación desarrollada a partir de las afinidades nosológicas del juego con otros trastornos en el control de los impulsos, que suponen la implicación de mecanismos serotoninérgicos.
2. Las teorías que señalan como fundamentales el arousal (nivel de activación) y el rasgo temperamental “búsqueda de sensaciones”, que sustenta la hipótesis de una alteración del sistema noradrenérgico.
3. Las hipótesis que hacen hincapié en la relación de la ludopatía con los trastornos adictivos, y que señalan la implicación de las vías dopaminérgicas.
4. Otras hipótesis con implicaciones etiopatogénicas como la que considera la ludopatía como un trastorno del estado de ánimo, o la que la incluye en el espectro obsesivo-compulsivo.

En el marco de la investigación neurobiológica, se está asistiendo en la actualidad a otra perspectiva de estudio, la genética, que intenta esclarecer el posible papel que algunos factores genéticos pueden tener como predisponentes en el desarrollo del juego patológico.

Cuadro 1.- Heurísticos y sesgos característicos en los juegos de azar (Fernández-Alba, 1999)

Heurísticos/sesgos	Definición	Ejemplos
Disponibilidad	El juicio sobre la probabilidad de un evento se realiza en función de la facilidad con la que tal suceso puede ser rescatado de la memoria. En tales "juicios de tipicidad se confunde lo que es más típico con lo que es más probable".	Es de esperar que, a través de la publicidad que se hace de los ganadores de lotería o del estruendo llamativo de una máquina recreativa cuando se gana, se recuerden mejor estos episodios de ganancias que los de pérdida y por ello se juzguen como más probables.
Representatividad	El juicio sobre la probabilidad de un evento se realiza estimando su similitud con la clase a la cual se supone pertenece ese ejemplar.	Este heurístico afecta al uso de sistemas en el juego, como por ejemplo apuntar los números de una lotería aparecidos en los días precedentes (Corney y Cummings, 1985)
Insensibilidad al tamaño muestral	Ley de los números pequeños, por la que se cree que las muestras pequeñas reflejan las características de la población de la que provienen. En definitiva, crea una dependencia entre eventos sucesivos que en principio son independientes.	En las carreras de caballos se usa la estrategia de apostar a los favoritos siempre y cuando éstos hayan ganado en las carreras previas. Piensan que los otros apostantes van a considerar esta situación como improbable, pues se espera que otros caballos, también favoritos, ganen; de manera que la apuesta inusual se convierte en una buena apuesta.
Falacia de la persona jugadora Tipo I	Creencia de que la probabilidad de un suceso futuro aumenta cuanto mayor es la racha anterior del suceso contrario.	Se dice que una máquina recreativa "está caliente" cuando lleva muchas jugadas sin dar premios. En la ruleta las personas jugadoras piensan que un cierto número está por salir cuando lleva mucho tiempo sin aparecer.
Falacia de la persona jugadora Tipo II	Creencia de que se puede detectar un número favorable a partir de un número de observaciones reducido.	Recuento de los números ganadores en la ruleta con el objetivo de detectar aquellos que aparentemente tienen una mayor probabilidad de aparición.
Estructura Del problema	El contexto en el que se estructura un problema determina la elección de estrategias	El hecho de que la mayoría de quienes juegan a blackjack considere este juego como un equipo deportivo determina la creencia en un esfuerzo conjunto para ganar; si éste no se produce, las oportunidades se reducen. El resultado es que la persona que juega atribuyen las pérdidas a los demás: "un mal jugador puede estropear el juego a los demás".
Ratificación del sesgo o sesgo confirmatorio	Búsqueda de información que sea consistente con el punto de vista de uno y menosprecio de la información opuesta.	Quien juega a la ruleta realiza una gran apuesta, únicamente, al número 24 porque éste siempre va precedido del 12, que acaba de salir. La ruleta comienza a moverse y sale el número 16; ante la pregunta de qué ha ocurrido, persona jugadora responde que casi gana porque en la ruleta el 16 y el 24 son números adyacentes. Probablemente, resultados como el 5, el 10 o el 33 también hubieran confirmado su creencia, ya que están muy cerca del 24.
Fijación en las Frecuencias absolutas	En la valoración del éxito se tiene en cuenta la frecuencia absoluta (cuánto se gana) más que la frecuencia relativa (balance entre pérdidas y ganancias).	Una persona que se describía a sí misma como suertuda comentaba que siempre ganaba a la lotería, a las quinielas, etc. analizando el dinero que había ganado en función de lo gastado, se comprobó que el gasto era superior a la ganancia; sin embargo, quien juega no había tenido en cuenta sus pérdidas.
Sesgos de la Información concreta	La información concreta, como la basada en recuerdos vívidos o incidentes llamativos, domina a la información abstracta, como los cálculos o los datos estadísticos.	Quienes juegan a blackjack perciben que usar procedimientos para contar las cartas no funciona, porque no tienen en cuenta la idiosincrasia de cada situación específica. La explicación es que las personas jugadoras tienen problemas para comprender la naturaleza probabilística de una estrategia basada en principios estadísticos. Para ellos una estrategia efectiva es aquella que funciona como tal en cada una de las situaciones individuales.
Correlación ilusoria. Pensamiento mágico	Variables que de acuerdo con algún tipo de idea estereotipada se consideran que cobrarían, cuando en realidad no es así.	Quien juega al bingo explica que tenía un rotulador de la suerte que sólo utilizaba para marcar ciertos números, tachando el resto con otro rotulador, ya que al de la suerte se le estaba acabando la tinta.
Inconsistencia Del proceso	Las personas presentan, algunas veces, una incapacidad para explicar una estrategia de juicio consistente a través de una serie de casos. Cuando dos modelos de predicción diferentes son usados como alternativa uno del otro, es posible crear la ilusión de	Quien juega, decide continuar o pararse a 15 puntos del As que posee el contrincante, puede tener en cuenta las cartas aparecidas con anterioridad, de manera que a cartas altas supuestamente le seguirían bajas, y viceversa o puede pensar en el orden de las

Heurísticos/sesgos	Definición	Ejemplos
	que los resultados son predecibles sin tener en consideración los modelos. De manera que los resultados siempre se podrán interpretar como una confirmación de alguno de los modelos.	cartas en la baraja. una carta alta confirma el modelo que consideraba el orden de la baraja. Una carta baja confirma el modelo que estaba basado en consideraciones probabilísticas a largo plazo. Cambiando de un modelo a otro, salga el resultado que salga, va a facilitar la creencia de que los resultados eran predecibles.
Extrapolación No lineal	Dificultad para estimar probabilidades juntas de eventos simples	Quien juega puede entender que la probabilidad de ganar una apuesta en ruleta al rojo o al negro es del 50%. Sin embargo resulta extremadamente difícil estimar la probabilidad después de 100 vueltas.
Confianza en los hábitos	La gente elige determinadas alternativas porque suele ser costumbre hacerlo así.	En la ruleta hay claros ejemplos (“el cinco, el dieciséis y vecinos”, “los cinco números”, “los diamantes mágicos”) que ponen de manifiesto cómo existen unos patrones de apuesta preferentes basados en la costumbre más que en el cálculo de probabilidades.
Justificabilidad	Se prefiere una regla que es justificable a otra para la cual no existe justificación evidente.	Cuando una persona jugadora decide pararse a 16 puntos del Siete que posee el contrincante, lo hace, a pesar de que la probabilidad de perder con 16 puntos es todavía mayor, porque el cálculo de la probabilidad de perder si continua jugando es más sencillo.
Reducción De la complejidad	Antes de la toma de decisión, los problemas complejos se reducen a problemas más sencillos.	Para quien juega a la lotería, la compleja estructura de ésta se reduce a que el precio del boleto sea razonable y a que la cantidad y la calidad de los precios sean adecuadas, sin tener en cuenta la relación entre ambos, el número de boletos vendidos o lo que se hace con los no vendidos.
Ilusión de control	La actividad que atañe a un resultado incierto puede por sí misma inducir en una persona sentimientos de control sobre dichos resultados.	La ruleta, el blackjack e incluso las máquinas recreativas con premio están diseñadas de forma que las jugadoras y jugadores deban tomar constantemente decisiones, desarrollándose así la sensación de estar influyendo en el resultado.
Estructura de Aprendizaje sesgadas	Los resultados observados pueden producir una Información incompleta acerca de otras predicciones.	A partir de un cierto resultado se pueden evaluar los efectos del juego, mientras que se eluden los del no juego
Atribución flexible	Tendencia a atribuir los éxitos a las habilidades propias y los fracasos a influencias de otro tipo.	La aparición de un evento fortuito en un partido de fútbol es considerado como el responsable del resultado negativo.
Perder por poco	Perder por poco es un signo alentador que confirma la estrategia de quien juega y aumenta la esperanza de que el premio está próximo.	Al perder por poco, la persona jugadora pensará que su suerte está cambiando, ya que el premio está cerca.
Diferencia entre el Azar y la suerte	Azar: alude a la falta de conocimiento sobre la causa de un evento. Suerte: afecta a los resultados de forma personal.	Quien juega puede creer que se pierde más que se gana, pero en su caso ese dato estadístico no se puede aplicar ya que es su día de suerte.
Sesgos de las explicaciones post hoc O sesgo retrospectivo	Retrospectivamente, las personas no se sorprenden Por lo ocurrido e incluso creen que predijeron el resultado.	Las pérdidas son percibidas como resultados erróneos, estas por alguna inesperada razón no se ajustan a la predicción correcta, por lo que las pérdidas no son interpretadas como una refutación de sus modelos de predicción.

1.3.-CONTEXTO LEGAL

A lo largo de la historia, el juego ha supuesto un problema que se ha intentado regular y contener con distintas legislaciones.

Las distintas reglamentaciones jurídicas parecen responder a tres fines:

1. El deseo del Estado de controlar y, por tanto, de lucrarse, de los importantes

beneficios que el juego genera. Para aumentar estos beneficios se aprueban nuevos juegos y se potencian los ya existentes.

2. Intentar proteger a la población en general de las consecuencias nocivas asociadas al juego e impedir a los menores el acceso al mismo.

3. Prestar atención sanitaria especializada, si se precisa, para el abandono de la dependencia y la prevención de enfermedades asociadas.

La evolución legislativa del juego

El primer juego regulado fue la denominada Lotería Primitiva, creada en 1763. En 1812 se modifica el sistema instaurándose la llamada Lotería Moderna – Lotería Nacional, coexistiendo ambas modalidades hasta 1862, en que se prescinde de la Primitiva.

Por Real Decreto 904/1985, de 11 de junio, se constituye el Organismo Nacional de Loterías y Apuestas del Estado, con el objetivo de asumir las funciones del servicio Nacional de Loterías e integrar el Servicio de Apuestas Mutuas Deportivo-Benéficas.

Por Real Decreto 1360/1985, de 1 agosto, se restablece la Lotería Primitiva o Lotería de Números. Por resolución de 1 de agosto de 1991, se aprueban las normas que han de regir los concursos pronósticos de la Lotería Primitiva y sus modalidades.

Con respecto a la quiniela de fútbol, por Decreto-Ley de 12 de Abril de 1946 se crea el Patronato de Apuestas Mutuas Deportivo-Benéficas.

Con la Orden de 28 de marzo de 1935 se aprueba el reglamento de las Carreras de Galgos con apuestas mutuas.

El Real Decreto-Ley 16/1977, del 25 de febrero, regula los aspectos penales, administrativos y fiscales de los juegos de suerte, envite o azar y apuestas. A partir de este documento, se regula por Real Decreto 877/1987, de 3 de julio, el Reglamento de Máquinas Recreativas y de Azar.

Con Orden de 9 de enero de 1979 se aprueba el reglamento del juego del Bingo.

El Real Decreto 593/1990, de 27 de abril, plantea un tratamiento diferenciado del régimen jurídico de las máquinas recreativas con y sin premio en metálico y hace más estricto el procedimiento de homologación de las mismas.

La resolución de 26 de febrero de 2004, de Loterías y Apuestas del Estado, aprueba las normas que rigen los concursos de pronósticos del juego común europeo (Euromillones) como modalidad de Lotería Primitiva.

El Real Decreto 716/2005, de 20 de junio, restablece el funcionamiento de apuestas hípcas externas en el ámbito nacional y se autoriza su explotación a la entidad pública empresarial Loterías y Apuestas del Estado. Por resolución de 26 de septiembre de 2005, se aprueban las normas que han de regir los concursos de pronósticos sobre carreras de caballos.

El Real Decreto 1336/2005, de 11 de noviembre, autoriza a la ONCE la explotación de una lotería instantánea o presorteada (Rasca y Gana).

La resolución de 22 de julio de 2005, de Loterías y Apuestas del Estado, aprueba las normas que han de regir la modalidad de concursos de pronóstico de las apuestas deportivas (El Quinigol).

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, recoge la atención a conductas adictivas, incluyendo la detección, la oferta de apoyo sanitario especializado si se precisa, para el abandono de la dependencia y la prevención de enfermedades asociadas.

Legislación del juego en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

El artículo 13.33 de la Ley Orgánica 6/1981, de 30 de septiembre, de Estatuto de Autonomía para Andalucía, establece: “La Comunidad Autónoma de Andalucía tiene competencias exclusivas sobre las siguientes materias: casinos, juegos y apuestas, con exclusión de las Apuestas Mutuas Deportivo-Benéficas”.

Dicha competencia se materializó posteriormente por el Real Decreto 1710/1984, de 18 de julio, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Andalucía en materia de Casinos, Juegos y Apuestas.

En 1986 el Parlamento de Andalucía aprobó la “Ley del Juego y Apuestas de la Comunidad Autónoma de Andalucía”, Ley 2/1986, de 19 de abril.

El Decreto 167/1987, de 1 de julio, aprueba el primer Catálogo de Juegos y Apuestas, este se amplía en el Decreto 385/1996, de 2 de agosto, y sufre una modificación en el Decreto 170/1999, de 1 de julio.

El Decreto 229/1988, de 31 de mayo, aprueba el Reglamento de Casinos de Juego.

El Decreto 325/1988, de 22 de noviembre, aprueba el Reglamento de Rifas, Tómbolas y Combinaciones Aleatorias.

El Decreto 295/1995, de 19 de diciembre, aprueba el Reglamento de Hipódromos y Apuestas Hípicas.

El Decreto 513/1996, de 10 de diciembre, aprueba el Reglamento del Juego del Bingo.

En el Decreto 410/2000, de 24 de octubre, se crea el Registro de Control e Interdicciones de acceso a los establecimientos dedicados a la práctica de los juegos y apuestas y se aprueba su Reglamento, el cual pretende regular el control de entrada en dichos establecimientos y hacer efectivas las prohibiciones de acceso.

El Decreto 10/2003, de 28 de enero, aprueba el Reglamento General de la Admisión de Personas en los establecimientos de espectáculos públicos y actividades recreativas.

El Decreto 250/2005, de 22 de noviembre, aprueba el Reglamento de Máquinas Recreativas y de Azar.

Orden del 6 de abril de 2006, por el que se aprueba el modelo de guía de circulación de Máquinas Recreativas y de Azar para el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994/1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.
- Arnold P. (1978). *The enciclopedia of gambling*. London: Collins.
- Barroso Benitez, C. (2003): *Las bases sociales de la ludopatía*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Bergler E. (1957). *The psychology of gambling*. New York: Hill and Wang.
- Bland RC, Newman SC, Orn H, Stebelsky G. (1993). Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Can J Psychiatry*; 38/2: 108-112.
- Blaszczynski, A. P., Wilson, A. C. y McConaghy, N. (1986). *Sensation Seeking and Pathological Gambling*. *British Journal of Addictions*, 81: 113-117.
- Bombín, B. (1992): *El juego de azar. Patología y Testimonios*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Castellani B., Rugle L. (1995). *A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking, and craving*. *Int J Addict*; 30/3: 275-289.
- Corney, W.J. y Cummings, W.T. (1985), *Gambling behaviour and information processing biases*, *Journal of Gambling Behaviour*, 1, 111-118.
- Cummings, C., Gordon, J.R. y Marlatt, G.A. (1980). Relapse: Prevention and prediction, en W.R. Miller (ed.), *The addictive behaviors*. Oxford: Pergamon Press.
- Custer RL. (1982). An overview of compulsive gambling. En : Carone PA., Yulles SF, Kieffer SN, Etal S, (eds.). *Addictive disorders update: alcoholism, drug abuse, gambling*. New Cork: Human Sciences Press.
- Custer, RL. (1984). Profile of the Pathological Gambler. *J Clin Psychiatry*; 45: 35-38.
- Drummond DL, Tiffany ST, Glautier S, Remington B. (1995). Cue exposure in understanding and treating addictive behaviour. En : Drummond DL, Tiffany ST, Glautier S, Remington B., eds. *Addictive Behaviour*. New York: John Wiley & Sons; 1-20.
- Fernández-Alba, A.; Labrador, F. J.; Rubio, G.; Ruiz, B.; Fernández, O. y García, M. (2000). *Análisis de las verbalizaciones de jugadores patológicos mientras juegan en máquinas recreativas con premio: estudio descriptivo*. *Psicothema*, 12 (4), 654-660.
- Fernández-Alba, A. y Labrador, F. (2002). *Juego patológico*. Madrid: Síntesis.
- Fernández-Alba, A. (1999). *Tratamiento psicológico del juego patológico en jugadores de máquinas recreativas con premio*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Tesis Doctoral.
- Fleming, A.M. (1978): *Something for nothing: A history of gambling*. Nueva York: Delacorte Press.
- Freud, S. (1948). *Obras completas*. Madrid, Biblioteca Nueva.
- Goldstein L. (1994). *Addiction*. New York: WH Freeman and Company.
- Goodman A.(1990). *Addiction: definition and implications*. *Br J Addict*; 85:1403-1408.
- Hantouche E, Merckaert P. (1991). *Nosological classifications of obsessive-compulsive disorder*. *Ann Med Psychol Paris*; 149 (5): 393-408.

2 - EPIDEMIOLOGÍA

Autora:
Ana M^º Domínguez Álvarez

2.1.- PREVALENCIA DEL JUEGO PATOLÓGICO

Siempre que se estudia un problema social o de salud, se hace necesario conocer su prevalencia. El hecho de saber a cuántos sujetos afecta, así como a qué tipo de población, nos orienta a poner en marcha adecuados programas de prevención y tratamiento.

Los distintos estudios en varios países han ido observando un incremento de la patología del juego, paralelo al número de apuestas en el juego legalizado en las últimas décadas. Este incremento afecta a la población en general, independientemente del sexo, raza, cultura y nivel socioeconómico. Sin embargo, hay una preocupación generalizada sobre la elevada incidencia de juego patológico en población de riesgo como jóvenes por lo que se insiste en la necesidad de programas educativos. Los expertos señalan que el aumento de juegos legalizados junto con la facilidad para jugar y la publicidad, han repercutido en la incidencia de este trastorno, ya que a más oferta de juego, más oportunidad de jugar y mayor número de personas jugadoras patológicas. Estos aspectos favorecedores de la conducta de jugar, son los mismos que tenemos en nuestro país y en cambio hasta no hace muchos años había muy poca información sobre el alcance y la gravedad del problema (González y otros, 1990; 1992; Becoña, 1991; Legarda, Babio y Abreu, 1992).

En ese sentido, Estados Unidos ha sido el país que durante muchos años ha tenido un mayor conocimiento de este trastorno y los estudios epidemiológicos realizados hasta el momento ofrecían información sobre los siguientes aspectos:

- 1) Incidencia del juego patológico y las características demográficas de las jugadoras y jugadores patológicos en población general, en centros de tratamiento y en Jugadores Anónimos.
- 2) Juego patológico en población joven.
- 3) Preferencias de juego del conjunto de las personas adictas al juego en población general, en centros de tratamiento y en Jugadores Anónimos.
- 4) Repercusión del juego patológico en la familia, en el trabajo y en la economía.
- 5) Juego patológico y conducta delictiva.
- 6) Trastornos psiquiátricos en el juego patológico.

El primer estudio sobre la incidencia de juego patológico en población general, se realizó en 1974. Esta investigación determinó que en EEUU existían 1,1 millones de "probables jugadores compulsivos" y un total de 3,3 millones de "potenciales jugadores compulsivos", lo que representaba el 0,77% y el 2,33%, respectivamente, de la población adulta (Kallick y otros, 1979).

Posteriormente, se realizaron investigaciones más sistemáticas en diferentes estados de EEUU y Canadá. Pasando los siguientes estudios a unificar la utilización del South Oaks Gambling Screen (SOGS) (Lesieur y Blume, 1987) como medida del problema facilitando la comparación de los datos obtenidos en diferentes investigaciones, y unificando criterios para los conceptos de personas con problemas de juegos y con patología.

En España, Becoña (1991) realizó un estudio epidemiológico en población general con una muestra de 1.615 sujetos mayores de 18 años y residentes en las siete mayores ciudades de Galicia. Los resultados obtenidos, a partir de los criterios DSM-III-R para juego patológico, fueron que un 1,73% de los sujetos eran jugadores patológicos y un 1,60% jugadores problema. Estos datos no pueden compararse con los estudios mencionados anteriormente, ya que no se utilizaron los mismos instrumentos de evaluación. Por su parte, Legarda y cols. (1992), realizaron un estudio de prevalencia de juego patológico en la ciudad de Sevilla, utilizando el SOGS (Lesieur y Blume, 1987). Sus resultados indican que un 1,7% de la población son probables jugadores patológicos y un 5,2% jugadores problema.

Con respecto a las características demográficas del colectivo de jugadores patológicos en comparación con la población general comentar que a partir de los estudios epidemiológicos antes comentados, realizados en EEUU y Canadá, surge un perfil bastante común de la persona jugadora patológica. En mayor proporción que entre la población general, los jugadores patológicos y problema detectados eran varones, menores de 30-35 años, solteros, de raza no blanca, que ganaban 25.000 dólares o menos al año, que no habían concluido sus estudios secundarios y con mayor tasa de desempleo que la población general. No obstante, Volberg y Steadman (1989), no hallaron diferencias significativas entre el grupo de jugadores patológicos y la población general, respecto a las variables edad, nivel de ingresos y nivel educativo. Por el contrario, Ladouceur (1991) halló una mayor proporción de jugadores patológicos con los estudios concluidos.

Los datos obtenidos por Becoña (1991) mostraban un perfil que se caracterizaba por una mayor proporción de hombres, con una edad comprendida entre 18 a 30 años y con un nivel de escolarización bajo (leer y escribir). Legarda y cols. (1992), mostraban a su vez el siguiente perfil de jugador patológico: hombre, de una edad comprendida entre 31 y 57 años, casado, con estudios primarios, con trabajo fijo y con unos ingresos anuales entre 1 y 2 millones de pesetas.

Hasta el presente, se han realizado varios estudios sobre la prevalencia del juego patológico en España, como mostramos en la tabla 1. Como se ve en el resumen de estudios que se presenta en la misma, la prevalencia oscila del 1.4 % al 1.9 %. Según Becoña (1999), "de estos datos y extrapolando los de otros países semejantes, llevaron a Becoña, Labrador, Echeburúa, Ochoa y Vallejo (1995) a estimar la tasa de jugadores patológicos en España de 18 o más años en un 1.5 % y la de los jugadores problema en un 2.5 %, siempre considerando estos porcentajes conservadores. Esto significaría que el número de jugadores patológicos sería de 450.000 y el de jugadores problema de 750.000. La prevalencia de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras estaría sólo para ellos, entre el 1.2 % y el 1.3 %; esto significaría que unas 350.000 personas serían jugadores patológicos de máquinas tragaperras" (Becoña, 1999, 3).

Tabla 1.- Estudios de prevalencia del juego patológico en España

Estudio	N	Jugador patológico	Jugador problema	Muestra
• Cayuela (1990)	1230	2,5%		Representativa de Cataluña
• Becoña (1991, 1993)	1615	1,7%	1,6%	Representativa de 7 ciudades ppales Galicia
• Legarda, Babio y Abreu (1992)	598	1,7%	5,2%	Representativa ciudad de Sevilla
• Becoña y Fuentes (1994)	1028	1,4%	2,0%	Representativa de Galicia
• Irurita (1996)	4977	1,7%	3,3%	Representativa de Andalucía
• Tejeiro (1998)	419	1,9%	3,8%	Representativa de Algeciras
• Salinas (2002)	4997	1,7%	4,2%	Representativa de Andalucía

Seguindo a Becoña (1999), las características descriptivas más importantes de los jugadores patológicos (Becoña, 1993; 1995; Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1994; García, Díaz y Aranda, 1993; Legarda et al., 1992; Ochoa y Labrador, 1994; Jiménez y Fernández de Haro, 1999), sobre todo referidas a características sociodemográficas, son las siguientes:

- Hay dos hombres por cada mujer jugadora patológica.
- Predominan los jugadores patológicos entre los más jóvenes (el 40 % de todos tiene entre 18 y 30 años).
- Tienen menor nivel educativo.
- Hay aproximadamente la misma cantidad de personas solteras que de casadas.
- Tienen menos ingresos económicos.
- Su ocupación laboral es semejante a la del resto de la población no jugadora. No existe, por tanto, un patrón característico de asociación entre una determinada profesión y un mayor nivel de juego. Sin embargo, los más castigados socialmente por los problemas de juego, dada su situación social, personal y económica, son las amas de casa, los parados, los jubilados y los que tienen empleos eventuales, aun cuando el juego afecta a todas las clases sociales.
- Juegan predominantemente a las máquinas tragaperras (en el 75 % de los casos es el juego predominante).
- Cuanto mayor es la ciudad de residencia, mayor es el número proporcional de personas jugadoras patológicas.

Los que acudían a tratamiento eran fundamentalmente varones (relación 10 a 2), en torno a 40 años de media de edad, casados (70 %), con estudios primarios (90 %), la mitad con trabajo

fijo y con bajos ingresos económicos. Y estos datos eran semejantes a los indicados en otros países, como por ejemplo Estados Unidos (Volberg, 1993) o Canadá (Ladouceur, 1991), en estudios realizados en la población general. De igual modo, los resultados que existen sobre los jugadores patológicos que acuden a tratamiento en España, a los que hacíamos referencia anteriormente (Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1994; García, Díaz y Aranda, 1993; Legarda y otros, 1992; Jiménez y Fernández de Haro, 1999), son también semejantes a los encontrados sobre las personas que acuden a tratamiento en otros países (Volberg y Steadman, 1988).

Pero si el juego patológico es un grave problema en adultos no lo es menos en jóvenes y adolescentes (Secades y Villa, 1998). Los estudios realizados en otros países demuestran una alta prevalencia del trastorno del juego patológico en jóvenes. En España únicamente disponemos de los estudios parciales de Becoña y Gestal (1996) y Villa, Becoña y Vázquez (1997) y Becoña (1997). Becoña y Gestal (1996) y Villa y otros (1997), utilizaron el DSM-IV-J para adolescentes (Fisher, 1993). Y en el estudio de Becoña (1997) se utilizó el SOGS-RA de Winters, Stinchfield y Fuklerson (1993), que es la versión del SOGS para adolescente. En dos de los estudios se encontraron prevalencias por encima del 2%, es decir mayores que las de los adultos y sólo en uno de ellos se igualó aproximadamente la prevalencia (1,7%), algo no obstante destacable por darse en menores de edad, que en principio ni podían jugar legalmente (Becoña 1999).

La investigación en el campo de la ludopatía, ha sido también apoyada desde las Asociaciones. Como ejemplo de ello se encuentran los estudios epidemiológicos realizados por FAJER (Federación Andaluza de Asociaciones de Jugadores Rehabilitados) sobre la incidencia del Juego Patológico en Andalucía en los años 1993 y 2002.

2.2.- CLASIFICACIÓN DEL DSM-IV Y CIE-10

Como veíamos anteriormente, el juego patológico se halla categorizado en el DSM-IV (APA, 1995) dentro de los trastornos del control de los impulsos, donde como grupo, comparte una serie de características con los otros trastornos:

a- dificultad para resistir un impulso, deseo o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino o perjudicial para el propio individuo o para los demás. El individuo puede ofrecer o no una resistencia consciente a dicho impulso, y la realización del acto en sí puede o no ser premeditada y planificada

b- antes de cometer el acto, en general la persona percibe una progresiva sensación de malestar emocional, en forma de tensión o activación interior

c- durante la realización del acto, la persona experimenta placer, gratificación o liberación. Esta característica supone, por sí misma, que el acto es egosintónico, ya que concuerda con los deseos conscientes inmediatos del sujeto (en contraste con los síntomas compulsivos)

d- y después de realizar el acto pueden o no aparecer sentimientos negativos como arrepentimiento, auto reproches, culpa, vergüenza o remordimientos, cuando se consideran sus consecuencias.

Por su parte, el DSM-IV sigue considerando, como el DSM-III-R, que los problemas con el juego pueden observarse en individuos con trastorno antisocial de la personalidad, y si se cumplen los criterios para los dos trastornos, deben diagnosticarse ambos. Sin embargo, a diferencia del DSM-III-R, incluye en sus criterios la exclusión del diagnóstico de juego patológico cuando dicho comportamiento aparece sólo durante un episodio maniaco.

Con respecto a la OMS, comentar que no se hacía referencia específica a este trastorno en la CIE-9. Si tuviéramos que codificar este trastorno según la CIE-9, quedaría incluido dentro del apartado «trastorno compulsivo de la conducta».

Por tanto, según la DSM-IV, para el diagnóstico de juego patológico, se considera necesario que la persona se vea afectada por, al menos, cinco de los criterios representados en el cuadro 1.

Cuadro 1.- Criterios para el diagnóstico del juego patológico (DSM-IV)

- A- Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:
- 1.- preocupación por el juego (p. ej. Preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar)
 - 2.- necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado
 - 3.- fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego
 - 4.- inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego
 - 5.- el juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión)
 - 6.- después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de “cazar” las propias pérdidas)
 - 7.- se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego
 - 8.- se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego
 - 9.- se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego
 - 10.- se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego
- B- El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maniaco.

Y según la CIE-10 (OMS, 1992), los criterios diagnósticos son algo diferentes, considerándose necesario que aparezcan los siguientes factores (Ver cuadro 2).

Cuadro 2.- Criterios para el diagnóstico del juego patológico (CIE-10)

1. Tres o más periodos de juego durante un periodo de al menos 1 año.
2. Continuación de estos episodios a pesar del malestar emocional y la interferencia con el funcionamiento personal en la vida diaria.
3. Incapacidad para controlar las urgencias para jugar, combinado con una incapacidad de parar.
4. Preocupación por el juego o las circunstancias que lo rodean.

Pueden observarse algunas diferencias si se comparan los criterios diagnósticos propuestos en la CIE-10 con los del DSM-IV: a) la CIE-10 exige el cumplimiento de todos los criterios enumerados, en total cuatro, mientras que en el DSM-IV se requieren cinco criterios de un total de diez; b) en la CIE-10 se establece un criterio temporal que exige un período mínimo de un año, en el que deben constatarse además dos o más episodios de juego con las características descritas en el resto de los criterios, y c) en la CIE-10 no se incluye ningún criterio de exclusión, mientras que el DSM-IV considera excluyente el episodio maníaco.

Además de considerar al juego patológico como un trastorno mental, sujeto a determinados criterios diagnósticos, esta problemática puede abordarse desde algunas formas de juego que no constituyen un trastorno mental (los veremos a continuación en la tipología de los jugadores): a) juego social, tiene lugar entre amistades, su duración es limitada, y con pérdidas aceptables que se han determinado previamente; b) juego profesional, el juego no es una actividad lúdica, sino una forma de ganarse la vida. Los riesgos son limitados y la disciplina es un elemento primordial. Algunas personas presentan problemas asociados al juego pero no cumplen todos los criterios para el juego patológico, y c) juego problemático, en el que se evidencia un aumento en la cuantía de las apuestas y en la frecuencia de éstas, así como en el tiempo dedicado al juego, e incluso es probable que el sujeto incremente su implicación en el juego coincidiendo con algún acontecimiento vital estresante.

2.3.- TIPOLOGÍA DE LA PERSONA JUGADORA

En la aproximación al estudio de los diversos tipos de personas jugadoras se ha tratado de poner de manifiesto aspectos diferenciales como rasgos de personalidad, frecuencia de la conducta de juego, motivaciones y consecuencias, entre otros. Las diferentes tipologías hacen hincapié en cada uno de estos aspectos en mayor o menor medida. (Morán, 1970; Kusyszyn, 1978; Custer y Milt, 1985; McCormick y Taber, 1987; González, 1989; Moody, 1990).

En el cuadro 3 se presentan los autores principales y las tipologías así como los fundamentos de las mismas.

Cuadro 3.- Tipos de personas jugadoras según distintos autores.

Autores	Criterios	Tipos de jugadores
Morán (1970)	De mayor a menor frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> * Neurótico * Psicopático * Impulsivo * Subcultural * Psicótico
Kusyszyn (1978)	Cuatro factores: - Ganancia o pérdida de dinero - Tiempo dedicación - Existencia de personas afectadas negativamente - Tipo de sentimientos hacia su conducta	16 Tipos resultantes de la combinación de los 4 factores
Custer y Milt (1985)	Atendiendo a las motivaciones	Dentro de los jugadores con problemas: - “social serio” y - “de alivio y escape” <ul style="list-style-type: none"> • “explosivo” • “tranquilo”
McCormick y Taber (1987)	En base a características psicológicas y sociales	<ul style="list-style-type: none"> * Caract. obsesivo - compulsivas, depresión endógena, traumas, abuso drogas y bien socializado * Compulsividad relativamente elevada, ansiedad y depresión moderadas, abuso alcohol moderado y baja socialización * Alta compulsividad, hostilidad más que depresión, moderados traumas y muy baja socialización
González (1989)	Atendiendo a las motivaciones y a las consecuencias	<ul style="list-style-type: none"> * Social * Profesional * Patológico
Moody (1990)	Atendiendo al tiempo, motivaciones, control y consecuencias	<ul style="list-style-type: none"> * Serio * Dependiente * Compulsivo
Ochoa y Labrador (1994)	En base al tipo de conducta y a todo lo que la rodea	<ul style="list-style-type: none"> * Sociales * Profesionales * Problemas * Patológicos

Entre todas las clasificaciones, la propuesta por Ochoa y Labrador (1994) es la que más se aproxima a la que se sigue manejando actualmente tanto en cuanto que centra el foco en la conducta desplegada por el jugador y los efectos socioambientales y familiares que pueden generar. Según estos autores, el Jugador Social sería el que juega ocasional o regularmente a juegos populares o legalmente permitidos, siempre por entretenimiento, diversión, etc, siendo su característica principal el control sobre esa conducta de juego, es decir, puede interrumpirla cuando lo desee. Las personas que juegan profesionalmente serían las que viven del juego, que apuestan de la forma más racional, intentando no dejar nada al azar, para lo que participa en juegos donde es importante la habilidad o hace trampas para ganar. La persona jugadora Problema, se caracterizaría por jugar frecuente o diariamente, con un gasto habitual de dinero y tendría menos control de sus impulsos que el jugador social, aunque suele llevar una vida normal, tanto familiar como laboral. Suelen ser personas con alto riesgo de convertirse en jugador patológico, si se les va de las manos el aumento de tiempo empleado en jugar y el gasto de dinero principalmente. Y por último el Jugador Patológico sería aquel que tiene una dependencia emocional del juego, y por lo tanto una pérdida de control con respecto al juego y una interferencia en el funcionamiento normal de la vida diaria. La frecuencia de juego así como la cantidad de tiempo y dinero invertidos son muy altas. Existe en él una necesidad subjetiva de jugar para recuperar lo perdido y el fracaso continuo en el intento de resistir los impulsos de jugar. Suelen ser frecuentes los pensamientos distorsionados o irracionales como el optimismo irracional y el pensamiento supersticioso.

Finalmente, comentar que dentro del que llamaríamos persona jugadora patológica, podrían darse diferentes características, cambiantes en el tiempo por la propia evolución de la sociedad, pero centrándonos en el perfil actual del mismo, tendríamos un hombre en torno a los 30 años, casado y con dos hijos, con un nivel de estudios medios, activo y por tanto con ingresos propios.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (APA) (1995). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Becoña, E. (1991). La prevalencia del juego patológico en Galicia (España). Santiago de Compostela: Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia y Universidad de Santiago de Compostela.

Becoña, E. (1993). El juego compulsivo en la comunidad autónoma gallega. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia.

Becoña, E. (1995). Tratamiento del juego patológico. En Buceta J.M, Bueno A.M. Tratamiento Psicológico de hábitos y enfermedades (pp 249-278). Madrid: Pirámide.

Becoña, E. (1997). Pathological gambling in Spanish children and adolescents: An emerging problem. Psychological Reports, 81, 275-287.

Becoña, E. (1999). Evaluación y Tratamiento del Juego Patológico. Ponencia en VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su enfoque comunitario. Cádiz: Diputación de Cádiz.

Becoña E., y Fuentes, M. (1995). Juego patológico en Galicia evaluado por el SOGS. Adicciones, 7(4), 423-440.

Becoña, E. y Gestal, C. (1996). El juego patológico en niños del 2º ciclo de EGB. Psicothema, 8,13-23.

Becoña, E., Labrador, F., Echeburúa, E., Ochoa, E., y Vallejo, M.A. (1995). Slot-machine gambling in Spain: An important and new social problem. *Journal of Gambling Studies*, 11, 265-286.

Custer, R. y Milt, H. (1985). *When luck runs out. Help for compulsive gamblers and their families*. New York: Facts on File Publications.

Echeburúa, E., Báez, C. y Fernández Montalvo, J. (1994). Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20: 617-643

Fisher, S. (1993). Gambling and pathological gambling in adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 9, 277-288.

García, J.L., Díaz, C., y Aranda, J.A. (1993). Trastornos asociados al juego patológico. *Anales de Psicología*, 9, 83-92.

González, A. (1989). *Juego patológico: una nueva adicción*. Madrid: Canal Comunicaciones, S.A.

González Ibáñez, A.; Pastor, C.; Mercadé, P.V.; Aymaní, N. (1990). Un programa de modificación y terapia de conducta para el tratamiento del juego patológico. Libro de ponencias *Socidrogalcohol*, 1990. Jornadas Nacionales. Barcelona.

González Ibáñez, A.; Mercadé, P.V.; Aymani, N.; Pastor, C. (1992). Clinical and

Behavioural Evaluation of Pathological Gambling in Barcelona, Spain. *Journal of Gambling Studies*, Vol. 8 (3), 299-310.

Irurita, I.M. (1996). *Estudio sobre la prevalencia de los jugadores de azar en Andalucía*. Sevilla: Comisionado para la droga de la Junta de Andalucía.

Jiménez Rodríguez, J. y Fernández de Haro, E. (1999). Estudio de algunas variables sociodemográficas relevantes en jugadores patológicos que acuden a tratamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25 (99), 51-80.

Kallick, M.; Smits, D.; Dielman, T.; Hybels, J. (1979). A survey of gambling attitudes and behavior. *Ann. Arbor, MI: Institute for social research*.

Kusyszyn, I. (1978). "Compulsive" gambling: The problem of definition. *International Journal of Addictions*, 37, 1095-1101.

Ladouceur, R. (1991). Prevalence of pathological gamblers in Quebec, Canadá. *Canadian. Journal of Psychiatry*, forthcoming.

Legarda, J.J.; Babio, R; Abreu, J.M. (1992). Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *British Journal of Addiction*, 87, 767-770.

Lesieur, H.R.; Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gamblin Screen (The SOGS): A new instrument for screening pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 114, 1184-1188.

McCormick, R.A. y Taber, J.I. (1987). The pathological gamblers: Salient personality variables. En: T. Galski (Ed.), *The handbook of pathological gambling*, pp. 9-39. Springfield, Ill: Charles C. Thomas Publisher.

Moody, G. (1990). *Quit compulsive gambling*. Wellingborough, U.K.: Thorsons Publ. Ltd.

Moran, E. (1970). Varieties of pathological gambling. *British Journal of Psychiatry*, 116, 593-597.

Ochoa, E. y Labrador, F.J. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza&Janés.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento.

Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra.

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

Villa, A., Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1997). Juego patológico con máquinas tragaperras en una muestra de escolares de Gijón. Adicciones, 9, 195-208.

Volberg, R. A. (1993). Estimating the prevalence of pathological gambling in the United States. En W.R. Eadington y J.A. Cornelius (Eds.), Gambling behavior & problem gambling (pp. 365- 378). Reno, NE: Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming.

Volberg, R.A. y Steadman, H. (1988). Refining prevalence estimate of pathological gambling. American Journal of Psychiatry, 145, 4, 502-505.

Volberg, R.A. y Steadman, H. (1989). Prevalence estimate of pathological gambling in New Jersey and Maryland. American Journal of Psychiatry, 146, 12.

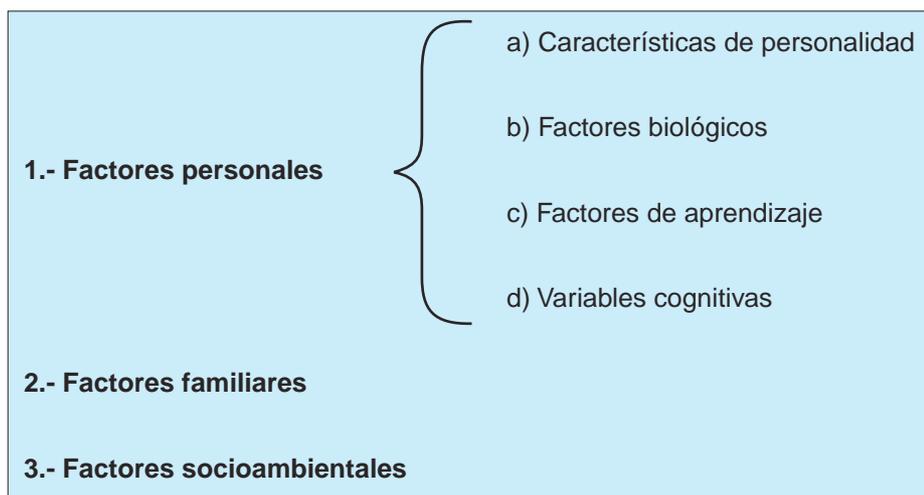
Winters, K.C., Stinchfield, R.D. y Fuklerson, J. (1993). Patterns and characteristics of adolescent gambling. Journal of Gambling Studies, vol 9(4), 371-386.

3 - FACTORES IMPLICADOS EN EL JUEGO PATOLÓGICO

Autora:
Ana M^a Domínguez Álvarez

3.1.- FACTORES PREDISPONENTES O DE RIESGO

Entre los factores predisponentes o de riesgo (factores generadores o reforzadores de la conducta de juego y que a su vez pueden ser predictores de la misma) que podemos encontrar en el inicio de la conducta de juego nos encontramos entre otros, con factores personales, familiares y socioambientales (EDIS, 2003; Garrido, Jaén y Domínguez, 2004).



3.1.1.- FACTORES PERSONALES

Se corresponderían con las características que posee la persona y que le predisponen a utilizar el juego como una vía de escape a sus problemas, tanto de estado de ánimo, ansiedades, búsqueda de sensaciones y ocupación del tiempo, otro tipo de adicciones, etc.

A continuación nos centraremos en los que más destacan.

A) CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

Según Secades y Villa (1998), desde la perspectiva de los rasgos generales de la personalidad, aunque los resultados de los estudios que han tratado de identificar los rasgos generales que caracterizan a los jugadores patológicos son contradictorios, se consideraría que los jugadores patológicos tienden a presentar un alto nivel de neuroticismo y de extraversión. No obstante, como no se puede sustentar de forma adecuada, no se puede identificar dimensiones generales de personalidad en los jugadores que los caractericen y diferencien (Lesieur y Rosenthal, 1991; Ochoa y Labrador, 1994; Robert y Botella, 1994). Sin embargo, se han analizado factores más específicos como predisponentes de la conducta de juego (o por lo menos relacionados, ya que al realizarse los estudios sobre personas que ya poseían la adicción al juego, sería difícil establecer si las características de personalidad han facilitado el desarrollo de la adicción o son consecuencia de ésta), como podría ser la “búsqueda de sensaciones” (Zuckerman, 1979).

B) FACTORES BIOLÓGICOS

Desde las teorías biológicas, un nivel de activación anormal es el responsable del mantenimiento de la conducta de juego. Según Jacobs (1986), dentro de la Teoría General de las Adicciones, en el Síndrome de Personalidad Adictiva (APS), las personas con alteraciones crónicas de la activación psicológica (aunque también con alteraciones de activación psicofisiológica, influida por la psicológica), son las que corren mayor riesgo de adquirir dependencia, lo que conllevaría el alivio de esa situación de estrés crónico.

C) FACTORES DE APRENDIZAJE

La exposición al juego, así como el aprendizaje de la conducta de juego mediante el modelado por parte de las madres y padres o personas cercanas a la persona se corresponden con uno de los factores predisponentes. No obstante, siempre debemos tener en cuenta la interacción de estos factores con otros a la hora de explicar la aparición de este trastorno (Robert y Botella, 1994).

D) VARIABLES COGNITIVAS

Para las teorías cognitivas, como la Teoría Racional Emotiva (RET) de la Adicción o la de Percepción Ilusoria de Control, existen ciertas alteraciones cognitivas que influyen en el inicio y mantenimiento de la conducta de juego o son agravadas por ésta. Se establecen pensamientos irracionales, distorsionados y erróneos, que llevan a asumir más riesgos, desarrollando una cierta ilusión o percepción de control sobre el resultado del juego (Echeburúa, 1992).

Ejemplos de factores de riesgo personales serían entre otros (EDIS, 2003):

- Sensación de no poder superar dificultades
- Pérdida de la confianza en sí mismo
- Insatisfacción en su vida actual
- Insatisfacción en los estudios o trabajo
- Sensación de agobio o tensión

3.1.2.- FACTORES FAMILIARES

Entre los factores familiares que parecen ser de riesgo o predisponentes al juego, nos encontramos según la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA, 1995) entre otros con una disciplina familiar inadecuada, inconsistente o excesivamente permisiva, la exposición al juego durante la adolescencia, la ruptura del hogar, unos valores familiares apoyados sobre símbolos materiales y financieros, la falta de planificación y el despilfarro familiar, etc. También parece ser predisponente el tener padres con personalidad inestable, muy competitivos y enérgicos, etc. (Greenberg, 1980). Sin embargo, hay veces en que los vínculos familiares pueden frenar el desarrollo del juego patológico (Robert y Botella, 1994).

Luego los factores de riesgo familiares podríamos resumirlos en (EDIS, 2003):

- Malas relaciones madres y padres con hijas e hijos.
- Malas relaciones entre la pareja.
- Abuso de alcohol, drogas o juego en los progenitores.
- Mala situación económica

3.1.3.- FACTORES SOCIOAMBIENTALES

Entre los factores sociales y culturales nos encontramos con la gran disponibilidad y el acceso fácil al juego, así como la aceptación social, que incrementan la prevalencia del juego patológico en la población (Allcock, 1986). A medida que la participación en el juego se extiende a la población general, también lo hace la incidencia del juego patológico. Dentro de la exposición al juego, también podríamos distinguir varios aspectos como serían el tipo y número de juegos legalizados, el acceso a los juegos, el poder adictivo del juego y las primeras experiencias con éste. Y por último podríamos destacar también entre otros factores, los medios de comunicación, que ejercen un poder de persuasión importante sobre la población.

Ejemplos de factores de riesgo socioambientales serían entre otros (EDIS, 2003):

- Grupo de iguales de jugadoras y jugadores.
- Conducta de juego en lugares de diversión.
- Facilidad de acceso al juego.
- No participación social.
- Mala situación contractual o paro.
- Trabajo a destajo o alto rendimiento.
- Jornadas de trabajo prolongadas.
- Cansancio intenso o estrés en el trabajo.

3.2.- FACTORES MANTENEDORES.

Los factores mantenedores serían aquellos que están relacionados con la explicación de que una persona siga jugando y llegue a desarrollar una dependencia, a pesar de todas las consecuencias negativas y el deterioro que le ocasiona en todos los niveles. Estos factores se pueden agrupar en cuatro categorías (Robert y Botella, 1994; Garrido, Jaén y Domínguez, 2004).



3.2.1.- REFUERZOS POSITIVOS Y NEGATIVOS

Los refuerzos positivos de la conducta de juego (“el valor reforzante del juego”) pueden ser muy diversos según para la persona que juegue. Entre ellos encontramos el dinero que se puede ganar, las ilusiones de riqueza, éxito, grandeza, poder, etc., el refuerzo social, así como la activación fisiológica de la que antes se habló. Estos refuerzos son de naturaleza intermitente y de razón variable, así como producen un mayor arousal, lo que los convierte en poderosos a la hora de mantener una conducta, en este caso la del juego.

Los refuerzos negativos los encontramos cuando una persona realiza una o varias conductas para liberarse de algo que le es desagradable o molesta. En el caso de quienes juegan el juego les ayuda a disminuir o eliminar sensaciones o emociones desagradables como podrían ser la tristeza, aburrimiento, nerviosismo, malestar con uno mismo, etc., ya que lo utilizan para evadirse de todos sus problemas. Pero como los problemas aumentan a medida que más se introduce en la conducta de juego, la persona entrará en un círculo vicioso del que le será difícil salir.

3.2.2.- ESTÍMULOS DISCRIMINATIVOS

Los estímulos discriminativos son los que atraen la atención de la persona jugadora y favorecen que se produzca la respuesta de juego (“tensión emocional suscitada por los estímulos asociados al juego”). Entre ellos están por ejemplo los sonidos, las luces, la música, etc., que quienes juegan los llega asociar con las sensaciones agradables que le produce o el alivio de las desagradables.

3.2.3.- SEGOS COGNITIVOS/CREENCIAS Y PENSAMIENTOS IRRACIONALES

Cuando las personas jugadoras llevan a cabo la conducta de jugar, procesan la información que reciben de un modo que da lugar a pensamientos erróneos que en ese momento los dan por válidos, dando lugar a los sesgos cognitivos, así como a creencias y pensamientos irracionales como ya se comentó anteriormente. Entre estos errores nos encontramos con la relación causa – efecto, el formular hipótesis sobre el juego, la confirmación o predicción de una hipótesis, así como sorpresa cuando no se confirma, la personificación de la máquina, el situar el mérito o el error en uno mismo, percepción de habilidad personal y/o control, referencia a habilidades personales y la referencia a un estado personal.

Y los sesgos cognitivos más importantes que afectan a la percepción del juego son:

a- La ilusión de control: Las expectativas de éxito personal que se mantienen sin tener en cuenta el azar. En muchas ocasiones este supuesto control sobre los resultados se ejerce mediante determinados rituales y supersticiones, resultado del “pensamiento mágico”.

b- Atribuciones diferenciales en función del resultado: Las personas que juegan, cuando ganan, tienden a atribuir el éxito a factores internos de la propia persona como serían la habilidad o el esfuerzo. Pero cuando pierden o fracasan, lo atribuyen a factores externos como serían la mala suerte, la dificultad del juego, el ruido, etc.

c- El sesgo confirmatorio: La persona jugadora solo atiende a los resultados positivos, valorándose a sí mismo por sus habilidades, cualidades, buena suerte, etc., mientras que no atiende a los negativos o los justifica, de modo que no afecte a su sistema de creencias.

3.2.4.- FALTA DE HABILIDADES PARA HACER FRENTE AL IMPULSO DE JUGAR

La ausencia de habilidades y de autocontrol, de manejo del dinero, de resolución de problemas, de afrontamiento del estrés, etc., influyen sobre el aumento de los problemas y de la conducta de juego.

3.3.- FACTORES DE PROTECCIÓN.

Los factores de protección se corresponderían con aquellos valores, integración familiar, entorno comunitario, actividades culturales, deporte, prevención escolar, etc., que interactuando con sobre los factores predisponentes o de riesgo impedirían o modularían la conducta de juego desadaptativa (EDIS, 2003).

Según algunos estudios (Robles y Martínez, 1999), algunos factores de protección serían las normas de conducta en la familia y la escuela, las relaciones satisfactorias, el apego familiar, el apoyo social, la implicación en actividades religiosas, la auto aceptación y la existencia de valores positivos respecto al cuerpo y a la vida.

Por otra parte, los factores de protección (familiares, escolares, comunitarios, personales, de valores, de relación social, grupales y laborales) se pueden agrupar en cuatro bloques: valores alternativos, actividades alternativas, integración familiar, y entorno y prevención (EDIS, 2003).

- 1.- Valores alternativos**
- 2.- Actividades alternativas**
- 3.- Integración familiar**
- 4.- Entorno y prevención**

Entre los valores alternativos tendríamos los siguientes factores de protección:

- Mantenerse al margen de la conducta de juego
- Renuncia satisfacciones por futuro
- Objetivos claros de lo que quiere
- Colaborar con los demás

Entre las actividades alternativas:

- Participar en las actividades sociales
- Participar en actividades humanitarias
- Participar en actividades religiosas
- Practicar deportes

Entre la integración familiar:

- Diálogos entre pareja y familiares en general
- Relaciones familiares satisfactorias
- Contar los problemas en casa
- Dialogar sobre riesgos adicciones

Y entre el entorno y prevención encontraríamos:

- Prevención de adicciones en general
- Prevención adicciones en escuelas y trabajos
- Integración en el barrio

REFERENCIAS

- Allcock, C.C. (1986). Pathological gambling. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 20, 259-265.
- American Psychiatric Association (APA) (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad al juego patológico. *Psicothema*, 4, 7-20.
- EDIS (2003). *Los jóvenes andaluces ante las drogas y las adicciones 2002*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.
- Garrido, M., Jaén, P. y Domínguez, A. (2004). *Ludopatía y relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.
- Greenberg, H. R. (1980). Pathological gambling. En H. Kaplan, A. Friedman y B. Griffiths, M. D (1995). *Adolescents gambling*. Routledge. London.
- Jacobs, D.F. (1986). A general theory of addictions: A new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 15-31.
- Lesieur, H. R. y Rosenthal, R. J. (1991). Pathological gambling: A review of the literature. *Journal of Gambling Studies*, 7, 5-39.
- Ochoa, E. y Labrador, F.J. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza&Janés.
- Robert, C. y Botella, C. (1994). Trastornos de control de impulsos: el juego patológico. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Comp.), *Manual de Psicopatología*, pp. 559-594.
- Robles, L. y Martínez, J.M. (1999). Análisis de Factores de Protección y de Riesgo en una muestra de sujetos en tratamiento por su adicción a las drogas y de sujetos no consumidores habituales de drogas. IV Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Chiclana.
- Secades, R. y Villa, A. (1998). *El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation Seeking: Beyond the Original Level of Aurosal*. Hillsdale, Illinois: Lawrence Erlbaum.

4 - EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Autores:

Román Fernández Alepuz

M^a del Mar Pérez Pérez

Elisa Sicilia Salcedo

4.1.- EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

4.1.1. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

La evaluación individual de cada persona es una premisa indispensable para realizar un diagnóstico preciso del trastorno, y además debe abarcar distintos aspectos que se exponen a continuación (Ibáñez y Sáiz):

1. Comprobar que la persona cumple los criterios diagnósticos de ludopatía como entidad propia, realizando el diagnóstico diferencial con otras modalidades de juego no patológico (jugador social, jugador profesional, etc.) y en particular con las conductas de juego patológico que pueden aparecer en el transcurso de otros trastornos psiquiátricos, y que requieren una atención específica, entre las que destacan:

- a) Episodio de manía o hipomanía.
- b) Retraso mental
- c) Trastorno psicótico
- d) Trastorno de la personalidad.

2. Evaluación conductual: Análisis descriptivo y funcional de la conducta de juego, estado afectivo, arousal, impulsividad, locus de control y acontecimientos vitales estresantes.

3. Evaluación de los trastornos psicopatológicos asociados al juego patológico. Es importante determinar si la sintomatología ansiosa y/o depresiva que puede estar presente es reactiva a los problemas creados o si por el contrario constituye un trastorno independiente que requiere una terapia específica.

4. Evaluar el consumo de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas, ya que si se presenta una adicción asociada es más eficaz el tratamiento combinado.

5. Análisis riguroso de las consecuencias del juego en el ámbito familiar, laboral, social y económico del paciente, así como las posibles implicaciones legales.

6. Evaluación de la motivación del individuo cuando acude en busca de ayuda, aspecto este de enorme trascendencia ya que de la existencia de motivación o la posibilidad de potenciarla en el marco terapéutico depende en gran medida el éxito del tratamiento.

7. El proceso de evaluación tiene por sí mismo implicaciones terapéuticas de gran importancia, ya que constituye el primer contacto con el sujeto. En este sentido las primeras entrevistas desempeñan un papel primordial, ya que cuando se establece una relación empática entre la persona terapeuta y la enfermedad, se favorece el proceso terapéutico.

4.1.2 INSTRUMENTOS

ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS Y SEMIESTRUCTURADAS

Las entrevistas estructuradas suelen aplicarse con objeto de establecer un diagnóstico, por tanto su contenido estaría conformado por un conjunto de preguntas referidas, en este caso, a la sintomatología del juego patológico. Puede sustituirse por un cuestionario; no obstante, hay que tener en cuenta que una entrevista, siempre permite una mayor flexibilidad, lo que redundaría en un aporte de información adicional.

En el Anexo A se recoge una entrevista estructurada basada en los criterios diagnósticos DSM-IV de juego patológico.

Entrevista estructurada de la historia de juego (Echeburúa y Báez, 1991):

Resulta un instrumento efectivo para establecer empatía con la persona paciente y explorar las variables que han incidido en cada caso en el desarrollo y mantenimiento del juego problemático.

En este cuestionario se recogen datos sobre los hábitos de juego de los padres, el inicio y el agravamiento de la conducta de juego en la persona paciente (incluyendo altibajos y períodos de abstinencia) y sobre otros aspectos (familia, trabajo, ocio, etc.) que son muy útiles en la comprensión y manejo del problema específico de cada sujeto (Anexo B)

La entrevista semiestructurada permite evaluar de forma pormenorizada el problema de juego y las consecuencias derivadas de esta actividad. Por el contenido de alguno de los aspectos que van a ser tratados a lo largo de esta entrevista se recomienda realizarla exclusivamente con el paciente, recordándole la confidencialidad de la información suministrada, aunque en algunos casos puede ser oportuno convencer al paciente de la necesidad de dar a conocer ciertos datos o situaciones como parte del proceso de intervención.

En el Anexo C se recoge un modelo de entrevista semiestructurada del juego patológico y en el cuadro 1 aparece ordenado el contenido de una entrevista inicial completa.

Cuadro 1. Contenido y organización de la entrevista inicial (Fernández-Alba y Labrador 2002)

Sección	Contenido
Datos sociodemográficos	<p>Ficha de datos personales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre / Dirección / Teléfono • Edad • Estudios / Profesión / Trabajo • Estado Civil / Nº de hijos • Clase social subjetiva • Fuente que remite • Nº de Historia Clínica
Diagnóstico de juego patológico Y trastorno del estado de ánimo	<p>Entrevista estructurada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico DSM-IV de juego Patológico • Diagnóstico DSM-IV de trastornos del estado de ánimo <ul style="list-style-type: none"> - Episodio maníaco/hipomaníaco - Episodio depresivo mayor - Trastorno distímico
Consumo pasado/presente De sustancias adictivas	<p>Preguntas abiertas</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Fuma? • ¿Toma algún tipo de droga? ¿Y en el pasado? <p>Frecuencia, duración e intensidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué bebe mientras juega? <p>Cuestionario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de alcoholismo CAGE
Datos referidos a la conducta De juego	<p>Entrevista semiestructurada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de la conducta de juego • Análisis de secuencias actuales • Parámetros de la conducta de juego (cuestionarios) • Historia clínica • Importancia del problema • Motivos por los que juega/Causalidad Percibida • Motivación hacia el cambio/Expectativas de Cambio • Recursos de autocontrol/Apoyo social

4.1.3 CUESTIONARIOS

A) Cuestionarios de exploración

La utilidad de estos instrumentos reside en su capacidad para realizar una exploración o criba inicial que permita detectar un posible problema de juego.

1. ADULTOS

South Oaks Gambling Screen (SOGS) (Lesieur y Blume, 1987)

• *Ficha técnica:*

Número de ítems: 20 (a efectos de puntuación) desarrollados a partir de los criterios DSM-III.

Punto de corte:

- Probable persona jugadora patológica: 5 o más ítems afirmativos.
- Probable persona jugadora problema: 3 ó 4 ítems afirmativos.

Fiabilidad:

- Coeficiente test-retest = 0,71.
- Coeficiente alfa de Cronbach = 0,97.

Validez:

- Validez convergente = 0,94 (criterios DSM-III-R).
- Validez discriminante: incremento de falsos positivos cuando se usa con una muestra de la población general, donde las tasas de frecuencia de este trastorno son bajas.

Validación española:

- Punto de corte probable jugador patológico = 4 o más ítems afirmativos.
- Fiabilidad: coeficiente test-retest = 0,98; coeficiente alfa de Cronbach = 0,94.
- Validez convergente = 0,92 (criterios DSM-III-R).
- Validez de contenido = 75% de los criterios DSM-III-R.

• *Comentarios:*

Este cuestionario es posible que no identifique con exactitud las personas jugadoras patológicas tal y como son definidos actualmente por el DSM-IV, ya que es un instrumento basado en el DSM-III. Del mismo modo se ha cuestionado la distinción que establece entre personas jugadoras normales y patológicas, distinción que subyace en los ítems de este cuestionario y que presupone la existencia de dos grupos bien diferenciados, y no un continuo en la implicación en el juego. Por el contrario, considera los diferentes tipos de juegos como iguales, asumiendo que esta actividad conforma un grupo homogéneo, lo que impide vincular las tasas de prevalencia a formas particulares de juego.

En el Anexo D se incluye la versión adaptada y validada de Echeburúa y Báez (1993).

Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP) (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1995)

• *Ficha técnica:*

Número de ítems: 4 (ítems del SOGS –versión española- que tiene una mayor validez discriminante).

Punto de corte:

- Probable persona jugadora patológica = 2 o más ítems afirmativos.
- Sensibilidad = 100%.
- Especificidad = 97,5%
- Eficacia diagnóstica = 97,88%

Fiabilidad:

- Coeficiente test-retest = 0,99.
- Coeficiente alfa de Cronbach = 0,94.

Validez:

- Validez convergente = 0,95 (SOGS y criterios DSM-III-R).

• *Comentarios:*

Al ser un instrumento de muestreo con una alta eficacia diagnóstica, pero a su vez muy breve, permite combinar el muestreo tradicional con la entrevista clínica, agilizando el proceso de evaluación y, sobre todo, no redundando en ciertos aspectos del juego que serán valorados posteriormente en la entrevista clínica.

Escala de las veinte cuestiones de Jugadores Anónimos (adaptada de Prieto y Llavota, 1998)

• *Ficha técnica:*

Número de ítems: 20 preguntas dicotómicas.

Validación española:

- Punto de corte probable jugador patológico = 7 o más ítems afirmativos.
- Fiabilidad: coeficiente alfa de Cronbach = 0,94.
- Validez convergente = 0,94 (SOGS).
- Sensibilidad: 98,42%.
- Especificidad: 99,29%.
- Eficacia diagnóstica = 98,88%.

• *Comentarios:*

En los escasos estudios psicométricos realizados se ha encontrado que este instrumento de muestreo produce menos falsos positivos que el SOGS e identifica un mayor número de personas jugadoras patológicas adolescentes cuando se compara con el SOGS-RA y el DSM-IV-J. Sin embargo, comparte con el SOGS algunas de sus deficiencias:

- a) Todas las respuestas positivas puntúan en la dirección del trastorno.
- b) Las preguntas no están referidas a un período de tiempo concreto (y reciente).

Escala de detección de la adicción a las máquinas tragaperras (Becoña, 1996)

- *Ficha técnica:*

Número de ítems: 14 preguntas dicotómicas.

Punto de corte:

- Probable persona jugadora patológico = 5 o más ítems afirmativos.
- Probable persona jugadora excesivo o con problemas = 3 ó 4 ítems afirmativos.

- *Comentarios:*

Las preguntas se basan fundamentalmente en los criterios diagnósticos DSM-IV y se refieren a un juego determinado, que son las máquinas recreativas con premio, y a un periodo temporal limitado a los últimos meses, lo que probablemente contribuya a su validez, aunque por el momento no existen estudios psicométricos del mismo.

2. NIÑAS y NIÑOS-ADOLESCENCIA

South Oaks Gambling Screen-Revised Adolescent (SOGS-RA) (Winters, Stinchfield y Fulkerson, 1993)

- *Ficha técnica:*

Número de ítems: 16 preguntas referidas tanto a los últimos doce meses como a lo largo de la vida.

Rango:

- 0-12 (12 preguntas a efectos de puntuación).

Punto de corte:

- Probable persona jugadora problema = 3 o más ítems afirmativos (criterio propuesto por los autores).
- Probable persona jugadora patológica = 5 o más ítems afirmativos (criterio propuesto por Becoña, 1997).

Fiabilidad: coeficiente alfa de Cronbach = 0,80

- *Comentarios:*

Es un instrumento que se encuentra en fase experimental, por lo que se desconoce su capacidad real para identificar y clasificar correctamente a las personas jugadoras patológicas adolescentes.

Massachusetts Gambling Screen (MAGS) (Shaffer, LaBrie, Scanlan y Cummings, 1994)

• *Ficha técnica:*

Número de ítems: 26 divididos en dos escalas.

Subescala DSM-IV: incluye 12 preguntas para valorar los criterios diagnósticos de juego patológico.

Fiabilidad: coeficiente alfa de Cronbach = 0,87.

Subescala MAGS: se compone de 14 ítems que hacen referencia a la valoración de la propia conducta de juego, la percepción de existencia de un problema con el juego y las posibles repercusiones de esta actividad.

Fiabilidad: coeficiente alfa de Cronbach = 0,83.

Eficacia diagnóstica: 96%.

Validez convergente: 0,76 (Subescala DSM-IV)

• *Comentarios:*

En la subescala MAGS, los autores establecen siete ítems con capacidad de discriminación (5, 7, 9, 10, 11, 12 y 14) mientras que los siete restantes, que se refieren fundamentalmente a la valoración que el adolescente hace de su conducta de juego y la propia percepción de la existencia de un problema, no discriminan entre personas jugadoras patológicas y sin problemas.

Escala de las diez cuestiones de Jugadores Anónimos para adolescentes (adaptación de Secades y Villa, 1998)

Es una variación de la escala de veinte cuestiones de Jugadores Anónimos diseñada para su aplicación en este grupo de edad.

Cuestionario DSM-IV-J (Fisher, 1992)

• *Ficha técnica:*

Número de ítems: consta de 12 preguntas dicotómicas en las que se han adaptado los criterios DSM-IV para el diagnóstico de juego patológico en el grupo de edad comprendido entre los 11 y 16 años.

Punto de corte:

- Probable persona jugadora patológica = 4 o más ítems afirmativos.

• *Comentarios:*

Aunque todos los ítems tienen capacidad de discriminación de un probable juego patológico en la población infantil y adolescente, la autora establece que son las preguntas referidas al criterio 2 (tolerancia), 4 (abstinencia), y 7 (engaños y mentiras) las que mejor predicen un juego patológico;

también tienen una buena capacidad de discriminación aquellas que se refieren al criterio 1 (preocupación), 5 (escape) y 8 (actos ilegales), siendo los criterios 9 (problemas familiares y/o escolares), 10 (deudas) y 6 (caza) los que tienen menor capacidad de discriminación.

B) Cuestionarios para evaluar los parámetros de la conducta de juego

A pesar de que tradicionalmente la primera evaluación de los parámetros de la conducta suele realizarse a través de una entrevista, en el caso de la conducta de juego puede resultar interesante emplear un inventario con objeto de no alargar excesivamente la entrevista inicial con preguntas reiteradas acerca de los distintos juegos.

Cuestionario de evaluación de variables dependientes del juego (Echeburúa y Báez, 1991; citado en Echeburúa y Báez, 1994)

Este inventario dispone de una versión para la persona paciente y otra para su familia. La persona jugadora informa de la frecuencia, intensidad y duración de la conducta de juego en cada uno de los principales juegos de apuesta españoles y hace una valoración subjetiva de la frecuencia con la que juega, el dinero que gasta y el tiempo que invierte en el juego, así como de la frecuencia con la que piensa en el juego y su necesidad de jugar.

La versión para la familia se compone de cinco preguntas con las que se intenta valorar las impresiones del entorno acerca de la conducta problema de la persona jugadora.

Hay que tener en cuenta la dificultad que experimentan los pacientes a la hora de concretar los parámetros de una conducta muy variable, a depender esta de condiciones externas no siempre controlables, como la disponibilidad de dinero o de tiempo. El cuestionario establece un criterio temporal que al ser semanal facilita la labor de fijar una cifra por parte del paciente, lo que redundará en una mayor fiabilidad y validez de la información aportada.

Se recomienda que la versión del paciente sea cumplimentada en consulta con la consiguiente supervisión del terapeuta.

En el Anexo E se incluye un ejemplar de este cuestionario.

C) Cuestionarios para evaluar las distorsiones cognitivas referidas al azar

Inventario de pensamientos sobre el juego (Echeburúa y Báez, 1994)

Este instrumento se compone de cuatro subescalas:

- a) Sesgos cognitivos en relación con la conducta de juego, que consta de 15 ítems dicotómicos.
- b) Sesgos cognitivos en relación con la adicción al juego, que está conformada por 6 ítems dicotómicos.
- c) Estilo atribucional y locus de control en relación con la adicción al juego, que también se compone de 6 ítems dicotómicos.

d) Un último apartado en el que el jugador puede describir los pensamientos que pasen por su mente antes, durante y después de jugar.

La puntuación total en el inventario viene dada por la suma de las puntuaciones en las subescalas “A” y “B”, mientras que las subescalas “C” y “D” proporcionan una información cualitativa adicional, pero no contribuyen a la puntuación total del inventario.

En el Anexo F se incluye un ejemplar de este cuestionario.

Inventario de pensamientos (Fernández-Alba, 1999)

Es un instrumento que evalúa las distorsiones cognitivas de las personas jugadoras de máquinas recreativas con premio. Está compuesto de 30 ítems, de los cuales 22 reflejan los sesgos cognitivos más característicos en esta población, describiendo los 8 restantes pensamientos racionales acerca de esta actividad. Quienes juegan deben valorar en qué medida cada frase es cierta para ellos en una escala de cinco puntos, de 1 (no lo pienso nunca) a 5 (lo pienso siempre).

Fiabilidad: coeficiente alfa de Cronbach = 0,82 (si se excluye el ítems 9, cuyo índice de discriminación es negativo).

Validez de constructo: se sustenta en tres factores:

1. Ilusión de control.
2. Heurístico de la representatividad y correlación ilusoria.
3. Predicción de resultados.

En el Anexo G se incluye un ejemplar de este cuestionario.

AUTO-REGISTROS

Son útiles en la fase de evaluación pretratamiento para establecer la línea-base de la conducta de juego y a lo largo del proceso de intervención para evaluar la evolución de esta conducta.

Las hojas de autorregistro permiten detectar las circunstancias individuales que ponen en marcha la conducta de juego, así como las consecuencias derivadas de dicha conducta. Estas hojas son fundamentales para el análisis funcional de la conducta y para el diseño de un programa individualizado. En el Anexo H se incluye un ejemplo de autorregistro.

La cumplimentación de los autorregistros tiene, por el carácter de retroalimentación inmediata, un efecto terapéutico. Desde una perspectiva motivacional, los registros ayudan a la persona a percatarse con mayor exactitud de las pautas de juego y a aceptar más fácilmente el programa de intervención propuesto.

Además de registrar la conducta de juego, también se recoge información sobre otras circunstancias (estados anímicos o situaciones) que habitualmente la ponen en marcha.

Registro de Circunstancias que ponen en marcha la conducta de juego (Echeburua y Báez 1994): resulta extremadamente útil para obtener información sobre los estados emocionales, así como los estresores y las situaciones que ponen en marcha la conducta de juego (anexo J).

- Comentario:

El autorregistro es un instrumento muy valioso, pero también el más proclive a no aportar información o a hacerlo de forma sesgada si la persona jugadora patológica no quiere colaborar. Por esta razón, si durante la línea-base y en la primera mitad del tratamiento la persona paciente no apunta nada en el autorregistro y además comenta no acordarse en ningún momento del juego, es un indicativo suficiente para comenzar a sospechar de la información que proporciona.

Diagnóstico diferencial: episodio maniaco

En un episodio maniaco o hipomaniaco pueden emitirse conductas de juego con unas características que a simple vista podrían hacer pensar que se está ante un problema de juego patológico. Sin embargo, dichas conductas son el resultado de ese estado de ánimo elevado, eufórico y expansivo que puede manifestarse en una autoestima exagerada que, incluso, alcance proporciones delirantes. Este estado de ánimo puede llevar a realizar inversiones de un gran riesgo e ir acompañado, en algunos casos, de ideas delirantes de grandeza que podrían adoptar la forma de un don o un conocimiento especial para ganar, desembocando en un juego excesivo. Por este motivo, en caso de sospechar de un diagnóstico de manía, hay que preguntar por qué juega y qué piensa hacer con el dinero que gane, ya que las respuestas que ofrezca el paciente pueden poner de manifiesto el contenido de alguna idea delirante. (Fernández-Alba y Labrador 2002)

Diferencias con las personas jugadoras patológicas:

- Las conductas de juego sólo se emitirán mientras el sujeto se encuentre en ese estado, pudiendo ser conductas intensas pero siempre episódicas. Las conductas de juego patológico se caracterizan por su regularidad y una intensidad subordinada a variables externas como la disponibilidad de dinero y tiempo o la existencia de pérdidas o deudas excesivas.
- La conducta de caza característica del juego patológico no suele aparecer en el caso del episodio maniaco, pues cuando este remita también lo harán las conductas de juego, a pesar de las pérdidas que se hayan producido.
- Al ser un juego explosivo e intermitente redundará en un entramado menos elaborado de búsqueda de dinero con el que jugar y una menor necesidad de mentir u ocultar información; de hecho, reconocen sus conductas de juego con mayor facilidad que las personas jugadoras patológicas.

Conclusión: si las conductas de juego se explican mejor por la presencia de un episodio maniaco o hipomaniaco, tales episodios serán el objeto de tratamiento y no las conductas de juego excesivo.

Diagnóstico de problemas concomitantes: sustancias psicoactivas.

Existe una frecuente comorbilidad del juego patológico con abuso de alcohol y drogas, por lo que debe realizarse una prueba de muestreo que permita detectar este tipo de conductas problema.

La combinación de juego y alcohol, bien en el pasado o en el momento de acudir a consulta, se da con una frecuencia elevada. En estos casos suele ser común que la persona paciente reconozca uno de los problemas, refiriéndose al otro en términos pasados o, incluso, no haciendo mención alguna. Esta situación obliga a realizar en todos los casos de juego patológico una exploración del abuso de alcohol, que debe ser contrastado con el entorno, fundamentalmente, en aquellos jugadores que se tenga información de la existencia de un problema previo con esta sustancia. (Fernández-Alba y Labrador 2000).

El tema de consumo de alcohol se puede introducir en la entrevista clínica a través de una pregunta del estilo “¿Qué suele beber mientras juega?”.

Aun cuando el consumo de alcohol se remonte al pasado, hay que prestar especial atención a la evolución de esta conducta durante todo el proceso de intervención del juego patológico, ya que su reinstauración suele asociarse con abandono del tratamiento y recaídas de la conducta de juego.

Instrumentos de detección:

- **Cuestionario de Alcoholismo CAGE:** es un cuestionario que sólo consta de cuatro ítems y que, sin embargo es de gran interés para detectar la población presuntamente alcohólica. Este instrumento es muy fácil de aplicar y los ítems pueden intercalarse en el transcurso de la entrevista diagnóstica para evitar una actitud defensiva por parte del sujeto y garantizar una mayor veracidad de las respuestas.

En el caso de que la persona paciente emita dos o más respuestas positivas en el CAGE, es conveniente aplicar:

-**Test de alcoholismo de Munich (MALT) (Feuerlin, 1977):** de aplicación más laboriosa, que consta de una parte objetiva y de una parte subjetiva.

Instrumentos de evaluación de la sintomatología asociada

Autoinformes para la evaluación del eje I

- Evaluación sintomatología afectiva:

- Escala de depresión de Hamilton
- Inventario de depresión de Beck

Sirven para evaluar la intensidad inicial de la depresión y la evolución de los síntomas tras el tratamiento, ya que son sensibles al cambio terapéutico.

Ambas son complementarias, una presta más atención a los componentes cognitivos (Beck) y la otra a los componentes conductuales y somáticos (Hamilton).

- Evaluación sintomatología ansiosa

- Escala de ansiedad de Hamilton
- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970): permite medir de una manera fácil y rápida el estado y rasgo de ansiedad. Según su sustrato teórico, la mejoría terapéutica debe asociarse a una disminución significativa de la ansiedad-estado.

- Evaluación sintomatología psicótica

- Escala de los síntomas positivos y negativos (PANSS)
- Escala para la evaluación de los síntomas positivos (SAPS)
- Escala para la evaluación de los síntomas negativos (SANS)

- Evaluación de trastornos mentales orgánicos

- Mini examen cognoscitivo (MEC)
- Baterías de Luria-Nebraska
- Test de Barcelona

Autoinformes para la evaluación del eje II

- Internacional Personality Disorder Examination (IPDE)
- Structured Clinical Interview for DSM-IV II Disorder (SCID-II).
- Inventario Multifásico de personalidad de Minnesota (MMPI)
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) (Millon, 1983; Ávila-Espada, 1998).
- Escala de Impulsividad de Eysenck.
- Escala de Impulsividad de Barratt. Anexo L
- Cuestionario Salamanca de Trastornos de la Personalidad . Anexo K

- Evaluación de la motivación

- Escala para valorar los estadios de cambio: es un instrumento que utiliza el modelo

teórico de procesos de cambio de Prochaska y Diclemente.

Las personas ludópatas atraviesan por distintas fases de cambio respecto a asumir la existencia de un problema con el juego (Becoña, 1996).

Las fases se denominan como fase de precontemplación, contemplación, preparación para la acción, mantenimiento o recaída o finalización. En cada fase el jugador tiene una actitud diferente con respecto a su problema.

En la fase de precontemplación quien juega no cree que tenga un problema de juego y rechaza cualquier sugerencia respecto a la existencia de este problema. Disfruta con el juego y no se plantea dejar de jugar.

En la fase de contemplación, quien juega empieza a tener problemas derivados del juego, y comienza a plantearse la existencia del problema, intentando informarse con respecto a él.

Cuando la persona jugadora entra en la fase de preparación para la acción, ya ha comenzado a tener muy serios problemas derivados de su conducta de juego, muestra intentos de dejar de jugar, y a buscar ayuda.

En las siguientes fases la persona jugadora ya ha dejado de jugar, llegando a dejar totalmente el juego, o por el contrario, entra en un período de recuperaciones y recaídas.

Análisis funcional

Se utiliza para recopilar toda la información clínicamente útil, permite hacer un análisis detallado del problema, determinando las relaciones funcionales entre estímulos y respuestas del individuo. La meta final es aportar una descripción cuidadosa del problema, que facilite el establecimiento de planes de intervención lo más eficaces posibles. Las características esenciales son: mostrar específicamente las variables de las que la conducta problema es una función, y la naturaleza de la relación entre la conducta y esas variables. La conducta se considera en función de sus antecedentes y sus consecuencias. La secuencia funcional representa el comportamiento puntual del sujeto ante un ambiente o entorno estimular concreto y con unas consecuencias específicas. Por lo que es importante conocer la topografía de la conducta de juego.

Los elementos diferenciados en su topografía son, la función estimular y la función de respuesta. La función estimular representa la incidencia del entorno haciendo más probable un tipo de respuesta por parte del sujeto. La función de respuesta, por otra parte, nos demuestra los pensamientos, las sensaciones fisiológicas y las conductas que el sujeto realiza. También es importante destacar dentro del análisis funcional elementos como: otras respuestas problema, las relaciones sociales (familia, pareja, amigos...), sus repercusiones a nivel social, laboral y económico, la historia de aprendizaje, el estilo personal, las habilidades de afrontamiento y los tratamientos anteriores.

La Escala de autoestima (Rosenberg, 1965), tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma, consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo Likert. Este instrumento resulta muy útil para evaluar el nivel de interferencia de la ludopatía en la autoestima del sujeto.

La Escala de inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987) refleja en qué medida el juego afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar.

El Cuestionario de Apoyo Social (versión reducida) (Sarason, 1983) consta de 12 ítems que evalúan, por una parte, el apoyo social con que el sujeto cuenta ante diferentes situaciones de la vida cotidiana (seis ítems) y, por otra, el grado de satisfacción que el sujeto siente con el apoyo social que tiene (seis ítems).

El Test de Ajuste Marital (Locke y Wallance, 1959) está formado por 15 ítems de puntuación variable que evalúan el grado de ajuste que existe en la pareja según la percepción de cada miembro. Este instrumento sirve para discriminar a las parejas bien avenidas de las parejas mal avenidas.

La Escala de Expectativas de Cambio (Echeburúa y Corral, 1987) trata de valorar, desde una perspectiva global, la motivación del paciente ante el tratamiento y, desde una perspectiva más específica, el grado en que la paciente confía mejorar como consecuencia del tratamiento que va a recibir o está recibiendo.

El Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (Larsen, AttKinson, Hargreaves y Nguyen, 1979) consta de ocho ítems relacionados con la calidad de la atención terapéutica, con la intensidad de la ayuda recibida y, en último término, con la satisfacción con el tratamiento.

- Evaluación de la probabilidad de sufrir una recaída

- Inventario de Situaciones Precipitantes de la Recaída y Estrategias de Afrontamiento en el Juego Patológico (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1996): consta de 19 ítems que responden a diferentes situaciones de alto riesgo para la recaída. En la primera parte de cada ítem, el paciente debe señalar el nivel de peligrosidad de cada situación concreta con cuatro posibilidades de respuesta (“muy peligrosa”, “bastante peligrosa”, “poco peligrosa” o “nada peligrosa”). En la segunda parte, el sujeto debe indicar la estrategia de afrontamiento que ha utilizado cuando se ha enfrentado con dicha situación. (ANEXO I)

- Registro de Situaciones de Alto Riesgo para la Recaída (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1996) se utiliza a lo largo de entrenamiento en prevención de recaídas. Este registro permite al personal terapeuta conocer si el paciente es capaz de poner a prueba las habilidades de afrontamiento aprendidas durante la terapia. Así mismo, permite al sujeto tomar conciencia de los progresos experimentados. (ANEXOII)

4.2.- EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO MÉDICO

4.2.1.- FACTORES BIOMÉDICOS DE LA LUDOPATÍA

A pesar de los esfuerzos realizados, la pregunta de por qué algunas personas llegan a convertirse en personas jugadoras patológicas, mientras que otras -expuestas a los mismos factores psicosociales – no, parece que no ha obtenido una respuesta en los rasgos de personalidad. Sin embargo, la búsqueda no ha cesado, emprendiendo un nuevo camino por la senda de los factores de predisposición de naturaleza fisiológica. Resulta razonable pensar que ciertos aspectos biológicos puedan interactuar con factores psicosociales para determinar la ulterior conducta de juego, y de hecho los resultados muestran una trayectoria congruente; aunque las conclusiones sólo son tentativas debido, de nuevo a problemas metodológicos referidos al tamaño de la muestra, la técnica de muestreo, los datos retrospectivos y la ausencia de un grupo de control apropiado.

Las diversas líneas de investigación existentes en este campo pueden agruparse en las siguientes:

DISFUNCION HEMISFERICA

Basadas en la teoría de que la disfunción hemisférica está relacionada con un fallo en el control de los impulsos, estas investigaciones han buscado signos de esa activación hemisférica diferencial induciéndola a través de diferentes tareas. Los resultados indican que los jugadores, en comparación con los controles, muestran ciertos déficits en el grado de activación electroencefalográfica producidos por simples tareas verbales versus no--verbales.

La existencia de patrones de activación electroencefalográfica similares en niñas y niños que padecen un trastorno por déficit de atención, establece un paralelismo que inevitablemente plantea la cuestión de si hay una tendencia en las personas jugadoras patológicas a haber padecido algún trastorno por déficit de atención en la niñez, sugiriendo la posibilidad de que tales déficits sean una característica general de la persona jugadora patológica preexistente al juego problemático. Y por tanto, no limitado a esa situación particular. Los resultados señalan que algunos jugadores patológicos podrían tener, al menos, una forma residual de trastorno por déficit de atención en su madurez adquiriendo este efecto residual significación etiológica. El hecho de que algunas personas con problemas de alcohol también hayan padecido en la niñez trastornos por déficit de atención ha reforzado esta idea, favoreciendo que tal efecto residual adquiriera la categoría de rasgo característico o, al menos, refleje una disfunción cerebral común a las personas jugadoras patológicas y a los alcohólicos (McGurrian, 1992). No parece sorprendente que el trastorno por déficit de atención, cuyo rasgo característico es la impulsividad, esté relacionado con estas dos conductas problemáticas por exceso (Griffiths, 1995).

DISFUNCION EN LOS NIVELES DE MONOAMINAS

Serotonina

Continuando con el razonamiento anterior, los autores de estas investigaciones (Cadton y Manowitz, 1987) sugieren que el vínculo existente entre el trastorno por déficit de atención, el

juego patológico y el alcoholismo podría ser un inadecuado control de los impulsos. Impulsividad implica un déficit en los procesos de inhibición, así que el siguiente foco de atención debería ser la serotonina (5-HT), pues es el neurotransmisor que probablemente esté más implicado en este tipo de déficit inhibitorio.

Noradrenalina

Siendo su papel fundamental la regulación de los niveles de vigilancia, en concreto, de la actividad mínima de la vigilia, definiendo claramente los niveles de atención, emoción e hiperexcitabilidad, Gómez-Jarabo, 1997, no es extraño que se haya constituido en centro de interés de los estudios sobre los factores fisiológicos determinantes del juego patológico, postulando que las personas jugadoras patológicas sufren un superávit de noradrenalina.

OTROS ESTUDIOS

Bajo este epígrafe se engloban varios estudios que incluyen aspectos fisiológicos de diversa índole.

Entre ellos cabe destacar el de Blaszczynski et al. (1986) que analiza el papel de un opiáceo endógeno, la Beta-endorfina, en la etiología del juego patológico. En el estudio se utilizan 39 personas jugadoras patológicas, de los cuales 26 jugaban a las máquinas recreativas tipo B (poker-machine) y 13 apostaban a las carreras de caballos, y 35 sujetos control. Los datos indican que las personas jugadoras patológicas apostantes de carreras tienen unos niveles de Beta-endorfina inferiores al grupo de jugadores de máquinas recreativas con premio y al grupo control, de los cuales no difieren significativamente estos últimos. Siguiendo a Griffiths (1995a), este resultado implica que los jugadores patológicos probablemente no constituyan un grupo homogéneo y, por tanto, no tienen la misma disposición psicológica y biológica. De hecho, los autores del estudio mantienen la hipótesis de que mientras las personas jugadoras patológicas de máquinas recreativas estarían intentando, con dicha actividad, defenderse del estrés, los apostantes de carreras de caballos estarían eliminando el estado de depresión asociado a esos niveles disminuidos de Beta-endorfinas.

Finalmente, un estudio reciente de Cotnings et al. (1996) evidencia que puede haber una base genética en el juego patológico, al menos, en algunas personas. En concreto, indican que una variante del gen receptor D2 de la dopamina (DRD2), asociado con otras adicciones, incluidas algunas formas severas de alcoholismo, se ha encontrado en el 51 % de los jugadores patológicos (n= 171) comparado con el 26% de los controles (n=714). Además en el 64% de los jugadores con una patología más severa aparecía esta variante del gen (D2A 1), concluyendo los autores que las variantes del gen DRD2 juegan un papel destacado en el desarrollo de esta patología y constituyen un factor de riesgo para las conductas adictivas e impulsivas.

Como puede observarse los resultados son dispares y escasamente concluyentes, presentándose el problema de si la alteración biológica es causa, producto o mero efecto del juego patológico. Y aún cuando se pudiese establecer inequívocamente algún factor biológico de predisposición, quedarían por responder dos preguntas: (1) como tal predisposición no lleva irrevocablemente a un juego patológico, sería necesario determinar por qué algunas personas escapan de su predisposición y no acaban desarrollando ninguna patología. (2) como todas las personas predispuestas no desarrollan una patología común, sería necesario determinar por qué

personas semejantes eligen patologías diferentes (Carlton y Manowitz, 1987). Por lo demás, es cuestionable el valor real de estos factores biológicos en el desarrollo de un problema de juego, dado el escaso efecto que parecen tener en la población cuando dicha actividad no está legalizada (Labrador y Fernández-Alba, 1998).

4.2.2.- CUADRO CLÍNICO Y CONSECUENCIAS

El individuo dedica cada vez más tiempo a jugar y necesita realizar apuestas más altas para experimentar emoción; su preocupación por el juego es creciente y presenta síntomas de abstinencia si interrumpe la conducta de forma brusca; apuesta cantidades mayores para recuperar pérdidas; miente y emprende acciones inadecuadas o delictivas para poder seguir jugando, lo que le crea conflictos familiares, profesionales o sociales; emplea el juego para olvidar problemas personales y estados de ánimo desagradables; consiguientemente, sus intentos de reducir o abandonar la actividad patológica resultan infructuosos.

Las consecuencias de la adicción al juego se manifiestan en el sujeto que la padece y en todo su mundo circundante: familia, relaciones sociales, trabajo...

Un problema que se asocia a la conducta de juego es el consumo de drogas, sobre todo alcohol y tabaco, durante los episodios de juego, lo que agrava la situación general. Se observa a veces consumos de otras drogas, cannabis o cocaína, en función de las sensaciones que busca el sujeto. La primera podría potenciar las sensaciones de tranquilidad o evasión, mientras que la segunda potenciaría la activación. En ocasiones el abuso se produce con posterioridad al episodio de juego, en relación a las pérdidas y a los sentimientos negativos consecuentes: culpa, vergüenza, etc (Ramírez et al.,). Como se puede esperar, el consumo de otras drogas agrava el cuadro del ludópata (Ciarrochi, 1987).

Personalmente, las consecuencias más frecuentes son trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

Quien juega de forma patológica, se da cuenta de que no tiene control sobre su conducta y de que a pesar de su voluntad vuelve a jugar. Esto deteriora su autoimagen y su autoconcepto, lo que tiene como consecuencia que aparezcan trastornos depresivos. El 76% de los casos sufrían depresión en el estudio de McCormick, Russo, Ramírez y Taber (1984), el 72% de los casos en el de Linden, Pope y Jonas (1986). En el estudio de Acojer de 1998, el 54,1% de los casos sufría depresión. A veces es este el motivo de demanda asistencial en atención primaria. Puede ser tan intensa que lleve a ideación o a intentos de suicidio, afortunadamente en pocos casos. Se debe controlar adecuadamente la evolución de estos trastornos, pues el estado emocional alterado puede favorecer las recaídas.

También son frecuentes los trastornos de ansiedad que la mayoría de las veces correlacionan con la situación problemática del sujeto en cuanto a la magnitud de los problemas que aparecen en general, y en concreto a la magnitud de las deudas. Es decir, a cuento más graves son las consecuencias del juego, mayor sintomatología ansiosa.

También se presentan trastornos psicósomáticos, como dolores de cabeza, trastornos digestivos, alteración del ciclo sueño-vigilia, etc. (García et al., ; Lorenz y Yaffee, 1986). Estos aparecen con cierta frecuencia en la abstinencia, cuando la posibilidad de jugar desaparece por algún motivo.

La familia de la persona ludópata es quién más directamente sufre las consecuencias de la dependencia al juego.

Hay que indicar en este punto, que la forma en que los familiares afrontan el problema, puede facilitar o dificultar la conducta de juego, de modo que aquellos familiares que por cualquier motivo se hacen cargo de las deudas del jugador, van a hacer que se tenga menor sensación de gravedad de las consecuencias del juego, facilitándolo. Una actitud negativa hacia la conducta de jugar, que enfrente al jugador a los problemas que el juego ocasiona, puede inhibir dicha conducta (Rodríguez Martos, 1987).

Los más afectados son la pareja y las hijas e hijos del ludópata. En las mujeres de los jugadores (la mayoría de la población afectada de adicción al juego son hombres, véase capítulo 2), se observa una alta tasa de trastornos psicossomáticos (Lorenz y Yaffee, 1988), problemas de comunicación entre la pareja y sexualidad insatisfactoria. Generalmente se afronta negativamente y de forma poco eficaz. En una primera fase, de negación, el familiar niega y minimiza el problema o sus consecuencias, en la medida en que el problema persiste y sus consecuencias empeoran, aparece la fase de estrés. Si el problema continúa y en la medida en que el familiar se hace consciente de que su propia conducta no tiene consecuencias en la del ludópata, aparece la fase de agotamiento o desesperación, que es donde más frecuentemente se encuentran los trastornos psicossomáticos, de ansiedad y afectivos.

En las hijas e hijos las consecuencias pueden ser variadas. Por un lado nos encontramos en muchas ocasiones con un núcleo familiar desestructurado, en el que la figura paterna está ausente, en el que pueden darse disputas, hay falta de cariño... Por otro la conducta del jugador puede modelar la conducta de los hijos, convirtiéndose éstos en población de riesgo para desarrollar conductas adictivas (Franklin y Thoms, 1989).

La persona ludópata puede, al inicio, jugar en grupo, pero con el tiempo y en la medida en que la progresión adictiva progresa, va a ir perdiendo interés por las compañías y va a buscar jugar solo. Al mismo tiempo el interés por las relaciones sociales se va perdiendo, por lo que además las relaciones sociales se deterioran. Y por si esto fuera poco, quien juega utiliza a los conocidos y familiares para financiar el juego, pidiendo préstamos que luego no podrá cubrir por perderlo. Así que se llegará a un punto en el que evita a la gente para que no se le exijan los pagos, y al mismo tiempo la gente lo va a evitar para evitar excusas o más peticiones. Todo lo anterior conduce al aislamiento social total.

En lo laboral, nos encontramos que la persona adicta al juego, piensa en éste y en sus consecuencias durante gran parte del día, por lo que su implicación laboral disminuye. Además se dan ausencias más o menos justificadas. También se dan bajas laborales. La complicación más importante es por supuesto la apropiación indebida de dinero, generalmente sin violencia y con la intención de devolverlo, pues el pensamiento mágico del jugador le hace creer que va a recuperar ese dinero. Si se trabaja por cuenta ajena, se pueden producir despidos y/o denuncias. Si se trabaja por cuenta propia al fuerte endeudamiento o al cierre de los negocios. En García et al., (1991) los problemas laborales afectaban al 45% de la muestra. En el caso de estudiantes, los problemas del juego se manifiestan negativamente en las calificaciones.

Las consecuencias legales se deben al progresivo endeudamiento y la búsqueda de financiación ilegal. La imposibilidad de hacer frente a los pagos o la comisión de delitos, generalmente

sin violencia, conlleva acciones legales por parte de los interesados.

4.2.3.- CONCEPTOS ERRÓNEOS SOBRE LUDOPATÍA

Desgraciadamente todavía prevalecen en la opinión pública una serie de concepciones al respecto, que se dirigen a minimizar el problema o a tratar de justificar su presencia.

Estos son algunos de los mitos que hay acerca de la ludopatía:

1. **La ludopatía es un vicio y la persona jugadora una viciosa.** El vicio es una categoría moral; la adicción al juego constituye un trastorno mental.
2. **Los casos son escasos, aislados.** Se estima que en España la prevalencia del juego patológico es del 3% de la población.
3. **El juego de azar no produce adicción.** Todas las conductas potencialmente adictivas comienzan a ser controladas por reforzadores positivos (el aspecto placentero de la conducta en sí misma), pero terminan siéndolo por reforzadores negativos (el alivio del malestar). En estos casos el sujeto muestra una fuerte dependencia psicológica hacia el juego, actúa con ansia y de forma impulsiva y pierde interés por cualquier otro tipo de actividades gratificantes anteriores, sin ser capaz de controlarse a pesar de las consecuencias negativas experimentadas (Gil Roales, 1996).
4. **La persona ludópata se busca el problema, debería controlarlo, provoca su enfermedad.** Nadie que comienza a jugar a juegos de azar quiere acabar robando a su familia, aislarse, creerse sus propias mentiras y en definitiva acudir a tratamiento. Las propias fases del juego patológico explican la escalada a la adicción. El adicto sopesa los beneficios de la gratificación inmediata, pero no repara en las posibles consecuencias negativas a largo plazo.
5. **La ludopatía es hereditaria** o producto de algún tipo de enfermedad mental o de debilidad. Las conductas de apostar o jugar a juegos de azar son conductas aprendidas a partir de modelos familiares y sociales que consideran el juego de azar un recurso válido para enriquecerse o resolver problemas económicos. Está asimismo fomentada por la sociedad actual, que prima el dinero rápido.

4.3.- EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO SOCIAL

El diagnóstico social para el trabajo con personas ludópatas es definido como “la conclusión elaborada con respecto al conjunto de información relevante de la usuaria o usuario, teniendo en cuenta todos los ámbitos posibles de su entorno: social, familiar, personal, laboral, etc.; que nos permita marcar junto al paciente unos objetivos propuestos a través de sus necesidades y propicie la plena recuperación de la dependencia”.

El diagnóstico social podrá determinar el futuro tratamiento de la persona usuaria, ya que dependiendo de las connotaciones especiales de cada persona se realizarán unas u otras recomendaciones terapéuticas.

Para ellos hacemos una pequeña reseña de aptitudes y actitudes propias de la intervención social:

Actitudes	Aptitudes
<ul style="list-style-type: none">- Mostrar intenso y sincero interés por los problemas de las usuarias o usuarios, que éste percibirá como empatía y en función de esta actitud reaccionará para su tratamiento.- Adecuado nivel ético, entendiendo como tal, la exactitud, claridad y honradez de las respuestas a las preguntas que se formulen.- Huir de los juicios basados en las apariencias, críticas o menos precios.	<ul style="list-style-type: none">- Adecuada formación en el tema a tratar.- Capacidad de observación de la situación.- Apariencia y lenguaje agradable.- Saberse contener y dejar hablar.- Discriminar lo importante de aquello que no lo es. Evitar aspectos “espinosos”- Poder ofrecer información adecuada a cada usuaria o usuario en su momento.- No dar ni quitar razones a las usuarias o usuarios ni a su familia.- Formar la autoexploración del familiar, no entrar en disputas domésticas.- Identificar y reconocer los propios límites.- Redactar un informe claro con exposición de los conceptos y situaciones a destacar.- Aceptar la posibilidad de la llegada de la usuaria o usuario de una manera presionada por su entorno como parte de la evaluación.

4.3.1.- LA HISTORIA/FICHA SOCIAL

Para reunir los datos básicos de la persona paciente, se le realiza el primer documento básico, "La ficha Social".

La Historia/Ficha Social: documento dónde se recogen los datos básicos sobre la situación sociofamiliar de las usuarias o usuarios, valorando posteriormente junto con ellos la evolución acontecida desde el inicio a la dependencia.

Con la historia/ficha Social podremos valorar cómo está la situación actual, cuales son las carencias de la persona paciente a nivel individual, familiar y económico, así como otros datos de interés para el diagnóstico y tratamiento.

La historia/ficha social utilizada para el tratamiento de la ludopatía, es un documento diseñado para recoger los datos más relevantes del usuario/a, por un lado recogerá datos personales y familiares básicos (a través de la ficha) y por otro lado se recogerán los acontecimientos más importantes en la evolución de su dependencias (a través de la Historia); en resumen, sería:

a.- Datos personales:

(Nombre y apellidos, dirección, localidad, DNI, teléfono de contacto, edad, existencia de minusvalía).

b.- Datos familiares:

(Estado civil, convivencia con: parentesco, edades y existencia de personas dependientes en el núcleo familiar y nº de hijas e hijos, edades y relación con éstos)

c.- Datos de la dependencia:

(Edad de inicio al juego y evolución de la dependencia, edad de inicio al consumo de sustancias (si hubiese), antecedentes familiares de dependencia: parentesco. Tipo de dependencia, tratamiento. Tipo de relación. Intentos de deshabituación: indicando si es primera vez o recaída. Centros anteriores de asistencia: nombre, lugar, fechas y tratamientos).

d.- Datos Formativos y Laborales:

(Nivel de instrucción (últimos estudios finalizados), profesión: ocupación, situación laboral actual).

e.- Datos Socioeconómicos:

(Vivienda, tipo de régimen, condiciones de habitabilidad, zona (normalizada/marginal). Ingresos de la unidad familiar. Ingresos medios mensuales. Fuentes de ingresos. Deudas adquiridas por la dependencia (cantidad y personas o entidades).

Con todos estos datos obtenidos, podemos hacer una valoración conjunta de las consecuencias derivadas de la dependencia al juego, como primera motivación para su tratamiento y podemos realizar el mencionado diagnóstico.

No hay un perfil claro de persona ludópata con respecto a características sociales básicas repetitivas, aunque a menudo nos encontramos con rasgos comunes en el diagnóstico, en los que basamos el tratamiento social, según se manifiesten estos rasgos:

- Mala o escasa relación con el núcleo familiar, derivada ésta de las consecuencias de la adicción al juego.

Las parejas o familiares directos de la persona enferma juegan un papel importante en el desarrollo y afrontamiento del problema de la ludopatía. Dependiendo del comportamiento de las mismas una jugadora o jugador puede tener varias respuestas familiares ante el problema; así un familiar protector tratará de cubrir esa laguna económica y tratará de solventar el problema sin dejar que afloren las consecuencias reales de la dependencia, otros por el contrario responden evitando el manejo de dinero y con una "lucha" agotadora, que por otra parte se utilizará como excusa que provoca mentiras y engaños para el manejo de éste.

Los problemas familiares no sólo se basan en la lucha por las "perdidas", sino que afloran otro tipo carencias, especialmente en la pareja y en las hijas e hijos.

* **Problemas conyugales:** falta de diálogo de la pareja, ausencias en momentos especiales, insatisfactorias o inexistentes relaciones sexuales, dificultades en la convivencia, desmotivación por el trabajo, trastornos psicósomáticos y depresivos en las parejas.

* **Dificultades con las hijas e hijos:** falta de responsabilidad, pérdida de protagonismo en la educación, dificultades de relación, distancia entre ambos; en los pacientes y sentimiento de abandono y soledad, depresión, ansiedad, inseguridad, ausencia escolar, aprendizaje familiar erróneo, falta de motivación, dificultades de relación, etc., en los progenitores.

A menudo estas dificultades se entrelazan, y unas son consecuencias de las otras. Un progenitor dependiente, provoca, en muchos casos, que el otro lleve fuertes cargas emocionales y sociales, lo que provoca en las hijas e hijos una pérdida de protagonismo hacia la persona dependiente, que a su vez se siente preso de una falta de apoyo y de una situación que le desborda y es consciente de que el verdadero peso de su problema no nace en el seno familiar, sino en algo que para él/ella se hace incontrolable.

Podemos encontrar verdaderas desestructuraciones familiares favorecidas por la dependencia de uno de los cónyuges, que provocan estar al borde de la "separación" si no lo han estado ya, debido a la desesperación de la situación y falta de apoyo en los mismos.

El primer paso de trabajo con familias es hacerles conscientes de las consecuencias comunes de la ludopatía, relativizar los problemas, hacerles conscientes de que no es algo personal, no es una elección, sino una enfermedad y aportar desde el trabajo social por la plena recuperación de el/la paciente para la recuperación de su entorno familiar. El 80% de los casos una vez superado el periodo de abstinencia, encuentra el apoyo familiar del cual carecían, las familias apuestan por sus dependientes y aceptan la enfermedad comenzando a olvidar los daños causados y asimilarlos como parte de una enfermedad de la que comienzan a ser conscientes.

El trabajo con las familias puede durar entre 3 y 12 meses, dependiendo del grado de afectación de los mismos y del ritmo de recuperación y aceptación de la dependencia de la persona usuaria.

El trabajo familiar se basará desde el trabajo social en dos perspectivas:

- El trabajo con la usuaria o usuario: valorando con ella, el tipo de relación que va tejiendo durante su recuperación, el protagonismo otorgado a los mismos y poco a poco se trabajarán los objetivos familiares marcados, hasta llegar un tipo de relación totalmente normalizada.

- El trabajo con el núcleo de convivencia restante: trabajaremos las carencias que han tenido durante el tiempo de consumo, marcaremos pautas de actuación y sobre todo pondremos a disposición de familiares cuantos recursos sociales tengamos a nuestro alcance para paliar estas carencias: terapias grupales familiares, asociaciones o grupos con afines motivaciones, asesoramiento hacia recursos, etc.

- **Edades tempranas de inicio en la dependencia:** el tiempo de evolución de la dependencia es crucial para el tratamiento. La adquisición de hábitos, que con el tiempo son arraigados, será un papel importante en la recuperación, ya que la eliminación de estos hábitos y la sustitución por otros saludables, dependerá en buena medida del tiempo de consumo que la persona haya tenido. En dependencias con mucho tiempo de desarrollo el cambio de hábitos supone una gran dificultad, ya que la persona una vez abandona el mismo, se siente desubicada, con falta de motivación, vacío y pérdida de sentido, etc. y es entonces cuando hay que poner a disposición de el/la usuario/a cuantos recursos conozcamos adecuados a su perfil, que puedan sustituir los hábitos que tenía adquiridos.

- **Antecedentes familiares de enfermos dependientes,** con o sin sustancia: es un rasgo muy común en las dependencias. Aunque no está muy claro una relación biológica entre progenitores dependientes, ni una disposición genética al juego patológico, si podemos afirmar que existe un componente de aprendizaje social. Una dependencia, mal entendida, puede provocar un hábito, que en sus comienzos sea una forma errónea de utilización.

Por eso, no podemos evitar trabajar los antecedentes, pero sí asesorar, informar y buscar alternativas para que ello no se vuelva a repetir en generaciones venideras.

- **La aparición de otro tipo de dependencias:** en muchos casos está presente el consumo abusivo de alcohol, ya que hay un concepto social de unión entre el juego y el consumo. Es normal ver a una persona jugando a una máquina tragaperras mientras sostiene una copa en la mano. Desde esta perspectiva podemos ver esta unión en algunos factores sociales:

- * Soledad continua frente al juego.
- * Desinhibición conductual.
- * Utilización de alcohol como “anestésico” ante las pérdidas.
- * Potenciación de la idea mágica del juego
- * Etc.

Ante esto el trabajo social que se realiza desde un principio es hacer a la persona dependiente consciente de la consecución de dependencias a las que le ha llevado el juego y la aceptación de éstas como parte de su enfermedad.

- Las deudas adquiridas de la dependencia: bien a entidades financieras, préstamos personas o deudas a allegados o conocidos.

La ludopatía es una dependencia basada en el manejo de dinero, con la idea mágica, de las ganancias que pueden sacarse de éste y con una fuerza imperiosa a jugar, fomentada por este motivo. Si bien es cierto, que cada vez que se realiza un trabajo de recapitulación con la persona paciente sobre ganancias frente a pérdidas, como el primer paso del trabajo de asimilación de deudas, también se manifiesta esa necesidad imperiosa al juego que él mismo ha vivido.

Cuando la dependencia al juego, puede más que la verdadera voluntad de la persona, la persona ludópata necesita dinero para mantener su dependencia, por lo que una vez han agotado el presupuesto familiar, comienza los préstamos a pequeño o gran nivel, siempre con la idea errónea de que algún día podrán saldar su deuda.

Muchas personas pacientes han realizado verdaderas inversiones que no han recuperado, que ha llevado en muchos casos a las familias a vivir en una situación de precariedad absoluta, por ello, como ya hemos comentado, el primer paso, es “la asimilación de deudas y aceptación de las mismas”

Una vez identificadas las deudas el trabajo comienza por la proyección del pago de las mismas, como paso para la liberación de la dependencia. Este trabajo ha de hacerse con pequeños objetivos, haciéndose sentir a la persona responsable de sus actos, pero sin que estas deudas lleguen a provocar una recaída en el juego, por lo que hay que estudiar junto con la persona usuaria sus posibilidades reales de afrontamiento a las mismas.

- El cambio regular de empleo y la pérdida del mismo.

De igual modo que las deudas contraídas por las personas enfermas dependientes al juego, hemos de decir que la pérdida de empleo suele ser parte de “esa mentira”. Una vez por el uso indebido del dinero y otras por consecuencias indirectas derivadas de la dependencia:

- * Desmotivación y falta de implicación en el trabajo.
- * Depresión.
- * Absentismo laboral.
- * Agresividad e impulsividad en el trabajo.
- * Etc.

El trabajo en este sentido comienza por la identificación de las causas que han provocado la pérdida del empleo y el pago de las deudas, si las hubiera. Posteriormente, se trabaja la incorporación paulatina al mundo laboral.

Por otro lado orientar hacia los recursos económicos/sociales, que puedan ayudar a salir al núcleo familiar de la situación de precariedad y que permita al usuario comenzar al usuario su recuperación con cierta tranquilidad.

No podemos hablar de recuperación total de la persona paciente si no se ha cambiado los hábitos llevados a cabo durante la dependencia, es decir: forma de relacionarse, dificultades familiares, problemas de comunicación, mentiras y engaños, falta de autoestima, pérdida de control sobre el tiempo libre, etc.

Por ello, el trabajo social con dependientes comenzará por objetivos pequeños y a corto plazo, que puedan modificar situaciones concretas para pasar a grandes objetivos.

El proceso de tratamiento social está marcado por el diagnóstico social (familiar, socioeconómico e identificación de necesidades), que posteriormente se une al del médico y psicólogo para llegar a la toma de decisiones.

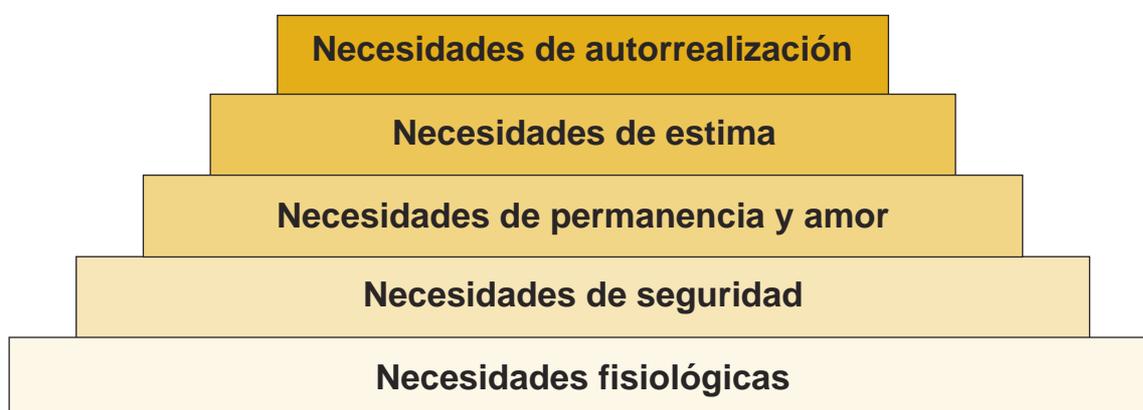
4.3.2.- NECESIDADES DE LAS PERSONAS USUARIAS QUE LLEGAN POR PRIMERA VEZ

Hablar de necesidades es algo impreciso y que a lo largo de la historia se ha tratado de conceptualizar y clasificar. De las múltiples clasificaciones que se han realizado sobre las necesidades, la más clara y conocida es la realizada por Maslow.

Maslow establece una jerarquía entre las necesidades del ser humano. Se plantean distintos tipos de necesidades desde las más fundamentales para la supervivencia hasta el desarrollo completo y la autorrealización.

A medida que van satisfaciendo aparecen otras de rango superior, por ello es necesario determinar las necesidades básicas de la persona usuaria para poder pasar al estado siguiente de motivación. Estas necesidades se dividen en 5 grupos; fisiológicas, seguridad, permanencia y amor, estima y autorrealización.

Estas etapas las podemos comparar con las etapas que sufre un/a dependiente en su proceso de tratamiento y que es necesario evaluar antes de comenzar cualquier tratamiento:



1.- Fisiológicas: la necesidad de la deshabitación y superación del deseo a jugar.

En ocasiones no es solo ese deseo, sino un deterioro psicofísico, producido por la dependencia que hacen estar a la persona usuaria en mal estado.

Esta fase se trabaja a través de los tratamientos básicos de médicos y psicólogos.

2.- Necesidad de seguridad: Una vez recuperado físicamente la persona enferma de ludopatía necesita sentirse seguro de su decisión y por ello necesita conocer a un grupo de iguales, que puedan aportar esa motivación necesaria para el mantenimiento en abstinencia.

Esta fase se trabaja a través de las terapias grupales de nivel.

3.- Necesidades de permanencia y amor: una vez identificado su problemática con el grupo, la persona paciente necesita comenzar a ver gratificado su esfuerzo, y comienza a buscar el afecto perdido en los suyos.

En esta fase se comienza a realizar el trabajo familiar y la implicación total en el tratamiento de todos los miembros.

4.- Necesidad de estima: superado lo anterior el/la paciente comienza preocuparse por las consecuencias de su dependencia y comienza a tener conciencia de su situación social. Es el momento del planteamiento de retomar el manejo de dinero, de comenzar a tejer nuevos lazos sociales, de búsqueda de empleo, de pago de deudas, etc.

5.- Necesidad de autorrealización: en esta última fase, se produce el desapego del tratamiento, vuelve a florecer la personal, la situación familiar es estable, la persona paciente se vuelve a sentir útil, ha recuperado su propia confianza en si mismo, ha ganado su respeto y el de los suyos y comienza a disfrutar de su recuperación.

REFERENCIAS

Ander-Egg E. y Aguilar Idáñez M.J.(1995) Diagnóstico Social. Conceptos y metodología. Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas (ICSA).

Beck AT. (1961). An inventory for measurement of depression. Arch Gen Psychiatr. 561-571.
Blanca Molina M. (2001) El diagnóstico social en el tratamiento del drogodependiente. Centro Provincial de Drogodependencias de Granada.

Blaszczynsky, A. Y Cols. (1985): Pathological gamblers, heroin addicts an control compared on the EPQ. Adiccicts scale. Brit Jr. Of addiction, 8 315-319.

Blaszczynski, A y McConaghy, N (1989): Anxiety and/or depresión in the pathogenesis of addictive gambling. International Jr. Of the addictions, 24 337-350.

Becoña, E (1996). La ludopatía. Madrid: Aguilar.

Carlton, P.L., Manowitz, P. (1987) Physiological factors as determinants of pathological gambling. *Journal of Gambling Behavior*: 274-285

Echeburúa, E. y Báez, C. (1991). Enfoques terapéuticos en el tratamiento psicológico del juego patológico. *Revista española de terapia del comportamiento*, 8,127-146.

Echeburúa, E. y Báez, C. (1994). Concepto y evaluación del juego patológico. En Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.

Echeburúa, E., Báez, C. y Fernández-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24 (1),51-72.

Echeburúa E. y Corral P. (1987). Escala de expectativas de cambio. En Graña (ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Síntesis.

Domingo, A. (Compilador). (2000) *Drogas, Juventud y Exclusión social*. Editorial Universidad Diego Portales. Santiago 1191.

Feuerlein, W. (1977). "Diagnose des Alkoholismus: Der Münchner Alkoholismus-test (MALT)", citado en Rodríguez-Martos (1986).

Fernández-Alba, A. (1999). *Tratamiento psicológico del juego patológico en jugadores de máquinas recreativas con premio*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Tesis Doctoral.

Fernández-Alba, A. y Labrador, F. J. (2002): *Juego patológico*. Madrid. Síntesis.

Fernández- Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997): *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Montalvo, J.; Echeburúa, E. y Báez, C. (1995). El Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP): un nuevo instrumento de "screening". *Análisis y modificación de conducta*, 21 (76), -223.

Fisher, S. (1992). Measuring pathological gambling in children: The case of fruit machines in the U. K. *Journal of Gambling Studies*, 8 (3): -285.

García, J.L., Díaz, C. y Aranda, J.A. (1993): Trastornos asociados al juego patológico. *Anales de psicología*, 9, (1), 83-92.

García Fernández, F. (2001): *La intervención profesional en Trabajo Social: Supuestos Prácticos I*. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social. Málaga.

Gutierrez Resa, A. (2007): *Drogodependencias y Trabajo social*, Ediciones Académicas, s.a.

Ibañez, A. y Sáiz J. (2000). *La ludopatía: una "nueva" enfermedad*. Barcelona. Masson, S. A.

Labrador F. Y Fernández- Alba, A. (1998). *Juego patológico*. En MA Vallejo (Ed). *Manual de terapia de conducta*. Madrid Dykinson, vol 2º

Lesieur, HR. Y Blume, SB. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, (9),1184-1188.

Linden, R.D., Pope, H.G. Jonas, J.M. (1986) *Pathological gambling and major affective disorder: Preliminary findings* *Journal of Clinical Psychiatry*. 201-2003

Locke, H. J. y Wallace, K. M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, -255.

Lorenz, V. y Yaffee, R. (1988). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional, and marital difficulties as reported by spouse. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 13-26.

Maroto Saez, A.L. (2005): Manual de Buena Práctica para la atención a drogodependientes en los centros de Emergencia. Editorial: Consejo General de Diplomados en Trabajo social y asistentes social.

Manowitz P, Amorosora LF, Goldstein HS (1993): Uric acid level increases in humans engaged in gambling: A preliminary report. *Biol Psychol*; 36: 223-229.

Moix Martinez, M. (1991) *Introducción al Trabajo Social*. Trivium. Madrid.

Red Vega, N. DE LA (1993) *Aproximaciones al Trabajo Social*. Siglo XXI. Madrid.

Richmond M.(2005)*Diagnóstico Social* .Consejo General diplomados en Trabajo social .Siglo XXI De España Editores.

Prieto, M. y Llavota, L. (1998). 20 Questions of Gamblers Anonymous: A psychometric study with population of Spain. *Journal of Gambling Studies*, (1), -15.

Ramírez LF, McCormick RA, Russo AM, Taber JI.(1983) Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addict Behav*.

Rodríguez-Martos A.(1989). Estudio piloto estimado de la prevalencia de juego patológico entre los pacientes alcohólicos que acuden al Programa DROSS. *Revista Española de Drogodependencias*.

Rosenberg, A. (1965). *Society and the Adolescent Self-image*. New Jersey: Princeton.

Salcedo Megas, D.(1999):*Los valores en la práctica del trabajo social*, Ediciones Narcea,

Sarason, I. G. (1983). Assessing social support: Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.

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

Shaffer, H. J.; LaBrie, R.; Scanlan, KM y Cummings, TN. (1994). Pathological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS). *Journal of Gambling Studies*, (4), -362.

Spielberg, C. D. , Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press.

Vázquez, J.M.: (1992) Un modelo de evaluación y seguimiento de la inserción-reinserción social de drogodependientes., ISSN 0302-7724, Nº 39-40, (Ejemplar dedicado a: La drogodependencia en España) , pags. 189-232.

Zamanillo, T. y Gaitán, L. (1991) *Para comprender el Trabajo Social*. Verbo Divino. Navarra.

Winters, Kc.; Stinchfield, RD y Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, (1), 63 -84.

5 - TRATAMIENTO

Autores:

Román Fernández Alepuz

M^a del Mar Pérez Pérez

Jesús Villahoz González

5.1.- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

5.1.1.- INTRODUCCIÓN

El juego como actividad lúdica y placentera del ser humano le ha acompañado siempre, hasta donde alcanzan nuestros conocimientos. El problema surge cuando una conducta placentera y divertida se convierte en una conducta problemática por sus graves consecuencias.

La ludopatía (juego patológico, dependencia del juego, etc.), para entenderlo como problema es cuando **la persona no es capaz de controlar sus impulsos de jugar**. Se empieza a ver en la literatura: Freud en 1928 hace un estudio analítico de “El jugador” de Dostoyevski; R. Greene en 1979 publican un estudio preliminar del juego compulsivo. A continuación la APA en 1980 (DSM-III) reconoce el trastorno de juego patológico y lo incluye en el apartado de los trastornos del control de impulsos no clasificados en otros trastornos. En 1987 el DSM-III-R lo asemeja, por los criterios diagnósticos, a los trastornos de dependencia por uso de sustancias. Pero fue la Octava Conferencia Internacional sobre el juego en el 1990 en Londres, donde se aborda de forma unánime este trastorno dentro de la teoría general de las adicciones.

El hecho de que el problema sea tan grave hoy puede deberse según diferentes autores, a la gran disponibilidad del juego; el bajo coste del juego; la promoción y publicidad de los juegos de azar; la interacción de otras sustancias adictivas con el juego; los factores de vulnerabilidad al juego patológico y el gran poder adictivo del juego. Este hecho puede llegar a tener graves consecuencias en la vida personal, familiar, social y profesional de cada persona jugadora. La persona jugadora patológica vive por y para el juego, llegando a prescindir de las necesidades básicas (higiene, alimentación, descanso), se caracterizará por importantes errores cognitivos y mantendrá la ilusión de control sobre el resultado del juego. Se convierte en un trastorno discapacitante de larga evolución, que va a requerir una atención multidisciplinar.

En España, entre el 2 y 3% de la población mayor de 18 años entraría dentro de la categoría de la persona jugadora patológica. La dependencia al juego se muestra fundamentalmente a las máquinas tragaperras, y no es algo que se deba a la casualidad, sino más bien responde a una estrategia que tiene en cuenta otros aspectos psicológicos implicados: amplia difusión, precio bajo de las apuestas en relación al posible premio, corto intervalo de tiempo entre la apuesta y el resultado, manipulación personal de la máquina, luces, música, y tintineo, que suscitan tensión emocional y gran excitación.

Los problemas clínicos, los plantean los juegos de azar que conllevan apuestas de dinero. Según estudios epidemiológicos las máquinas tragaperras es el juego predominante del 75% de los jugadores patológicos.

5.1.2.- PSICOPATOLOGÍA RELACIONADA CON EL JUEGO PATOLÓGICO

No se encuentran investigaciones concluyentes sobre las relaciones de causalidad entre los diferentes trastornos y el juego patológico. Pero sí se puede hablar de la asociación del juego patológico con diferentes trastornos, a nivel correlacional.

1. Los errores cognitivos. Son creencias que le permiten a la persona jugadora confundir el azar con la habilidad en el juego. Les lleva a creer de forma firme que tienen una cualidad especial, llamada suerte, y que otros no poseen. Este don o esta gracia, les va a permitir desafiar las reglas del azar y ganar en el juego.

Dicho de otra forma, esto se denomina ilusión de control. Langer lo definió así en 1975: el individuo, en situación de juego, recurrirá a sus habilidades o a su destreza y desarrollará unas estrategias para vencer al azar que nadie más que él posee, y ganar. De esta manera sobrevalora sus posibilidades subjetivas de ganar, de forma selectiva se fija sólo en los premios, se refuerza su conducta y se incrementa la creencia en sus habilidades y en su suerte. Luego, será la frecuencia con que juegue, quien se encargue de incrementar dicha ilusión de control. Así puede pensar, que si elige el número tiene más probabilidades de que le toque; igual, si manipula los mandos le tocará, etc. Llegará a formular verbalizaciones irracionales, inadecuadas y erróneas, negando que el azar sea el responsable del resultado del juego. Esta forma de pensar llega a hacerse automática y el azar deja de existir.

Los errores cognitivos tienen un peso trascendental en el mantenimiento de su conducta como jugador, y en este proceso se centran importantes corrientes de tratamiento.

2. Depresión: nadie duda de que el juego influye en el estado de ánimo. El juego es una conducta que puede producir ansiedad, depresión, descontrol, baja autoestima, sentimiento de inutilidad, etc., como refiere Elisardo Becoña.

Las personas jugadoras patológicas suelen puntuar más alto en las escalas de depresión, que la población normal o los grupos control. Esto permite pensar que un elevado porcentaje de las personas ludópatas tienen asociados problemas depresivos.

Evaluando la depresión con la escala del MMPI encontraron que había diferencias entre aquellos jugadores de juegos donde se requería ciertas habilidades y aquellos otros de juegos de azar. Estos últimos puntuaban significativamente más alto.

Si atendemos a la variable sexo (García Martínez, 1993) se ve que la depresión tiene una mayor incidencia en las mujeres que en los hombres con problemas de juego patológico en tratamiento.

Lo que no está claro es si precede al problema del juego o es una consecuencia. Parece que hay datos para una y otra postura.

Sí que hay que estar atentos a los estados importantes de depresión, cuando se sospecha riesgo de suicidio. Si al hacer un diagnóstico diferencial se detecta un trastorno afectivo, es recomendable contar con el apoyo farmacológico.

3. Ansiedad: es un trastorno relacionado con todo tipo de trastornos adictivos e igualmente con el juego patológico. Estudios con diferentes instrumentos han detectado este trastorno casi en la mitad de las personas jugadoras patológicas tratadas.

Se ha detectado, que para algunas personas jugadoras patológicas, el juego constituye una estrategia para evitar la ansiedad o la depresión, y para otras es una forma de incrementar

el nivel de activación, tanto a nivel cognitivo como fisiológico. En cualquier caso, el mantenimiento de la conducta del juego a lo largo de todas sus fases conlleva un estado de ansiedad. Y esto tiene relación con la aparición, en otros casos, de diferentes trastornos psicósomáticos: dolores de estómago, insomnio, desmayos, dolores de cabeza, asma, contracturas musculares y de espalda, o problemas de la piel.

4. Trastornos de personalidad: el DSM-III unía el trastorno antisocial de la personalidad al juego patológico, de forma que si se diagnosticaba como trastorno antisocial, se excluía el diagnóstico del juego patológico. Luego, el DSM-III-R los consideró como entidades clínicas independientes, así como en el DSM-IV. Cuando las investigaciones comparan las edades de inicio de los jugadores con los rasgos de personalidad antisocial, parece que aparecen en paralelo con las conductas de juego.

Rosenthal ha hablado del trastorno narcisista de la personalidad, que puede estar asociado a la persona jugadora patológica, contemplado desde la clínica, más que desde lo experimental. Blaszczynski y McConaghy no ven evidencia en que la persona jugadora patológica que han desarrollado conductas delictivas tengan un trastorno de personalidad.

Un conjunto de investigadores han estudiado la personalidad de las personas jugadoras patológicas sin haber podido llegar a concluir, que exista un tipo de personalidad premórbida.

5. Otras conductas adictivas: esta relación ha sido estudiada en diferentes países, y casi podemos trasladar los datos al nuestro, sobre todo relacionado con el alcohol. Hay autoras y autores que hablan de aproximadamente un 40% de personas con adicción al alcohol o dependientes de otras drogas entre una muestra de personas jugadoras patológicas. Otros estudios dan unos resultados que oscilan entre el 15% y el 89%. También el hecho de tener los padres con problemas de alcohol o drogas era casi la mitad de la muestra.

Si contemplamos la asociación entre abuso de alcohol y de tabaco, es de esperar la asociación jugador patológico y dependiente de la nicotina. Los estudios de Becoña sacan que 3 de cada 4 jugadores patológicos fuman, mientras que en la población sólo una 1 de cada 3. Más investigaciones han estudiado la correlación alcoholismo-ludopatía, encontrando resultados similares en las escalas.

Todos estos datos llevan a pensar, para algunos autores, que la adicción es una y lo que varían son los medios. Incluso desde el estudio de los mecanismos neuroquímicos se están encontrando razones que justifican esta teoría y que abren puertas a la investigación y los tratamientos farmacológicos. Pero hoy día esta posición no explica todos los casos. No obstante, ante la correlación tan importante entre el juego patológico y determinadas adicciones a sustancias, debe alertarnos a:

- evaluar la posible existencia del consumo de alcohol u otras sustancias en las personas jugadoras patológicas;
- si esta asociación se produce, los resultados del tratamiento pueden empeorar;
- en los casos que ha existido una adicción a sustancias previa, al resolverse el juego patológico se puede dar un incremento en el consumo anterior;

- tener en cuenta que la probabilidad de recaída es mayor en estos casos.

6. Problemas familiares: el juego crea un clima familiar difícil de soportar tanto para el otro miembro de la pareja como para las hijas e hijos. La falta de dinero sin justificar da pie a diversas consideraciones, que en muchos casos terminará en la ruptura, si no en unas diferencias casi insalvables o con problemas para el desarrollo de las hijas e hijos. Esto, sin olvidar la posible causa de patologías graves en el otro miembro de la pareja aunque esta se mantenga (suicidios, depresiones, cefaleas, somatizaciones, etc.).

Esta espiral de problemas irá incrementándose en la medida en que la jugadora o el jugador evoluciona desde la fase de ganancia hasta la fase de desesperanza.

7. Trastornos socio-laborales: a medida que la persona jugadora centra su vida en el juego, va abandonando las actividades de carácter social y a su vez, éstas pierden su poder de gratificación.

En aquellos casos relacionados con delitos judiciales, estos suelen ser de carácter no violento y no se tiene conciencia de hacer algo ilegal; suelen verbalizar que su intención era devolverlo con las ganancias del juego.

A su vez, el hecho de centrarse en la conducta del juego y lo que ello conlleva va provocando un deterioro en su rendimiento laboral (incumplimientos de horario, absentismo, malas relaciones con las compañeras y compañeros, descubrimiento de fraudes, no pagar las deudas, etc.), que suele acompañarse del despido o frecuentes cambios de trabajo. Algunos estudios refieren que el paro es dos veces mayor entre los jugadores patológicos en tratamiento que entre la población general. Y casi la mitad de quienes juegan admiten que el juego les ha influido directa e indirectamente en las ocasiones que han faltado al trabajo.

En el caso de las mujeres amas de casa, abandonan las tareas domésticas, peleas con su marido, que pueden llevar al maltrato y a la separación.

5.1.3.- TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Partimos del supuesto que consideramos el juego patológico dentro del marco de la teoría general de las adicciones, aunque como se ha dicho tiene fenómenos específicos y diferentes como es el fenómeno de la “caza”. Verlo dentro de este paradigma ha provocado, que se adapten modelos de tratamiento ya existentes en otras adicciones.

La persona jugadora patológica se caracteriza por una dependencia emocional del juego, una pérdida de control y una interferencia negativa en el funcionamiento de la vida diaria.

Cuadro 1

Tratamientos psicológicos del juego patológico	
* Hasta los años 50	Enfoque Psicoanalítico.
* A partir de los 60	Enfoque Conductual.
* A partir de los 90	Cognitivo-conductual. Multicomponentes.

Haciendo un breve resumen de las corrientes que han marcado la pauta en el tratamiento en el último medio siglo, se puede ver que se han dado pasos de gigante. Hasta los años 50 predominó el enfoque psicoanalítico, pero ante los resultados poco satisfactorios, ha dejado de aplicarse en los problemas adictivos y se encuentran pocas publicaciones, sobre todo en la adicción al juego patológico. Entre los escasos trabajos psicoanalíticos, Berger (1957) publicó un estudio con 60 jugadores, mencionando una mejoría en 14 y no refiriéndose casi a los 46 restantes. Freud veía al juego como una forma de adicción relacionada con el complejo de Edipo. Como el joven desea a su madre como escape de la masturbación, el jugador utiliza el juego como sustituto de la masturbación y como una forma de auto castigo, que secundariamente se convierte en una fuente de placer. Viéndolo así, tendría un componente masoquista. Berger ve el componente masoquista, por la forma de auto castigo, pero el origen de la culpa estaría en la relación con las figuras de autoridad. Otros autores ven su origen en las etapas preedípicas; los mecanismos de defensa como la omnipotencia y la negación justificarían la irracionalidad del jugador al pretender ganar contra toda lógica. De aquí que haya autores que detrás del problema del juego patológicos vean subyacente el trastorno narcisista de la personalidad como muy característico de esta adicción. En definitiva, esta teoría sostiene que el juego patológico es una forma de auto castigo por culpas subjetivas no resueltas, o un comportamiento inmaduro, infantil, como intento de compensación de frustraciones instintivas o de prolongación o detención de las satisfacciones primordiales auto eróticas, agresivas, etc. Como se resalta en el capítulo que habla del modelo psicoanalítico.

En los 60 aparecen los primeros tratamientos conductuales, que parecen más efectivos. Aunque no hay estudios que identifiquen el componente activo de los tratamientos, según Allcock; los tratamientos conductuales favorecen que durante los años 70 y 80 se diseñen programas de amplio espectro para modificar distintos aspectos alterados del jugador patológico, basados esencialmente en procedimientos de modificación de conducta; ya que ninguno de los tratamientos es por sí solo una respuesta definitiva. Y a partir de los 90 el interés se centra en los enfoques cognitivo-conductuales y en los programas multicomponentes, que trabajan sobre las áreas principales del sujeto: personal, familiar, laboral y social.

También se frecuentan los tratamientos multimodales, que combinan un grupo de técnicas que han demostrado su eficacia, bien de forma independiente o bien en conjunto. Tienen la ventaja de que abarcan los tres niveles de respuesta: motora, cognitiva y fisiológica.

De cara a fijarnos en el objetivo último e ideal de nuestra intervención, aunque el objetivo general asumido es el abandono total del juego de azar, no debemos desechar objetivos intermedios como la reducción de la carga adictiva del juego, la reorganización de la vida y la reincorporación responsable a sus obligaciones. Y según el caso controlar su posible patología dual.

Respecto a las condiciones de aislamiento o ambulatorias, ideales para llevar a cabo el tratamiento del juego sin más, estas no exigen que sea en régimen de internamiento, por dificultades de diferente naturaleza. Pero sí hay casos en los que puede plantearse, cuando se dan personas jugadoras que carecen de apoyo familiar y social, con ideas de suicidio o con una desorganización conductual grave debido a un trastorno adictivo múltiple. De lo contrario una alternativa eficaz es la modalidad ambulatoria.

Ante este reto, hoy podemos ser más optimistas que años atrás. Pero conviene resaltar que cuanto antes se aborde el problema, se facilita un mejor resultado.

Las técnicas psicológicas que voy a describir se resumen en el cuadro 2.

Cuadro 2

Técnicas del tratamiento psicológico del juego patológico.
Motivar y sensibilizar.
Terapia de Conducta.
Terapia Cognitivo conductual.
Prevención de recaídas.
Juego controlado.
Terapia de grupo.
Terapia de pareja o de familia.
Grupos de autoayuda.
Programa Multicomponentes.

PARTES DEL TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO

A grandes rasgos podemos hablar de tres grandes partes en el tratamiento de la persona jugadora patológica (ya mencionadas por McCormick, 1993): motivar y sensibilizar a la persona paciente hacia el tratamiento, estabilizarlo en los logros conseguidos y prevenirle de las recaídas.

Cuadro 3

Partes del tratamiento del juego patológico
1. Motivar y sensibilizar
2. Estabilizar en los logros conseguidos.
3. Prevenir de las recaídas.

Refiriéndonos a estos primeros momentos de la intervención, suele darse, que en la mayoría de los casos de trastornos adictivos no siempre la persona implicada tiene claro que tiene un problema y que ha de resolverlo, mostrándose totalmente dispuesta a cambiar. Estas personas requieren una intervención que les ayude a superar la ambivalencia, la ambigüedad y a aumentar la motivación hacia el cambio. Asumir y comprometerse con un tratamiento. En estos casos la intervención más adecuada es la aplicación de las líneas descritas en **la entrevista motivacional** (Miller y Rollnick 1999).

Una vez la persona acepta trabajar para el cambio, la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de las pautas prescritas aumentarán. En aquellos casos en que nos llega diagnosticado

y motivado, se facilitará el inicio.

Una vez nos decidimos y se dan las condiciones del tratamiento, voy a describir las distintas técnicas psicológicas que están demostrando su eficacia. Qué técnica, bien aislada o en combinación, o qué programa aplicar nos lo debe indicar la actitud que demuestre la persona y la evaluación diagnóstica realizada.

La distinción de las técnicas en función del proceso de tratamiento se refleja en el cuadro 4.

Cuadro 4

Técnicas en función de la fase del tratamiento.
* Técnicas encaminadas a la suspensión del Juego Patológico. * Técnicas de deshabitación del J. P. * Técnicas para el mantenimiento de la suspensión del J. P. * Tratamiento de los trastornos y psicopatología asociada.

SUSPENSIÓN DEL J. P.

Desde la terapia de conducta se entiende el juego patológico como una conducta desadaptativa aprendida que puede ser desaprendida o sustituida por otras conductas más adaptativa y no patológica. Se destacan: (cuadro 5)

Cuadro 5

Técnicas para la suspensión del J. P.
- Técnicas aversivas. - Desensibilización imaginada más relajación. - Control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuestas.

a) las técnicas aversivas: se utilizaron con frecuencia durante los años 70 en los trastornos adictivos como el alcohol y el tabaco. Primero se utilizaron descargas eléctricas. Se observó su gran capacidad para reducir e interrumpir la conducta del juego en un periodo corto, pero no mucha eficacia a largo plazo.

b) Luego fueron sustituidas por la **desensibilización imaginada** más la **relajación**, utilizadas dentro de programas multicomponentes. Tienen como objetivo la reducción de la ansiedad en situaciones imaginadas de juego ayudado con alguna técnica de relajación. Se pretende que esto lo traslade la persona jugadora a aquellos momentos de la vida cotidiana en que se requiera.

Parten de la teoría del “mecanismo de ejecución conductual” (McConaghy). Se asocia la conducta del juego a alteraciones de la activación fisiológica (ansiedad). Entiende que una conducta que se repite habitualmente, establece un mecanismo neurofisiológico de ejecución. De esta manera cualquier estímulo que precede a la ejecución de dicha conducta es capaz de activarlo. Si la conducta no se ejecuta porque sea prohibida, se incrementa la activación y se produce un estado de malestar. Habría que interrumpir la conducta y reducir la activación.

Con la técnica de la desensibilización imaginada y la relajación se demuestra la teoría de que la conducta del juego está mantenida por la ansiedad suscitada por la anticipación cognitiva de una conducta de juego (Blaszczynski). En un estudio de este autor, la desensibilización en imaginación demostró mayor eficacia que técnicas conductuales como las aversivas, la desensibilización sistemática, la relajación y la exposición en vivo. Igualmente lo demostró McConaghy (1991).

c) Control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuestas:

Primero se le entrena en la técnica del **control de estímulos**. Con ella se evita la conducta en aquellas situaciones estimulares (dinero, calles, bares, jugadores, etc.) ante las que tiene una necesidad irrefrenable de jugar. A medida que avanza en el tratamiento el control se hace menos estricto. Es una técnica que no suele utilizarse de forma aislada y fuera del contexto de un programa más amplio. Es útil en la fase inicial del tratamiento, porque dificulta al máximo la posibilidad de jugar, controlando el dinero y evitando las situaciones de jugar y permite lograr una mejoría evidente.

Pero esta es una técnica basada en la evitación y quedarnos aquí sería insuficiente.

Con la técnica de **la exposición a los estímulos en vivo con prevención de respuesta**, se expone a la persona jugadora a la situación problema en la tragaperras del bar realmente, pero sin permitirle jugar ni retirarse hasta que no haya controlado al menos parcialmente la ansiedad (previamente se le ha entrenado en el manejo de alguna técnica de relajación, ya sea ejercicios de respiración profunda, relajación muscular o relajación mental), indicándole al mismo tiempo de que se prevenga de llevar a cabo su conducta habitual de jugar. El objetivo es la habituación a los estímulos que anteceden a la conducta de jugar y se produzca la extinción. Se pretende que la persona jugadora aprenda a enfrentarse a las situaciones de riesgo, mediante estrategias diferentes al juego. Le ayuda a manejar la intranquilidad subjetiva, provocada por el ansia de lo prohibido. Con ello extingue el deseo de esa conducta y al lograrlo está preparado para enfrentarse a las situaciones sin escapar.

Para ello hay que:

- a) jerarquizar y graduar las señales de peligro,
- b) eliminar el potencial elicitor de estas señales,
- c) extinguir el deseo de esta conducta.

Es una técnica que se ha mostrado especialmente útil para los trastornos fóbicos y obsesivo-compulsivos, donde la impulsividad es un componente muy importante. Son técnicas que reducen la ansiedad y controlan aspectos importantes implicados en el desarrollo y mantenimiento de la conducta de jugar. Los demás aspectos de dicha conducta requerirán procedimientos diferentes.

DESHABITUACIÓN DEL J. P.

La **terapia cognitivo conductual** está orientada a cambiar las creencias y los pensamientos inadecuados (errores cognitivos) en las personas jugadoras patológicas. Aborda los procesos cognitivos subyacentes a la conducta humana, y considera que la conducta del juego está mantenida por cogniciones desadaptativas que llevan a la persona a jugar; por la percepción errónea de su conducta sobre el juego y sobre sus resultados.

Cuadro 6

Técnicas de deshabituación del J. P.
<p>* Terapia Individual:</p> <ul style="list-style-type: none">- Cognitivo conductual.- Prevención de recaídas.- Juego controlado. <p>* Terapia de Grupo:</p> <ul style="list-style-type: none">- Cognitivo conductual.- Prevención de recaídas.- Programas multicomponentes.

En este sentido y para abordar las distorsiones cognitivas hay autoras y autores que aplican la terapia cognitiva de Beck (trabajando las diferentes distorsiones cognitivas), y la terapia racional emotiva de Ellis, que a través del modelo A-B-C-D-E la persona jugadora va aprendiendo a detectar sus pensamientos irracionales, identificándolos, debatiéndolos, interrumpiendo la conexión entre el sistema de creencias y las consecuencias emocionales para obtener otras consecuencias emocionales más ajustadas. Estas técnicas suelen formar parte de un programa multicomponente, y no se suelen aplicar como una finalidad en sí misma.

La terapia cognitiva propuesta por Ladouceur y los colaboradores, comprende seis fases:

- a) análisis de los hábitos de juego,
- b) información sobre el juego,
- c) explicación de la noción de irracionalidad,

- d) identificación de los pensamientos irracionales,
- e) comprensión de la noción de racionalidad,
- f) corrección cognitiva.

Dentro de esta técnica cognitivo conductual destacan aquellos programas multicomponentes.

Aquí entraría el programa de tratamiento descrito posteriormente de Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo (1994, 1996) con técnicas conductuales y cognitivas.

Prevención de recaídas

Este es un aspecto de suma importancia en todas las adicciones, por el hecho de que entre el 40 y 60% recaen en los seis primeros meses y por lo que supone de fracaso en el mantenimiento de la abstinencia. Por otro lado, está el efecto de que a medida que se prolonga el control sobre la conducta aumentan las expectativas de éxito.

Ya digo que, independientemente del trastorno adictivo de que se trate, está asociada a las mismas tres situaciones de alto riesgo: estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social (según el modelo de Marlatt, Gordon y Brown). Otro aspecto que se le añade es el deseo de probar la capacidad de autocontrol.

Las consecuencias de una recaída varían en función de la frecuencia, la duración y la actitud de la persona. Sí es conveniente distinguir entre “caída”, conducta ocasional y aislada en el tiempo por no valorar suficientemente el riesgo de una determinada situación, y la “recaída”, que sería recuperar el patrón conductual problemático anterior. Esta distinción es importante tanto para ver el éxito terapéutico, como para que la persona jugadora no viva como irreversible un episodio aislado. En el proceso de recaída se debe determinar qué principios psicológicos están presentes para que se produzca y cuál es la relación psicológica que se establece con el posterior consumo descontrolado.

Entre los dos aspectos más importantes destaca: 1) la exposición a una situación de alto riesgo, sin las estrategias adecuadas para afrontarla; y 2) experimentar el proceso cognitivo denominado **efecto de violación de la abstinencia (EVA)**. Los componentes básicos cognitivos de este efecto son, en primer lugar la **disonancia cognitiva** entre lo que uno piensa de sí mismo como no jugador y el hecho de invertir dinero jugando. Las primeras jugadas después de un periodo de suspensión del juego le provocan un estado de malestar emocional y sentimiento de culpa. Dicho sentimiento se reduce por la repetición reiterada de la conducta de jugar. Además, hay que lograr convivir con la nueva imagen de uno mismo, para lo que es necesario reestructurar la imagen propia con la recaída. Y esto se logra con mensajes y pensamientos como: no estoy curado, la enfermedad puede más que yo, de esto no se sale, etc. Así se llega al otro componente cognitivo que es la **atribución a la causa interna**. Se busca la responsabilidad de lo ocurrido. El sujeto se ve incapaz de esforzarse para resistir o incentivarse para el esfuerzo, con mensajes o pensamientos como: débil fuerza de voluntad, incapaz de controlarse, o pensar que la enfermedad que tiene está por encima de él.

Cuando se suman estos factores la probabilidad de recaída es mayor y en consecuencia la pérdida de control.

La recaída también está en relación con el tiempo que pasa sin jugar y los compromisos personales o con terceras personas que haya adquirido. Cuanto más largos sean los periodos sin jugar, mayores sean sus compromisos con terceros y más implicado esté en redes sociales, habrá mayores garantías de no recaer.

Blaszczynski (1991) en un estudio de seguimiento después de 9 años, con personas que habían realizado tratamiento, los dividieron en dos grupos: uno aquellos que habían mantenido la suspensión de la conducta de jugar de forma total, y en otro, aquellos que habían tenido recaídas breves e intermitentes. El resultado fue que ambos mejoraron significativamente en los diferentes índices, concluyendo que las recaídas breves a lo largo del tiempo, no tiene por qué asociarse invariablemente con el desarrollo completo de la conducta del juego patológico.

Las cuestiones a tener en cuenta en esta técnica y que nos van indicando las estrategias a seguir son:

- a) Hablar abiertamente con la persona jugadora del riesgo de recaída en la evolución del tratamiento. El jugador no debe interpretar esta situación como debilidad o fracaso personal, pues corre riesgo de abandono. Sí debe estar atento, pues se puede dar en cualquier momento evolutivo. Para ello no es excusa el tiempo pasado.
- b) Hay que ayudarlo a identificar las situaciones de alto riesgo. Pues son las que pueden aumentar la probabilidad de recaer. Prepararlo a mantener una inquietud de alerta
- c) En estas situaciones problemáticas, enseñar a la persona jugadora estrategias como técnicas para reducir la ansiedad, técnicas de interrupción del pensamiento, habilidades de autocontrol, entrenamiento en resolución de problemas y técnicas de reestructuración cognitiva.
- d) Estimularle a que cambie su estilo de vida y determinados hábitos rutinarios. Aprendiendo a disfrutar del tiempo de otra forma satisfactoria.
- e) Si se produce la recaída, hay que utilizarlo como un elemento importante del proceso terapéutico. Se trata de aprender de los errores como de los aciertos.

Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez (1999) en un estudio específico del juego patológico, llegan a jerarquizar las situaciones precipitantes de recaída en: el manejo inadecuado de dinero está presente en casi la mitad de las recaídas; los estados emocionales negativos, en el 25% (aburrimiento/tristeza, ansiedad/estrés, ira/discusiones); y el consumo abusivo de alcohol, el deseo incontrolado por el juego y la presión social, constituyen las demás y el resto del porcentaje.

En esta estrategia, conocer los factores precipitantes es fundamental.

El juego controlado

El concepto de juego controlado se relaciona con el concepto que se tenga de recaída. Muchos programas actuales consiguen más bien el juego controlado que la suspensión total del juego. Sobre todo en aquellos casos que después del tratamiento la persona no cumple los criterios de juego patológico.

El grupo de Ladouceur en Canadá, tomando como objetivo el juego responsable o controlado, pone el énfasis en corregir la percepción errónea del concepto de probabilidad de ganar y en las estrategias para prevenir las recaídas. Con un grupo de cinco personas consiguieron que a los 6 meses cuatro de ellas, disminuyeran el deseo de jugar, mejoraran la percepción de control y no cumplieran los criterios diagnósticos del DSM – IV.

Posteriormente tomaron un grupo de terapia cognitiva de 66 sujetos y lo compararon con un grupo control de lista de espera de 29 sujetos. Después de 12 meses, el 86 % de las personas habían demostrado una clara mejoría. Las objeciones que se le ponen a este estudio es el alto índice de abandonos, un 47 % de las personas pacientes tratadas durante las 20 sesiones, y que el grupo control es una lista de espera.

Rosecrance (1988) propuso un programa de control del juego, con el apoyo de personas jugadoras activas no problemáticas: les adiestró en estrategias de autocontrol, cómo separarse temporalmente del juego, a reducir la cantidad de apuestas, y definirse por un tipo de apuestas sin jugar a todo, entre otras situaciones.

Otros apoyan este objetivo terapéutico en la necesidad de ofrecer alternativas al tratamiento más atractivas para las jugadoras y los jugadores, sobre todo en personas jugadoras que se encuentran en etapas iniciales. El uso controlado puede incrementar el sentimiento de autoeficacia y con ello la probabilidad de que continúe el tratamiento e incluso acepte la suspensión total como objetivo último. En este sentido, Dickerson (1990) observó en un estudio, que aquellas personas jugadoras que se proponían como objetivo el juego controlado, dejaban de jugar completamente en una proporción mayor, que aquellos que desde el inicio se planteaban la suspensión completa.

De todas formas, también me adhiero a que hemos de seguir estudiando estos planteamientos y definir mejor los indicadores de un tratamiento con éxito, publicar más resultados y así sacar conclusiones más definitivas. No sólo fundamentándonos en los estudios experimentales, sino constatando y publicando la experiencia clínica.

Programa multicomponentes

Los programas multicomponentes surgen como estrategias globales para el juego patológico. Las distintas técnicas se suelen centrar en alguno de los múltiples factores que intervienen en la conducta del juego. En otros casos no se da excesiva importancia a problemas concomitantes como la disfunción familiar, los problemas de pareja, las deudas económicas, los problemas laborales, o los conflictos de relación social, porque deducen que al solucionarse el problema del juego se solucionan los demás. Y hay casos en que así sucede. Pero si no sucede así, estos problemas pueden convertirse en factores precipitantes de recaída.

Ladouceur y otros hicieron un programa con cinco componentes para tratar a personas jugadoras patológicas, tratando de abordar diferentes conductas y problemas del jugador. Constaba de:

a) Información sobre el juego.

Se les informa de en qué consiste el juego, el azar, cómo surge la percepción ilusoria de control y cuál es el fin del juego.

b) Corrección de las creencias erróneas.

Se le indica que piense en voz alta cuando juega, para registrar las verbalizaciones inadecuadas. Esto se hace en vivo y luego se lleva a la consulta, o se hace en imaginación. Parece absurdo que una persona arriesgue su dinero en un juego de azar en el que siempre hay más probabilidades de perder que de ganar. Este autor lo explica a través de la distorsión cognitiva que le hace a la persona jugadora tener la sensación de control. Para modificar esta distorsión se plantea:

- análisis de los hábitos del juego;
- información sobre el juego de azar;
- explicación de la noción de irracionalidad;
- identificación de los pensamientos irracionales;
- comprensión de la noción de racionalidad;
- corrección cognitiva.

En este modelo resalta el registro de las verbalizaciones en situaciones de juego real en el laboratorio, analizar sus creencias erróneas y verbalizaciones inadecuadas, para luego corregirlas con reestructuración cognitiva. Este autor ha demostrado que el 75% de las verbalizaciones de las personas jugadoras, tanto normales como patológicas son erróneas respecto al azar. Por esto insiste en este aspecto tan importante tanto para interrumpir la conducta de jugar como para mantenerse sin jugar. Para que las personas consiguieran pasar de las verbalizaciones, les hacía expresar en voz alta todo lo que se dicen cuando están en situación de juego, aunque parezca fuera de lugar o inapropiado. Luego establecía categorías y con las las analizaba en racional/adecuada e irracional/inadecuada, y si tiene en cuenta el azar como determinante del juego.

c) La solución de problemas.

Se le hace ver la influencia entre las dificultades de solucionar sus problemas y el implicarse en las actividades del juego. Se le adiestra para que 1) tenga una orientación general del problema, 2) defina los problemas, 3) genere varias soluciones alternativas, 4) ponga en marcha soluciones, y 5) establezca criterios para valorar las alternativas, elija la más adecuada y compruebe su eficacia. Se le anima a que amplíe las actividades sociales y a organizar un presupuesto y un plan de devolución de las deudas.

d) Entrenamiento en habilidades sociales.

En aquellos casos donde se vea su necesidad, se le clarifica la conexión entre un déficit de habilidades sociales y su implicación en el juego. Entrenamiento en asertividad, habilidades de comunicación, etc. Se puede utilizar el juego de roles para practicar este tipo de respuestas.

e) **Prevención de recaídas.**

No me extendiendo en esto porque está descrito con anterioridad.

Al mismo tiempo se tratan aquellos otros trastornos asociados al juego: abuso de alcohol, depresión, ansiedad, problemas de pareja, organización del dinero y el tiempo libre, etc.

Los resultados que obtienen son muy positivos.

No obstante, en el programa de Echeburúa descrito más adelante (que entraría dentro del apartado de los multicomponentes), la técnica de la reestructuración cognitiva mostró una eficacia inferior a la de exposición en vivo. Esto no quita que las distorsiones cognitivas tengan una importancia mayor en el juego que en otros trastornos adictivos, pero a nivel empírico no se observa un apoyo inequívoco en todos los casos de tratamiento de la ludopatía. (Se describe en el capítulo sobre Eficacia de los tratamientos).

Blaszczynski (1993), considera que es imprescindible tratar hoy los problemas asociados al juego. Estos programas han de estar diseñados individualmente en función del tipo específico de juego a mantener la suspensión y prevenir la recaída. Con ello se trata el problema real y no una parte del problema. Así tendremos más garantías de que deje de jugar y se mantenga ajeno con más probabilidad a lo largo del tiempo (según Becoña).

Los componentes específicos que debe tener un tratamiento de juego patológico según este autor son:

- 1. Técnicas de control de estímulos** para evitar la exposición a señales, situaciones o contactos del juego, o con otros jugadores para reducir el riesgo de recaída.
- 2. Técnicas del control del estrés** para incrementar o mejorar las habilidades de afrontamiento apropiadas. La relajación puede descender la activación y reducir la ansiedad.
- 3. Medicación antidepressiva** cuando el humor disfórico es primario.
- 4. Terapia cognitiva** para reducir las creencias, actitudes y expectativas disfuncionales respecto al juego. Insistiendo en la prevención de recaídas.
- 5. Terapia de pareja** cuando surge la pérdida de confianza y es fuente de conflictos. El jugador a menudo reacciona con ira por la continua duda y juega por revancha.
6. Se debe **restituir las deudas**. Hay que adquirir habilidades presupuestarias y aceptar la responsabilidad de devolver las deudas; aunque hay casos en los que la devolución no es factible de forma real. Cuando la presión de cumplir con las obligaciones financieras es rigurosa, la urgencia de ir a jugar e ir a la "caza" de las pérdidas, puede llegar a ser insuperable.
7. Implicación en un **ocio adaptativo**, preferiblemente durante las horas que son incompatibles con el juego.

8. Atender a los posibles problemas de **abuso de sustancias**. La psicoeducación de los procesos adictivos, la psicoterapia y el consejo pueden ayudar.

9. Asistencia continuada a Jugadores Anónimos (países anglosajones), por estar asociada al mantenimiento de la abstinencia.

5.1.4.- Estrategias para el mantenimiento de los logros.

Cuadro 7

Estrategias para el mantenimiento de los logros
<ul style="list-style-type: none">• Terapia de grupo.• Programas multicomponentes.• Terapia de pareja o familia.• Grupos de autoayuda.

Terapia de grupo

Este tipo de terapia es frecuente en toda modalidad de trastornos adictivos. Puede ser un componente más del tratamiento o el componente principal. Hay autores como González, que sugiere se separe en grupos distintos a las personas pacientes y a sus familiares, fundamentalmente a su pareja por el deterioro que existe en dicha relación. Sobre todo en los primeros meses. Los grupos no debieran ser superiores a 8 miembros y pueden oscilar entre seis meses y un año.

Diferentes autores encuadran los grupos de terapia en programas más amplios. El grupo de Ladouceur en 1994 utiliza un grupo de terapia donde combinan la intervención conductual, con reestructuración cognitiva y prevención de recaídas y refieren haber mejorado los resultados.

Bien si se aplica esta técnica sola o combinada con otras técnicas, se resalta como ventaja la dificultad para la persona paciente de mantener mecanismos de autoengaño, además de que el hecho de acudir regularmente a las sesiones mantiene el control sobre el juego, proporcionando apoyo social (reduciendo la sensación de soledad) y proveyéndole de modelos de actuación durante el tratamiento y sobre todo después.

Terapia de pareja o familia

Cuando se detecta a una hija o un hijo con un problema de juego patológico, es aconsejable acudir a una persona especializada en trastornos adictivos o a alguna asociación específica para ello. Cuanto antes se detecte, mayores garantías de recuperación e interrupción de la conducta. Si se da el caso de que el proceso de recuperación sea largo y costoso, la familia ha de jugar un papel muy importante para incentivar y animar al sujeto a seguir el proceso, para revisar y contrastar las tareas, así como animarle en los progresos que va consiguiendo. Este papel va a ver el resultado igualmente en la adherencia al tratamiento y en la finalización del proceso.

Normalmente las familias se encuentran sorprendidas por problemas de esta naturaleza y no suelen saber qué hacer. De ahí que lo primero que haya que hacer con ella es transmitirles una información necesaria para que entiendan el problema y recuperen la serenidad necesaria. Hacer unas sesiones previas de tipo didáctico informativas. Han de saber en qué consiste, cómo se mantiene y cómo evoluciona el tratamiento.

Después de esto se debe llegar a un consenso y a un acuerdo en cuáles son los objetivos a plantearse y marcar las estrategias de intervención para lograrlo. Se puede abordar en familia de forma individual o en grupos de familias. Siempre con la mirada puesta en que se esté facilitando el cambio y a la vez mantenerlo. Por ello, se tratarán aquellos aspectos relacionados con esto.

Entre los aspectos a considerar, se deben mencionar:

- Reforzar todos aquellos esfuerzos y logros por cambiar y mantener el cambio en la persona jugadora.
- Resaltar los comportamientos de los familiares que facilitan los cambios de conducta y la adquisición de otras alternativas.
- Eliminar o reducir los comportamientos familiares que pueden estar facilitando la conducta de jugar.
- Concretar normas en la familia con respecto al dinero, organización de su entorno, horarios, participación en los actos comunes de la familia.
- Adiestramiento en nuevas formas de tomar decisiones.
- Adiestramiento de la familia como coterapeutas.

Si la ludopatía se da en uno de los miembros de la pareja y se dejan al margen al resto de los miembros de la familia por el motivo que fuere, pero se ve necesario una intervención de pareja y así se consensúa con ellos, puede trabajarse la pareja desde la terapia cognitiva y la terapia de conducta (contrato de contingencias). Esta técnica parte de que la disfunción matrimonial se da cuando los miembros de la pareja mantienen expectativas irreales sobre la misma, y hacen evaluaciones muy negativas cuando no están satisfechos (Ellis).

Los tres aspectos cognitivos más importante de esta terapia con parejas son:

- la modificación de expectativas irreales sobre la relación,
- la corrección de atribuciones falsas en las interacciones ,
- y disminuir la interacción destructiva con procedimientos autos instructivos.

La terapeuta o el terapeuta ha de conocer las creencias básicas sobre la relación que ha aprendido esa pareja a lo largo de toda su vida. Para identificar los pensamientos automáticos y las acciones a donde conducen.

Generalmente, cuando el estrés inicial que trae la pareja desaparece o se alivia, la pareja muestra una imagen más positiva de su vida en común. Igualmente suelen observarse avances en la conducta del juego patológico. También puede darse que esta mejoría inicial, empeore a medida que van aflorando los conflictos. En estas situaciones es conveniente que el terapeuta transmita una imagen de esperanza y de que se pueden resolver los problemas. Una vez que el problema está definido se puede resolver.

Si a pesar de todo el trabajo se plantea el final de la pareja, siempre ha de ser la propia pareja quien tome esta decisión. Sí se les puede ayudar a evaluar los pros y contras de esta decisión, para que la lleven a cabo de forma madura y adulta. Sin que les suponga un problema añadido.

Grupos de autoayuda

Fuera de España resalta el grupo de personas jugadoras anónimas fundamentados en la filosofía de alcohólicos anónimos, aunque con alguna variación (se reflejan exhaustivamente en el artículo de Lesieur (1993). También existe una asociación para las esposas y otra para las hijas e hijos.

En esta institución, la persona jugadora patológica es una persona enferma crónica y tiene que abandonar el juego para siempre. El grupo será quien les preste la ayuda necesaria a la persona enferma y a sus familiares para que se mantenga sin jugar. Y sólo contemplan la participación de (jugadoras o jugadores) o (exjugadoras y exjugadores), excluyendo a las y los profesionales. No obstante, la filosofía subyacente a estos grupos, no resulta fácil de aceptar para numerosas personas. Considerar su problema como una enfermedad incurable, puede abocar a las personas jugadoras en sus primeros fracasos a un concepto negativista y poco útil para aquellos casos que se encuentran en las primeras fases del problema.

El inconveniente de este programa según algunos autoras y autores es que la gran mayoría de las personas que a él acuden, lo abandonan en la primera o primeras sesiones. Parece que estos grupos cuando combinan la ayuda de profesionales (ejemplo las asociaciones de jugadoras y jugadores rehabilitados), potencian el cese del juego y mejoran la calidad de vida de las y los pacientes. Demuestran mayor eficacia o mejor resultados con quienes juegan muy arraigados y con problemas muy graves asociados al juego. También, pueden servir de ayuda como complemento de otros procedimientos y programas terapéuticos.

Otro de los problemas es que no hay estudios comparativos con otros modelos de tratamiento.

En España están muy extendidas las asociaciones de jugadoras y jugadores en rehabilitación. Se parece a los que quienes juegan anónimamente en el formato de terapia de grupo e individual, aunque no sigue su filosofía. Dentro de este formato puede darse como ya he indicado, la intervención de persona profesional en alguna fase del tratamiento, aplicando las terapias que funcionan adecuadamente y están descritas anteriormente. Hoy por hoy, la mayor parte de las personas jugadoras patológicas que están tratados en España, están en estas asociaciones.

5.1.5.- TRATAMIENTOS DE LOS TRASTORNOS Y PATOLOGÍA ASOCIADA

En este punto es necesario retomar el apartado relativo a ello en el inicio del capítulo.

Por una parte los trastornos asociados pueden tener un peso específico suficiente como para no considerar la intervención sobre el J. P. como la primera elección, pues el J. P. puede estar limitado a la permanencia del trastorno asociado, ej. Alcoholismo, patología dual. En algunos de estos casos el juego patológico tiende a desaparecer con posterioridad. Conviene negociar y evaluar con el paciente las estrategias a seguir.

Cuadro 8

Estrategias con los trastornos y patología asociada.
<ul style="list-style-type: none">• Tranquilizar, sensibilizar y concienciar.• Negociar.• Asumir, motivar y responsabilizar.• Tratamiento farmacológico:<ul style="list-style-type: none">- Patología dual.- Riesgo de suicidio.

Por otro lado, el J. P. puede entenderse como trastorno del control de impulsos, ya que el componente de impulsividad adquiere una importancia muy relevante; como trastorno obsesivo-compulsivo, basado en que presentan un deseo intenso de realizar el juego acompañado de sentimientos de malestar y activación psicofisiológica, que se reduce al ejecutar la conducta; como trastorno adictivo, considerando las distintas alteraciones neuroquímicas; como trastorno afectivo, llegando a ver el juego como una variante de este trastorno, aunque los trastornos afectivos en la mayoría de los casos parece más un trastorno reactivo a las consecuencias del juego.

No obstante nos extenderemos más en el capítulo dedicado a esto (intervención médica). Pero sí conviene hacer una breve referencia en el apartado de los tratamientos psicológicos por la especial relevancia de ciertos aspectos sumamente importante de la vida de quien juega.

Sobre todo en estados depresivos severos, que cursan con marcada ansiedad o ideas de suicidio, y conducta impulsiva importante. Serían los ansiolíticos y los antidepresivos. Cuya función será neutralizar la angustia y la depresión concomitantes con el impulso patológico al juego.

Últimamente se está utilizando la combinación de técnicas psicológica y fármacos antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina (clomipramina), basados en la supuesta similitud entre el juego patológico y el trastorno obsesivo compulsivo. O naltrexona, antagonista a opioides, aplicado en la década de los 90 (Hospital de Bellvitge en la actualidad), partiendo de la hipótesis de que es una adicción que genera sobreproducción de opioides endógenos (endorfinas), que juega un papel importante en la génesis de todas las patologías adictivas y del

control de los impulsos. No obstante faltan estudios comparativos concluyentes, por la escasez de casos.

Observando la conducta de juego en episodios maníacos de trastornos bipolares, se utilizó carbonato de litio y neurolépticos, esperando se redujera la conducta al reducirse los episodios maníacos. Claro que esto no es extrapolable a otras personas jugadoras patológicas.

Se puede admitir que la utilización de fármacos mejora los resultados cuando existen problemas asociados de depresión y ansiedad severa. Hasta el momento no existen fármacos que hayan demostrado que curen el juego. No se sabe cuáles son las vías de actuación por la que los fármacos enumerados pueden reducir la conducta de jugar.

5.2.- INTERVENCIÓN MÉDICA

5.2.1.- FARMACOLOGÍA DE LA LUDOPATÍA

Son muchas las teorías esgrimidas, para la utilización de fármacos, en el control del deseo o impulso por jugar. Haremos referencia a aquellos fármacos que nos han ofrecido alguna experiencia, desarrollada por algunas autoras y autores.

1.-Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina:

Diversos autores han coincidido en la utilización de este grupo farmacológico, siguiendo la teoría psicobiológica, de que la serotonina es un neurotransmisor que interviene en el control de los impulsos. Siguiendo las teorías esgrimidas por el profesor Velasco Martín, siempre que tenemos un trastorno compulsivo, hemos de apoyarnos en un fármaco que alivie la sintomatología y que nos sirva de apoyo hacia otras técnicas psicológicas. Dada la amplia gama de sintomatología psíquica que acontece en la ludopatía, la relación de psicofármacos utilizables, abarca a los tranquilizantes y a los antidepresivos fundamentalmente. La primera experiencia recogida en la bibliografía, fue aportada por el Dr. Jerónimo Sainz con la denominada píldora del juego. A saber la **fluvoxamina** que a dosis antidepresivas, podía ofrecer buenos resultados, sobre la base de su regulación de la serotonina. El paso del tiempo ha demostrado, que esta sustancia a la par que los otros I.S.R.S. contribuyen a mejorar los síntomas depresivos, pero en ningún caso influye en la compulsión por el juego de una forma decisiva. Hemos de concluir, necesariamente que este grupo de fármacos colabora en el control de la sintomatología, en el sentido que los síntomas depresivos sean predominantes en la persona ludópata en cuestión.

Proponemos la utilización de estos fármacos antidepresivos, en lugar de otros, por el hecho demostrado de que en algunas personas ludópatas, las cifras de serotonina están disminuidas y por tanto su elevación favorecería, al menos teóricamente la evolución positiva de la persona ludópata.

Las experiencias al respecto, del Dr. Blas, entre otros avalan a la **fluoxetina** y la **paroxetina** en el mismo sentido expuesto. La dosificación es de 20 miligramos durante seis meses como mínimo.

2.- Medicamentos reguladores del control de los impulsos.

Se han desarrollado, en los últimos tiempos, experiencias con fármacos que han dado buenos resultados en el control del alcoholismo y otras toxicomanías.

2.1.- **la naltrexona:** Su dosificación de 50 miligramos en una sola toma, ha demostrado según numerosos estudios, que ayuda al control del alcoholismo, pero no existe ningún estudio demostrativo en el caso de la ludopatía. No obstante, como es sabido que el alcoholismo y la ludopatía coexisten en muchas personas pacientes, esta claro que su utilización en estos casos, mejoraría la evolución de la persona enferma.

2.2.- **el topiramato:** es un fármaco que se viene utilizando últimamente en todos los casos de adicciones. Numerosos estudios avalan sus resultados en tabaquismo, en alcoholismo, en adicción a la cocaína y últimamente en la ludopatía. Nuestra experiencia al respecto, demuestra que la utilización del fármaco a dosis de 200 MG, en una sola dosis al día, disminuye el impulso por jugar. Su mecanismo de acción, a nivel del sistema limbico cerebral, avala el buen resultado del producto. Se establecen diferencias significativas, cuando el paciente manifiesta sentir muchos deseos por jugar.

2.3.-**la oxcarbamacepina:** el control de impulsos se relaciona con los mecanismos anticonvulsivos y es bajo esta teoría farmacodinámica, en la que se sustenta la utilización de este y otros antiepilépticos. Tenemos experiencia en la utilización de este fármaco y ha demostrado eficacia en aquellos pacientes impulsivos con trastornos de conducta importantes. Ayuda al control de la patología dual y a pacientes con adicciones a sustancias tóxicas. Su dosificación es de 300 MG. Cada 8 horas hasta la mejoría del cuadro clínica.

3.-Fármacos dopinactivos:

Se les considera eficaces, en cuanto bloqueo del impulso, según la teoría dopaminérgica explicada en otros capítulos. Se puede hablar de los neurolépticos y de los antidepresivos que tienen esta acción neurotransmisora.

De los neurolépticos destacamos:

- **la olanzapina**, que inhibe la dopamina, por ello la recompensa y en consecuencia la apetencia por jugar. Se utiliza a dosis de 10 á 20 miligramos y estaría especialmente indicado en personas pacientes psicóticas con problemas de ludopatía.

- **el aripiprazol**, antipsicótico que tiene el mismo mecanismo de acción que la olanzapina. Se utiliza a dosis de 15 á 30 miligramos por día. Su utilización se reserva en cuadros psiquiátricos asociados, como coadyuvante a otros fármacos. Su principal efecto secundario es la somnolencia.

- **el pimozide**, neuroléptico de ultima generación y con igual mecanismo de acción. Se utiliza a dosis de 1 miligramo por día.

De los antidepresivos destacamos:

-**el bupropion**, fármaco que ha destacado en España, por su utilización en la deshabituación

de la nicotina del tabaco. Su dosificación es de 150 a 300 miligramos por día y podría ser eficaz en las personas ludópatas fumadoras que quieren dejar de fumar a la par que tratan su ludopatía.

5.3.- INTERVENCIÓN SOCIAL

Incorporación Social pretende dar a las personas enfermas dependientes, que encuentran dificultades en su proceso de Deshabitación, una Ayuda Social, entendida ésta como; el conjunto de acciones que pretenden dar respuesta a las necesidades planteadas. Esta **Ayuda Social**, es la forma histórica de materializar la solidaridad.

El objetivo de esta Ayuda Social es el alcanzar el **Bienestar Social** de la juventud, a través de su calidad de vida. Hablamos de **Calidad de vida** cuando nos referimos a la satisfacción de las necesidades básicas, así como, poseer las condiciones y posibilidades para el crecimiento y desarrollo humano de los enfermos en su equilibrio con el medio.

Realizar un tratamiento social con enfermos y enfermas dependientes es comenzar por abolir aquellos obstáculos que llevaron al dependiente a desarrollar su dependencia, o aquellos que aparecieron durante su desarrollo, encaminando todas las actuaciones hacia la plena incorporación social del usuario.

5.3.1.- DEFINICIÓN DE ETAPAS

En el trabajo de atención directa a dependientes, se habla de 3 fases de la intervención:

Desintoxicación – Deshabitación – Incorporación

Aunque en el trabajo que nos ocupa, con personas ludópatas, el proceso se resume sólo en dos etapas, ya que al ser una dependencia sin sustancias, solo hablamos de:

Deshabitación

Como la fase en la que la persona enferma pierde los hábitos que le arrastraban al juego y los va cambiando por otros conforme a hábitos de vida saludable y favorecedores para su recuperación. Así como también identificar en esta etapa todos los tratamientos pertinentes para la mejora de la calidad de vida: médico, psicológico, social, terapéutico, jurídico, etc. Es un proceso generalizado, aunque adaptado, para todas las usuarias y usuarios.

Incorporación

Proceso activo de cambio donde la persona usuaria es protagonista y donde los itinerarios de incorporación son individuales, personales y flexibles, adaptados a las circunstancias personales e individuales.

El papel de trabajador social

La Intervención social mayoritaria en el tratamiento se basa en la incorporación social y el papel que desempeña la trabajadora o el trabajador social es el de *hacer de enlace entre los recursos existentes en la zona o comunidad, con las necesidades y características específicas de cada persona.*

Para unir estos recursos se precisa el conocimiento de éstos para ponerlos a disposición de la persona enferma. Cuando hablamos de recursos existentes nos referimos a todas aquellas instituciones, organismos, programas, actividades de entidades tanto públicas como privadas, que puedan ser de utilidad para la incorporación de las personas ludópatas y sus familiares.

5.3.2.- INCORPORACIÓN SOCIAL

Definición

Llamamos incorporación social a todas aquellas acciones e intervenciones encaminadas a facilitar y posibilitar que las personas puedan desarrollar sus capacidades personales y sociales, asumiendo un papel protagonista en su propio proceso de socialización, participando de forma activa y crítica en su entorno.

Características

- La incorporación social es un proceso de cambio a nivel personal y social Simultáneo y Progresivo.

Decimos que es un proceso de cambio simultáneo ya que al mismo tiempo que se trabaja con la persona usuaria los cambios sociales éstos provocarán otro tipo de cambios como los personales.

Resaltar el concepto de Progresivo: ya que la incorporación social, al igual que las otras fases en el tratamiento, no son cambios inmediatos, sino que es un proceso paulatino, empezando por las necesidades básicas que ya conocemos.

- Concede al dependiente un papel Activo en su proceso.

Debemos tener claro que el conjunto de profesionales somos un instrumento del que se puede valer las personas pacientes, pero sólo es una opción. El camino a elegir, las necesidades y el proceso, debe de ser la propia usuaria o usuario el que lo proponga, orientado por la o el profesional y ser éste un punto de referencia y apoyo, no el protagonista. Además añadir que no debemos decidir por la persona usuaria, ni darle soluciones, sí orientarlo.

En resumen, la persona usuaria debe ser protagonista de su propio cambio, orientando a "ayudarle a que se ayude".

- La incorporación social lleva asociada las Necesidades Básicas de la persona.

y de gran importancia para el proceso de incorporación para la persona usuaria. Para algunos serán: económicas, vivienda, otros trabajo e incluso para otros la necesidad de nuevos lazos sociales.

- *Es un proceso Personalizado y Flexible.*

Como ya hemos señalado, no es un proceso estándar para todas las personas dependientes, sino que, partiendo de una entrevista inicial y la elaboración del diagnóstico, en el que detectamos las necesidades, se marca con cada paciente un itinerario personalizado de incorporación, teniendo en cuenta las características de cada usuario.

Hemos de tener presente esto, pues itinerarios no personalizados pueden llevarnos al fracaso con nuestras personas usuarias.

- *La incorporación social lleva implícita una Percepción Global de la realidad.*

No podemos trabajar sólo un campo de la persona, sino que debemos de tener una visión general de todas las facetas posibles en las que podemos actuar. No tener en cuenta esto, puede ser que actuando en una sola dirección, otros ámbitos se vean perjudicados. Por ella tenemos en cuenta toda la realidad global.

Objetivo

Tal y como propone el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2002-2007), en el que se recoge por primera vez la ludopatía como dependencia, se señala que:

La incorporación social tiene como objetivo favorecer los procesos de cambio en personas con problemas de drogodependencias y adicciones, actuando principalmente sobre los factores que lo generan o potencian, promoviendo la participación y la incorporación social normalizada.

Como podemos ver, la principal acción de la que nos habla el II PASDA, es la actuación sobre los factores generadores de las dependencias, ya que actuar sobre éstos, es actuar sobre la causa, lo que puede ayudarnos a una incorporación normalizada, evitando los obstáculos de las posibles recaídas.

Factores

Como acabamos de señalar, la Incorporación social actúa principalmente sobre los factores que han propiciado la dependencia.

Además de éstos, añadiremos, por la experiencia con el colectivo de ludópatas, aquellas carencias que han aparecido nuevas o que han estado ausentes en el proceso de evolución individual, ya que las dependencias a menudo, aunque no en todos los casos, aparecen en situaciones de carencia personal, económica, familiar o social.

Trabajamos por esto, para la Incorporación Social, olvidando la dependencia y orientado hacia la cobertura de éstos factores que imposibilitan la plena recuperación de la persona dependiente.

Los factores más comunes que aparecen en las personas enfermas de ludopatías son:

- Necesidades o dificultades económicas.
- Dificultades en el acceso a puestos de trabajo e incorporación al mundo laboral.
- Posesión del tiempo libre sin ocupar.
- Problemas en las relaciones familiares y núcleo de convivencia.
- Necesidad de prestaciones sociales y ayudas económicas.
- Falta de formación y cualificación.
- Inexistencia de relaciones sociales, dificultades para mantenerlas.

Perfil de la persona enferma

El perfil de la persona enferma ludópata que realizan procesos de Incorporación social es muy variado, ya que al ser un proceso flexible y adaptado individualmente, no presentan todos los/as ludópatas las mismas necesidades, ni son para todos las mismas prioridades de acción.

Por ello, no podemos hablar de una persona usuaria generalizada de esta institución, por lo que se hace necesaria una atención individualizada con Itinerarios de Incorporación Social diferentes.

Itinerario de Incorporación: el camino a seguir, la cadena de objetivos a conseguir, marcada por la persona usuaria y la trabajadora o el trabajador social, que se realizará de forma paulatina y escalonada que propicie la plena recuperación de la persona.

No podemos hablar de Itinerarios de incorporación iguales, pero sí hemos de señalar la apreciación de rasgos comunes en grupos diferenciados de atención social:

Las diferencias sexuales: son muy diferentes las necesidades y factores condicionantes para la evolución entre hombre y mujeres con adicción al juego.

Época de consumo:

	Hombres	Mujeres
Ámbito familiar	Vive un alejamiento familiar, descuidado de sus obligaciones, ya que pasa mucho tiempo fuera de casa.	Lleva el peso del hogar, y unido al juego, crea un sentimiento de culpabilidad constante.
Recursos económicos	Es el sustento económico principal, por lo que las pérdidas influyen el núcleo familiar.	Ha sido el segundo salario del hogar, incluso inexistente. Mantiene una dependencia económica de su pareja. Lo que le lleva a tapar sus deudas derivadas del juego con otras deudas del hogar.
Cualificación	Posee por lo general, una cualificación en una determinada profesión.	Posee una cualificación profesión que en la mayoría de los casos no desempeña.
Formación	Poseen estudios primarios o medios, o cursos de formación.	Estudios primarios o medios.
Relaciones sociales	Se han producido fuera del núcleo familiar, aunque la ludopatía provoca un aislamiento social.	Son prácticamente inexistentes ya que por lo general en mujeres con cargas familiares suele producirse un aislamiento social.

Durante la Incorporación:

	Hombres	Mujeres
Ámbito familiar	Recuperación progresiva del núcleo familiar. Aceptación de cargas y responsabilidad del núcleo de convivencia.	La recuperación del núcleo familiar es el primer objetivo de la incorporación social, el apoyo familiar es el pilar fundamental de la recuperación.
Recursos económicos	La demanda mayoritaria es el cambio de trabajo o problemas derivados con la incompatibilidad laboral y la dependencia.	La demanda laboral o mejora de empleo es a menudo la constante en la incorporación social de las mujeres dependientes.
Cualificación	Deseo de búsqueda de oportunidades para la cualificación.	Deseo de búsqueda de oportunidades para la cualificación.
Formación	Demanda de formación profesional.	Se potencia a través de cursos de FPO y especialización que permita una plena incorporación laboral.
Relaciones sociales	Sensación de soledad, necesidad de un cambio de hábitos y alternativas al ocio y tiempo libre.	Se orienta hacia actividades de fomento de nuevos lazos sociales de una forma paulatina.

La incorporación social según el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. (2002 - 2007)

Hablar sobre el II Plan Andaluz sobre drogas y adicciones es hablar sobre el marco general de todas las actuaciones que en materia de adicciones se propone en Andalucía, por ello debe ser la referencia teórica para el trabajo con dependientes.

En su introducción al Área de Incorporación social podemos resaltar lo siguiente:

- Los cambios que se producirán en cada caso dependerán de las características y necesidades, de los logros y carencias de cada persona.
- Frente al papel pasivo que se le ha otorgado a la persona drogodependiente, debemos destacar su protagonismo en el proceso. Por ello, hablamos de distintos ritmos de Incorporación social y de un proceso personalizado, dinámico y concebido a *largo plazo*.

- En este proceso debemos comenzar desde lo más básico, potenciando pequeños cambios que posibiliten, en un futuro, la persona pueda plantearse objetivos más amplios y ambiciosos.
- Los planteamientos con los usuarios deben ser: realistas, flexibles, posibles, consensuados entre usuario- técnico y útiles para la persona.
- El movimiento asociativo es un papel fundamental como mediador entre el entorno social y las personas con problemas de adicciones.
- Las intervenciones deben estar programadas con el propio sujeto.
- Reconocer el derecho de los usuarios a la participación en todas las etapas de la Incorporación social, es una forma de garantizar parte del éxito de las mismas.
- La coordinación de las intervenciones debe plantearse tanto a nivel interno como externo.

Características definitorias del programa de incorporación social, según el PASDA

- Ser programas personalizados, ya que cada persona tendrá unas necesidades mínimas diferentes e irá avanzando a un ritmo distinto. Programaremos itinerarios personalizados.
- Ser programas diseñados desde el principio conjuntamente con la persona, potenciando su protagonismo, de forma que asuma progresivamente la responsabilidad de su proceso de incorporación social.
- Ser programas flexibles, asumiendo desde un principio posibles “pasos atrás” sin considerarlos “fracasos” y previendo la introducción de cambios ante estas situaciones.
- Ser programas adaptados a las características del entorno, teniendo en cuenta la realidad social y local, las carencias y potencialidades del medio, sin olvidar que lo que es válido en un lugar no tiene por qué serlo en otro.

La adquisición de hábitos formativos y habilidades laborales son aspectos fundamentales para que la persona pueda desenvolverse en la sociedad, las medidas de formación y empleo van a ser un instrumento fundamental en el proceso de incorporación.

Objetivos Generales en lo que a Incorporación Social se refiere

- Facilitar el proceso de cambio en personas con problemas de dependencias y adicciones con dificultades de integración social a través de estrategias que permitan alcanzar el desarrollo de sus habilidades sociales, culturales y educativas.
- Promover que la comunidad facilite el proceso de incorporación social y admita en las redes normalizadas a personas con problemas de drogodependencias y adicciones.
- Garantizar la atención de las necesidades sociales de los consumidores de drogas y otras adicciones favoreciendo el inicio de un proceso de normalización social.

- Promover estrategias específicas de intervención para la incorporación social de drogodependientes en activo con especiales dificultades para acceder a las redes normalizadas.

Incorporación social en las instituciones/ asociaciones

Una vez visto la parte teórica de la Incorporación, presentamos aquí una pequeña parte de los que se viene desarrollando en las Instituciones/ asociaciones en este aspecto.

DOCUMENTOS

Los documentos básicos individuales, con los que se trabaja para la incorporación social de las personas enfermas dependientes, algunos ya reseñados en este manual son:

Informe Social

Es el documento base de trabajo, en él se recogen los aspectos más relevantes del proceso de evolución individual y la situación actual en la que se encuentran las personas usuarias.

Nos permite recabar información, detección de las necesidades y valoración de las mismas.

Recoge los siguientes apartados:

- Datos personales.
- Características del grupo de convivencia.
 - . Proceso de evolución individual y familiar con respecto a la dependencia.
- Relaciones con el entorno.
- Situación socio económica.
- Situación laboral.
- Situación médico sanitaria
- Diagnóstico.
 - . Valoración profesional.
 - . Alternativas o posibles soluciones. Itinerario de Incorporación.

Hoja de Seguimiento

Es el documento en el que se anotan las actuaciones individuales que se e llevan a cabo con las personas usuarias, los objetivos que se marcan en cada entrevista y la consecución de otros, así como las próximas actuaciones o rasgos más importantes de la persona usuaria.

Ficha laboral

En este documento se recogen los datos básicos de aquellas personas que precisan una Incorporación laboral para su plena adaptación social y ayuda a gestionar la bolsa de empleo y otros recursos. En este documento se recoge una pequeña vida laboral de la persona usuaria.

Protocolo de derivación

Es un documento diseñado para aquellas actuaciones que precisan de una derivación a otros profesionales fuera de la institución, en él se hace una síntesis del informe social, previo consentimiento de la persona usuaria, dónde se añaden apartados específicos dependiendo de la institución a la que vaya dirigido.

Sólo se elabora y envía con el consentimiento de la persona usuaria y sólo en aquellos casos en el que sea imprescindible para la colaboración con la otra institución, ya que se trata de información personal, que se ha de valorar con anterioridad si viene a beneficiar o perjudicar la persona usuaria.

ACTUACIONES

Ámbito laboral

- *Orientación laboral*:previo a la incorporación, se aportan pautas de búsqueda de empleo, orientación a cerca de la elaboración de currículum vitae, y se aportaran pautas para la elaboración de entrevistas laborales.

- *Bolsa de Empleo*:por un lado una recogida de currículum vitae y se elabora la ficha laboral, necesaria por otro se enlazarán con ofertas laborales que lleguen a conocimiento de esta institución. Así se pone en conocimiento de empresas este servicio y se informa de los beneficios de las contrataciones a personas enfermas dependientes (Subvenciones para PYMES).

- *Exposición de Ofertas Laborales*: se exponen ofertas laborales, encontradas normalmente a través de tres vías: particulares, prensa o internet y son renovándose periódicamente.
Coordinación con Instituciones dedicadas a la orientación laboral:

* Andalucía Orienta u otras a nivel autonómico: dedicadas a la orientación y elaboración de itinerarios de incorporación laboral. Se le pide cita para las personas usuarias, en cualquier centro cercano, perteneciente a esta red, y posterior se realiza un seguimiento con esta institución. Se debe marcar como objetivo la coordinación directa con quienes son profesionales de estas entidades.

* Listado de entidades de orientación laboral: para facilitar la Incorporación Laboral, se puede ofrecer a la persona usuaria un listado dónde aparecen todas las instituciones que en materia de orientación laboral existen en la provincia, (Red Araña, Andalucía Orienta, etc.) así como otras entidades de utilidad para este proceso de incorporación: Empresas de Trabajo Temporal, Páginas Web de empleo y cuantas orientaciones se estimen oportunas.

- *Tramitación del Programa Arquímedes*: El Programa Arquímedes se basa en beneficios económicos para aquellas empresas que contraten a personas enfermas dependientes en fase de Incorporación Social, para la realización de un puesto laboral normalizado. Se gratifica a la empresa por la oportunidad laboral que se le presta a las personas dependientes. Se pueden proponer a las personas usuarias que estén interesados en la inclusión a este programa, y los datos de éstos se enviarán a la Consejería de Igualdad y Bienestar Social, que es la institución que gestiona dichas ayudas. Éstos una vez posean una oferta laboral que encuadre con el perfil de los usuarios, se podrán en contacto y el papel fundamental en este punto es la de desempeñar las función mediadora entre la Consejería y los enfermos.

Cualificación

Se podrá trabajar en coordinación directa con:

- *Programa Red de Artesanos*: Es un programa de Formación Laboral, no un empleo, gestionado a través la Federación Andaluza de Drogas y Adicciones, con el objetivo de dotar a las personas usuarias de destrezas propias para el desempeño de una profesión determinada. La empresa se verá favorecida por una pequeña gratificación y quienes sean usuarios percibirán por cuenta de la Institución Pública una prestación económica de unos 390 €/mes, con un periodo máximo de formación de 30 horas semanales durante 18 meses.

De igual modo que se hace para otros recursos el papel de la institución de la personal profesional estará en la mediación entre la persona usuaria, la Federación y la empresa receptora de la persona beneficiaria, así como seguimiento personal del la persona paciente durante su periodo de aprendizaje, debiéndose emitir informes trimestralmente.

Ámbito de Formación

- *Orientación a cerca de Opciones de formación*: se les puede ofrece a las personas usuarias todas las variables posibles a cerca de los procesos de formación, dependiendo de las características y necesidades individuales. La tendencia general es hacia la realización de Cursos de Formación Profesional, que permitan en un tiempo mínimo adquirir conocimiento básico para el desempeño de una profesión.

- *Tramitación de Cursos de Formación Profesional*: se pueden consultar todos los cursos publicados existentes en el municipio bien a través de la Junta de Andalucía o bien a través de empresas privadas y se orientarán hacia su solicitud, realizando un posterior seguimiento del proceso de selección.

- *Coordinación con el SAEY* a través del Fondo Andaluz de Formación y Empleo para la formación y orientación de la persona usuaria.

- *Cursos de Formación Profesional del Centro Provincial de Drogodependencias*: esta institución como norma, gestiona cursos de formación profesional con compromiso de contratación, al ser una institución especialista en el tratamiento de las adicciones las personas usuarias son muy receptivos a estos programas. Se debe realizar para la inclusión

Existen varias convocatorias anuales para la participación en los mismos.

Necesidades Básicas

En esta línea de trabajo el trabajo es muy limitado, pero fundamentalmente se realizan algún tipo de actividades:

- *Reparto de Alimentos de Primera necesidad:* estos alimentos suelen llegar a través del Banco de Alimentos de Cruz Roja u otras instituciones, y que se suelen conceder a aquellas personas enfermas que tras conocer el caso, se estime que carecen de recursos económicos para la alimentación básica.

- *Tramitación de estancia en Casa de Acogida o albergues de Transeúntes:* Como norma se utilizará la coordinación con estos centros en aquellos casos que la necesidad básica para la persona usuaria es el alojamiento, que no ha tenido o que ha perdido durante su dependencia o aquellas personas que no cuentan con apoyo familiar en su proceso de Incorporación Social. Así como las usuarias y usuarios que puedan ser derivados a otro centro y necesiten un mínimo tiempo de espera. La estancia para las personas enfermas dependientes con expectativas de Incorporación Socio Laboral, no se limita a la estancia de 3 días como es norma en este tipo de centros, sino que existen un convenios especiales y a través de una estrecha coordinación por la que la administración de estos centros permite que la estancia puede ser mayor.

- *Piso de Apoyo al tratamiento.* Algunas asociaciones o instituciones cuentan con pisos de acogida en el que residen aquellas personas enfermas de ludopatía que por motivos familiares o sociales no pueden continuar en su núcleo de convivencia. La residencia máxima es de 6 personas y la estancia lleva desde los 6 a los 9 meses. En ese periodo de adaptación social las personas enfermas trabajaran hábitos normalizados de convivencia, relaciones sociales y familiares, aceptación de deudas y búsqueda de empleo. Todo el trabajo que se realiza en estos centros está supervisado por el conjunto de monitores o personal técnico, que además de hacer de "tutoría de las personas pacientes" en el manejo de dinero y seguimiento personal será la persona encargada de la supervisión diaria del funcionamiento del piso y de un uso responsable del mismo, así como el cumplimiento de las obligaciones encomendadas a cada residente.

Recursos Sociales/ Económicos

Se puede poner en conocimiento de las personas usuarias aquellos programas o ayudas económicas públicas a las que se pueden acoger dependiendo de sus características personales, económicas y sociales, entre ellas:

- **Salario Social:** ayuda pública gestionada por la Delegación de Igualdad y Bienestar Social, para núcleos familiares con ingresos mínimos, no superando el 75% del Salario Mínimo Interprofesional, y dependiendo del número de miembros de la unidad familiar.

Se puede gestionar a través de dos vías:

- La propia institución.

- Trabajadores Sociales de la zona.

- *Renta Mínima de Inserción*: son ayudas económicas ofertadas por el SAE (Servicio Andaluz de Empleo), para la incorporación al mercado laboral de grupos de población concreta, en límite de exclusión social, con compromiso de búsqueda de empleo activa a:

- Parados mayores de 45 años.

- Parados de larga duración.

- Mujeres víctimas del maltrato.

- Personas con minusvalía.

- Ex reclusos.

- Emigrantes retornados

- Otros casos especiales.

Es preciso señalar en este apartado la importancia de la coordinación con los Servicios Sociales de la Zona de Trabajo Social respectivas de cada usuaria o usuario, porque en este sentido son las profesionales y los profesionales idóneos para la orientación a cerca del núcleo de convivencia, prestaciones económicas correspondientes, antecedentes familiares, etc., así como debe ponerse a su disposición el conocimiento del caso y prestar cuanta coordinación se estime oportuna para la plena incorporación social.

Relaciones sociales

En este sentido indicar que la mayoría de las personas usuarias han perdido el entorno social o no es el más favorable para la su recuperación, por lo que las acciones se pueden apoyar en la propia institución y a través de las actividades de ocio y tiempo libre y de convivencia que realizan y a través del tratamiento terapéutico, como principal agente de cambio y medio de socialización para la creación de lazos sociales y grupo de iguales.

En este sentido las instituciones y o asociaciones suelen realizan actividades de convivencia, formación y ocio y tiempo libre, durante todo el año, resaltando algunas como:

- Comidas compartidas

- Gestión de cantinas

- Taller de autoestima

- Talleres manuales.

- Salidas culturales.

- Grupos terapéuticos ocupacionales.

- Actividades de ocio y tiempo libre

- Etc.

Ante estas posibilidades y las pautas de asistencia a las asociaciones e instituciones más cercanas como norma de rehabilitación añadimos aquí algunas asociaciones de nuestra comunidad autónoma, para facilitar la derivación de los/as usuarios/as (ver anexo L).

REFERENCIAS

Allcock, C.C. (1986) Pathological gambling. Aust NZ J Psychiatry.

Analu (Asociación Navarra de Ludópatas). (1995) *Cuaderno de Ludopatía. Definición y tratamiento*. Pamplona: Gobierno de Navarra, Departamento de Salud.

Bautista M., Molina M.B.(2006) *Pautas en la Incorporación Social. Alternativas de futuro. Prospectiva y realidad de la Incorporación social sobre drogodependencias en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para la droga. Junta de Andalucía.

Becerra, R.M. (1999). *Trabajo Social en Drogadicción*. Buenos Aires: Editorial Lumen Humanistas.

Becoña E. (1996). Tratamiento del juego patológico. En Buceta JM. Bueno AM. *Tratamiento Psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Pirámide.

Becoña E (1996) *La ludopatía*. Madrid. Santillana.

Becoña E (1998) Conductas adictivas: *¿El problema del siglo XXI?* Psicología Contemporánea.

Becoña E. (2004). *Evaluación y tratamiento del juego patológico*, Ponencia de los "Encuentros nacionales sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Cádiz: CPD de Cádiz.

Becoña E., Fuentes M^aJ., Lorenzo MC. (1993). Guía bibliográfica sobre el juego patológico, *Psicología Conductual*, 1 (3), 455-468

Bergler, E.(1957) *The Psychology of Gambling*. New York: Hill and Wang,

Blanco C., Moreyra P., Sáiz J., Ibáñez A. (2000). *Tratamiento del juego patológico: eficacia e implicaciones conceptuales*. Conferencia. I Congreso Virtual de Psiquiatría

Blasczczyński A. (1993). Juego patológico: una revisión de los tratamientos, *Psicología Conductual*, 1 (3), 409-440.

Bombín B., Bombín C. (2001). *Patología y clínica del juego de azar. Trastornos adictivos*. En Cervera G; Coord. Giner F; Coord. Trastornos Adictivos. Drogodependencias: Clínica Y Tratamientos. Generalitat Valenciana.

Dattilio F.M., Padesky C.A. (2000). *Terapia cognitiva con parejas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

De la Gándara, J.J. y Álvarez, T. (2001). Juego patológico (ludopatía). *Psiquiatría y Atención Primaria*, 2 (1), 7-14

De la Gándara, J.J., Fuertes, J.C. y Álvarez, T. (2000). *El juego patológico. ¿Una adicción como otra cualquiera?*. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Agencia Antidroga, 2000.

Dickerson MG (1993). *Aproximaciones alternativas a la medición de la prevalencia del juego patológico*. Psicología conductual.

Echeburúa, E. Y Báez, C (1990). *Enfoques terapéuticos en el tratamiento psicológico del juego patológico*. Revista Española de Terapia del Comportamiento, 8 (2), 127-143. (En prensa, 1991)

Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico, *Psicothema*, 4 (1), 7-20

Echeburúa, E. (1993). Las conductas adictivas: ¿una ruta común desde el “crack” al juego patológico, *Psicología Conductual*, 1 (3), 321-337

Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad y Empresa.

Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fernández-Alba Luengo A. (2003). *Tratamiento psicológico del juego patológico en jugadores de máquinas tragaperras con premio*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Fernández-Montalvo, J. (2005). *Tratamiento del juego patológico*, Ponencia de los “Encuentros nacionales sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Cádiz: CPD de Cádiz.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2006), *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.

García Martínez, J.L., Díaz Navarro, C. y Aranda Romero, J.A. (1993). Trastornos asociados al juego patológico, *Anales de Psicología*, 9 (1), 83-92

González Ibáñez, Á. (1996) *Juego patológico*, Ponencia. Barcelona: Unidad del juego patológico de Bellvitge.

González Ibáñez, A. y Jiménez S. (2002). Juego patológico. En Vallejo Ruiloba, J, *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona: Masson.

González Valerio, N. (2004). Terapia racional emotiva aplicada al tratamiento del juego patológico, *Revista de Toxicomanías*,

Gutiérrez Resa, A. (2007). Drogodependencias y Trabajo social. Ediciones Académicas, S.A.

Hodgins, D. y El-Guebaly, N. (2000). Recuperación de la Ludopatía de forma natural o por asistencia a un tratamiento: comparación de ludópata activos rehabilitados, *Revista de Toxicomanías*, 37.

Ibáñez A. (1997) *Bases Genéticas de Ludopatía*. Tesis doctoral no publicada. Madrid; Universidad de Alcalá.

Ibáñez A., y Saiz, J. (2000). *La ludopatía: una “nueva” enfermedad*. Barcelona. Masson.

Irurita Bértolo, I.(1996). *Estudio sobre la prevalencia de los jugadores de azar en Andalucía*. Sevilla: Comisionado para la droga. Junta de Andalucía.

Labrador, F.J. y Mañoso, V. (2005). Cambios en las distorsiones cognitivas de jugadores patológicos tras el tratamiento, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1), 7-22

Ladouceur, R. (1993). Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar y dinero, *Psicología Conductual*, (3), 361-374.

Lesieur HR, Blume S (1993). Revising the South Oaks Gambling Screen in different setting. *J. Gambling Studies*.

Linares Pellicer, M.C. y otros (2006). Diferencia de sexo en adictos a las máquinas tragaperras, *Adicciones*, 18 (4), 371-376.

Maroto Saez, Ángel L. (2005). *Manual de Buena Práctica para la atención a drogodependientes en los centros de Emergencia*. Madrid: Consejo General de Diplomados en Trabajo social y asistentes social.

McCormick, RA. (1993). La selección de tratamientos para los jugadores patológicos basados en factores clínicamente significativos, *Psicología Conductual*, 1 (3), 441-454.

Mc Conaghy, N., Armstrong, MS, Blaszczyński, AP, Allcock, C.(1983) *Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling*. British Journal of Psychiatry.

Millar, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.

National Institute For Social Work (1992). *Trabajadores sociales: su papel y cometidos*. Madrid: Narcea.

Navarro, J.F. y Pedraza, C. (1998). Juego patológico: aspectos biológicos, *Psicología Conductual*, 6 (1), 157-164.

Prieto Ursúa M., (2000) *Programas de prevención de la adicción al juego*. Ponencia en el "I Congreso Hispano-Portugués de Psicología". Santiago de Compostela.

Rosenthal, RL(1986) *The pathological gambler's system for self-deception*. Journal of Gambling Behavior.

Saiz- Ruiz J. (1994) *La ludopatía como problema de Salud Mental en España*. Noticias Médicas.

Saiz- Ruiz, J. López-Ibor, J.J. (1983) *A severe form of self-destructive behavior*. Comunicación presentada al IX World Congress of Psychiatry.

Saiz-Ruiz, J. Moreno, I., López-Ibor, J.J.(1992) *Ludopatía: Estudio clínico y terapéutico- evolutivo de un grupo de jugadores patológicos*. Actas Luso- Españolas de Neurología , Psiquiatría y Ciencias Afines.

Saiz-Ruiz J., Carrasco J.L., Moreno I.(1993) *Investigaciones neuroquímicas en el juego patológico (ludopatía)*. Farmacología del SNC.

Salcedo Megas, D. (1999). *Los valores en la práctica del trabajo social*. Madrid: Ediciones Narcea.

Sánchez Hervas, E. (2003). Juego patológico: un trastorno emergente. *Trastornos Adictivos*, 5 (2), 75-87.
Secades, R. y Villa, A.(1998). *El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia*. Madrid: Pirámide

Sevilla, J. y Pastor, C. (1996). Un caso completo de juego patológico, *Psicología Conductual*, 4 (2), 253-262.

Soler Insa, P.A. y Gascón Borrachina, J. (2005), *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*. (Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales). Barcelona: Ars Médica.

Torres, D. y Polo, J. M. (2001). Dolores Colom, En Mirada M., *Trabajo Social hoy*. Zaragoza: Mira Editores.

Vázquez, J.M. (1992). Un modelo de evaluación y seguimiento de la inserción-reinserción social de drogodependientes., nº 39-40, 189-232.

II Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (2002-2007). Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales.

6 - EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS

Autor:
Jesús Villahoz González

Según el documento consensuado de la Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud, de noviembre del 2002, “los tratamientos psicológicos más efectivos tienen objetivos claros, son más bien de corta duración (de 2 á 6 meses, aunque es mayor en problemas graves o cuando hay varios problemas) y producen una mejoría tras las 8-10 sesiones. Si un tratamiento no tiene objetivos claros, se dilata en el tiempo y no tiene resultados apreciables (cuando menos parciales) en un periodo de tiempo razonable, se puede desconfiar de su eficacia”.

Los estudios que se realizan a nivel general sobre la eficacia de la terapia psicológica con encuestas de opinión, suelen demostrar que la gente la considera de forma mayoritaria útil y eficaz. No obstante, es necesaria una evaluación científica de cada tratamiento en cada problema.

Para ver la complejidad del concepto de eficacia, se debiera tener en cuenta qué síntomas mejoran y en qué grado, cuánto se demora la mejoría, cambios conseguidos en el funcionamiento socio-laboral, en su estilo de vida, porcentajes que no aceptan el tratamiento o lo abandonan una vez iniciado.

Blaszczynski (1993) dice que hay que medir tres criterios para ver la eficacia de los tratamientos: 1) tasa de rechazo y de abandono; 2) tasa de éxito en los datos de alta; 3) tasa de recaída a lo largo de los periodos.

Para ello, hay que acudir a la investigación, a la comunidad científica y a los colegios profesionales, alguno de los cuales han establecido guías de aquellos tratamientos más eficaces en los distintos trastornos.

No obstante, y como muy bien apunta Ana Fernández-Alba (2003) es muy difícil extraer conclusiones a cerca de la eficacia de los tratamientos del juego patológico por los problemas metodológicos de los trabajos publicados. Entre estos problemas enumera:

1- Muestras heterogéneas:

- Se mezcla a sujetos con actividades de juego diferentes; y a sujetos que tienen una sola variedad de juego con los que tienen múltiples.
- No se usan criterios diagnósticos (primeros estudios) y la gravedad del problema es muy dispar. Un mínimo sería la frecuencia e intensidad.
- Habitualmente de dan otros trastornos como el uso de sustancias, desconociendo si el problema que motiva la demanda es realmente el juego, u otra patología asociada.
- Muchos estudios son de caso único, con las dificultades que ello presenta a la hora de extrapolar los resultados.

2- Faltan mediciones pretratamiento, dificultando valorar la mejoría después del tratamiento. Luego, los auto-informes no siempre se contrastan con su entorno, en sujetos caracterizados por las mentiras y el engaño.

3- Se mezclan técnicas en estudios no controlados, contaminando la contribución de cada una.

4- Sobre los criterios para establecer la eficacia del tratamiento:

- En cuanto al criterio de éxito. En algunos estudios no se define. Los que se basan en abstinencia y no abstinencia (variable dicotómica), no consideran otras mejoras significativas como: reducción de la frecuencia, habilidad de controlar el juego cuando se ha iniciado, mejoras sociales, financieras, interpersonales. Qué se entiende por juego controlado. A lo mejor se debiera admitir como éxito cuando quien juega abandona la forma principal de juego, que definía su juego patológico, aunque siga participando en otra variedad de juego.

- En cuanto al criterio de fracaso. No suele estar definido qué es caída y recaída, dificultando comparar los resultados de distintos estudios. Tampoco se suelen incluir en el concepto de fracaso, tanto los rechazos por rehusar el programa, como los abandonos por no cumplir los requisitos o por razones disciplinarias. Esto hace que las tasas de éxito estén sobreestimadas. Es necesario distinguir entre abandono y fallo en el tratamiento (recaída) y valorar todos los datos de cara a la eficacia.

5- Sobre los periodos de seguimiento:

- La duración de los seguimientos es diversa y no muy largos. No permite ver la solidez de las intervenciones.

- Algunos seguimientos se hacen continuando la asistencia, como los grupos de autoayuda; y a algunas personas jugadoras se le presta ayuda de profesionales, interfiriendo a la hora de saber a qué técnica se deben los resultados.

Estas consideraciones nos deben llevar tanto a mejorar la metodología como a trabajar en metas terapéutica, quizás no tan estrictas. Definir y medir qué es lo que se quiere modificar o reducir para luego comprobar el resultado de la intervención que se haya llevado a cabo.

No obstante, me atrevo a presentar las evaluaciones de los estudios y programas que siguen a continuación como líneas de trabajo que han demostrado su eficacia e invitan a continuar haciéndolo.

La intervención cognitiva de Ladouceur aportó que:

- Las verbalizaciones irracionales disminuyen mientras que las racionales aumentan significativamente, manteniéndose los cambios en el seguimiento. Este hecho es resaltado en una investigación posterior (Labrador, 2004).

- Entre las jugadoras o jugadores más cronificados e intensos persisten las verbalizaciones irracionales, pues el juego intenso afecta a la modificación de las cogniciones erróneas. Por ello sugieren verificar "en vivo" estos pensamientos, registrando los resultados de cada apuesta.

- La corrección cognitiva elimina las verbalizaciones inadecuadas, pero no suprime totalmente los hábitos del juego.

- No se aprecian cambios significativos a nivel de motivación hacia el juego.

Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo (1994, 1996) hacen un estudio controlado en España comparando la eficacia de distintos programas de intervención en el tratamiento del juego patológico. El criterio de éxito utilizado fue la abstinencia del juego en los 6 meses anteriores o la ocurrencia máxima de dos episodios de juego en ese tiempo, sin superar el gasto total más de lo que gastaba en una semana en la fase previa del tratamiento. Compararon:

a) un tratamiento **individual** de *control de estímulos y de exposición gradual en vivo con prevención de respuestas*. El control de estímulos hace hincapié en el manejo del dinero y evitar las situaciones de riesgo. Conforme se progresa en el tratamiento se va atenuando gradualmente el control de estímulos y se pasa a una exposición progresiva en vivo. En la prevención de respuestas se induce a la persona a que experimente deseos de jugar y aprenda a resistir esos deseos de forma controlada. Al repetir estas situaciones de forma sistemática, van perdiendo el potencial de inducir al juego. A los 6 meses el porcentaje de éxito fue del 75%. A los 12 meses tuvo una eficacia del 68,8% de cesación.

b) un tratamiento de terapia de **grupo** cognitivo-conductual. Consistente en *reestructurar las distorsiones cognitivas presentes, facilitar el contacto con otros en la misma situación, comunicar las dificultades con el juego a otras personas con una problemática similar, buscar soluciones y estrategias de afrontamiento comunes y darse apoyo*. El éxito fue del 62,5% y del 37,5% respectivamente. Igual porcentaje se da en el resto de los grupos.

c) un tratamiento combinado de a) y b). Recibieron los dos tratamientos anteriores. Venían dos veces por semana y se les dio el doble de las sesiones aunque en el mismo tiempo. Tuvo un éxito del 37,5% a los 6 meses.

d) un grupo de lista de espera (como grupo de control). Tuvo un éxito del 25% a los 6 meses. Dato importante para conocer la remisión y evolución espontánea.

Las tres intervenciones terapéuticas muestran su eficacia y facilidad a la hora de suspender la conducta de jugar. Las diferencias como se observa, empiezan a aparecer cuando se hace el seguimiento a los 6 meses. Los dos grupos primeros son superiores al tratamiento combinado y al grupo control. A los 12 meses sigue demostrando su mejor eficacia el tratamiento individual (exposición en vivo con prevención de respuesta y control de estímulos).

Este mismo conjunto de autores en el año 2000 probaron la efectividad de dos modalidades de **prevención de recaídas** (individual y grupal) con un grupo control. La muestra de 69 personas jugadoras, primero se les trató mediante exposición en vivo con prevención de respuesta y control de estímulos. Una vez lograda la suspensión del juego patológico se intervenía en prevención de recaídas. A los 12 meses los dos grupos terapéuticos mostraron mayor eficacia que el grupo control. Un 82% la modalidad individual, un 78% la grupal, y un 52% el grupo control. Se demuestra la superioridad de los grupos terapéuticos.

En este mismo estudio, las variables predictoras del fracaso terapéutico fueron: la menor satisfacción con el tratamiento, mayor grado de consumo de alcohol y el neuroticismo como variable de personalidad.

El programa de Ladouceur a los seis meses de haber finalizado el tratamiento mostraba una eficacia del 86%, y al año un 57% utilizando el criterio más conservador y un 80% con un criterio más flexible.

Un grupo del hospital universitario de Bellvitge (Barcelona), en el año 2005 publicaron un estudio donde compararon dos modalidades de tratamiento (régimen abierto y cerrado) cognitivo conductual grupal para jugadores patológicos. El programa duró cuatro meses con una sesión semanal. Resaltaron que del 30% de abandonos en todo el proceso de tratamiento, el 20% abandonaba el primer mes y el 10% en los tres meses restantes. En el régimen cerrado la tasa de abandonos era constante. El grupo abierto aportó mejores resultados que el cerrado en los diferentes momentos de medición, respecto a los cambios en la conducta del juego. El 67% de las personas pacientes finalizaba el tratamiento y menos del 25% presentaba una o más recaídas, y se reduce el nivel de psicopatología y gravedad de la conducta del juego, manteniéndose después. La mayor tasa de recaídas estaba en función de la mayor gravedad del trastorno adictivo, la elevada impulsividad, la búsqueda de sensaciones y la gravedad de la psicopatología.

El reto futuro, igual para todos los trastornos adictivos es ofrecer estrategias motivacionales para el tratamiento con el objetivo de atraer y mantener en el tratamiento a las personas que minimizan o niegan el problema, y seguir investigando las situaciones de abandono. Con el J. P. también aparecen como enfoques prometedores la terapia cognitivo-conductual y la prevención de recaídas. Abordar la posible patología dual. Ampliar su compromiso con terceros y la red social es garantía de mantenimiento.

CLASIFICACION DE LOS TRATAMIENTOS SEGÚN SU EVIDENCIA CIENTÍFICA.

A continuación se ofrece una tabla resumen de la eficacia de las recomendaciones propuestas, según la siguiente tipología:

Tipo 1: Evidencia de buena calidad: Tratamiento bien establecido.

Tipo 2: Evidencia de calidad moderada: Tratamiento probablemente eficaz.

Tipo 3: Evidencia de baja calidad: Tratamiento en fase experimental o escasamente evaluados.

Cuadro: Clasificación de los tratamientos según su evidencia científica.

TRATAMIENTOS	TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3
Tratamiento farmacológico			
Enfoque motivacional			
Terapia de conducta			
Terapiacognitivo-conductual			
Prevención de recaídas			
Juego controlado			
Terapia de grupo			
Terapia de pareja y/o familiar			
Grupos de autoayuda			
Programas multicomponentes			
Programas de Incorporación Social.			
Programas de intervención /seguimiento familiar			
Programas socioeducativos			

REFERENCIAS

- Blasczczyński, A. (1993). Juego patológico: una revisión de los tratamientos, *Psicología Conductual*, 1 (3), 409-440.
- Echeburúa, E. (1993). Las conductas adictivas: ¿una ruta común desde el "crack" al juego patológico, *Psicología Conductual*, 1 (3), 321-337.
- Echeburúa, E. (2005). Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico, *Adicciones*, 17 (1), 11-16.
- Fernández-Alba Luengo, A. (2003). *Tratamiento psicológico del juego patológico en jugadores de máquinas tragaperras con premio*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Hodgins, D. y El-Guebaly, N. (2000). Recuperación de la Ludopatía de forma natural o por asistencia a un tratamiento: comparación de ludópata activos rehabilitados, *Revista de Toxicomanías*, 37.
- Jiménez, S., Álvarez, E., Granero, R., Aymamí, N., Gómez, M., Jaurrieta, N., Sans, B., Rodríguez, J. y Vallejo J. (2005). Análisis de la eficacia de dos modalidades de tratamiento cognitivo-conductual grupal para el juego patológico, *Psicología Conductual*, 13 (3), 495-510.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Labrador, F. J., Vallejo, M. A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., y Fernández-Montalvo, F. (2000). *Eficacia de los tratamientos Psicológicos*. Documento de la Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud. www.sepcys.org/Doc/DocumentoEficaciaTratamientos.
- Ladouceur, R. (1993). Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar y dinero, *Psicología Conductual*, 1 (3), 361-374.
- Lesieur E. R. (1993). Prevalencia, características y tratamiento de los jugadores en los Estados Unidos, *Psicología Conductual*, 1 (3), 389-407.
- Llinares Pellicer M.C. y otros (2003). Variables psicológicas y adictivas en una muestra de jugadores patológicos, *Anales de Psicología*, 19 (1), 75-80.
- McCormick R.A. (1993). La selección de tratamientos para los jugadores patológicos basados en factores clínicamente significativos, *Psicología Conductual*, 1 (3), 441-454.

7 - JUEGO PATOLÓGICO Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Autora:
Elisa Sicilia Salcedo

El análisis y estudio de la relación entre juego patológico y abuso de drogas ha indicado consistentemente una importante relación entre estos problemas, especialmente entre juego patológico y consumo abusivo de alcohol. El estudio de esta problemática se ha abordado desde dos perspectivas:

1. Consumo de alcohol y otras drogas en las personas jugadoras patológicas.
2. Incidencia del juego patológico en las personas con problemas de abuso de alcohol u otras drogas.

El mundo social de las personas jugadoras patológicas y consumidoras excesivas de alcohol están estrechamente relacionados: por un lado, las máquinas tragaperras están situadas en bares, pubs, etc., lugares habituales de consumo de alcohol. Por otro lado, en las salas de juego, bingos y casinos existen una clara disponibilidad e incluso invitaciones para el consumo de bebidas alcohólicas (Lesieur y Heineman, 1988).

Diferentes estudios han puesto en evidencia una elevada tasa de prevalencia del consumo excesivo de alcohol u otras drogas en jugadores patológicos (Lesieur y Heineman, 1988; Daghestain et al, 1996). Este es el trastorno asociado que con más frecuencia se encuentra en la ludopatía según una revisión de 60 estudios publicados (Crockford y el-Guebaly, 1998). La mayoría de los datos proceden de investigaciones sobre ludópatas varones adultos, aunque se ha encontrado también un elevado porcentaje de estos trastornos en muestras de mujeres (Lesieur 1988a; Lesieur y Blume, 1991) y en poblaciones jóvenes de adolescentes o estudiantes universitarios (Lesieur y Klein, 1987).

Uno de los estudios más minuciosos sobre este tema es el de Ramírez, McCormick y Taber (1983). En este estudio, un 39% de las personas jugadoras patológicas cumplían los criterios para el abuso de alcohol y otras drogas en el año previo a su admisión en un programa de tratamiento. Además el 50% de las personas jugadoras indicó que uno o ambos progenitores biológicos tenían problemas de alcohol u otras drogas y, un tercio de esas personas, que en uno o más casos sus hermanas o más hermanos tenían los mismos problemas. Otro dato destacable es que casi el 100% de personas jugadoras que abusaban recientemente de alcohol o drogas padecían problemas de depresión.

La aparición conjunta o secuencial de la ludopatía y otros trastornos adictivos se ha intentado explicar desde distintas perspectivas. Se ha observado que la implicación en conductas patológicas de juego puede desencadenar o acelerar un abuso de sustancias. En ocasiones se debe a la mayor disponibilidad de éstas debido al solapamiento en el mundo social de ambos tipos de trastornos, a lo que con frecuencia se añade la incitación, por parte del personal relacionado con el negocio del juego, para el consumo de sustancias como el alcohol, con un efecto euforizante y desinhibidor capaz de potenciar la implicación del ludópata en sus conductas. Otras veces el abuso de sustancias se desencadena como una forma de aliviar el malestar provocado por el juego o sus consecuencias negativas (Ciarrochi, 1987; Carlton y Goldstein, 1987; Ferreira y Soares da Silva, 1991); y también como una manera de aumentar el nivel de excitación durante el juego (sujetos con nivel de arousal bajo) y del placer.

A la inversa también se ha señalado que la persona alcohólica puede entrar en contacto con el juego de manera casual, como una forma de ocupar el tiempo y hasta de justificar su

estancia en los bares, donde acude en realidad con la intención de beber.

Son varios los estudios y trabajos que han señalado una alta incidencia del juego en personas con problemas de adicción al alcohol y otras drogas.

Entre estos estudios destaca el de Lesieur, Blume y Zoppa (1986), que incluye una muestra de 458 pacientes en tratamiento y que tenían como diagnóstico principal el de abuso de alcohol u otras drogas. Los resultados indicaron la existencia de un 10% de las personas jugadoras patológicas y un 9% de las personas jugadoras problema. Estos autores constataron además que las personas pacientes tratadas sólo por abuso de alcohol, mostraban menos tendencia a manifestar juego patológico que aquellas que eran tratadas por abuso de alcohol y otras drogas y que aquellas que eran tratadas por otras drogas diferentes al alcohol.

En España, destaca el estudio de Rodríguez-Martos (1989) en el que se constata que un 14% de personas pacientes alcohólicas en tratamiento cumplían también los criterios para el diagnóstico de juego patológico. Los resultados indican además que los casos de juego patológico inciden, ante todo, sobre que las personas pacientes con antecedentes familiares de juego excesivo, que han iniciado una conducta de juego temprana y que presentan polidrogodependencia.

En una revisión posterior, Lesieur y Roasenthal (1991) establecen que entre el 7% y el 25% de pacientes con problemas de abuso de alcohol y drogas que participan en varios programas de tratamiento, serían las personas jugadoras patológicas.

La presencia de un “doble problema”, referido a la asociación de la ludopatía y el consumo patológico de sustancias psicoactivas, supone un incremento del riesgo de complicaciones, ya que se potencian las consecuencias negativas de ambos trastornos (Feigelman et al, 1995; Spunt et al; 1995):

1. Las personas jugadoras patológicas que presentan además adicción a una sustancia psicoactiva, tienen más riesgo de padecer problemas de índole médica, una mayor psicopatología asociada, más conflictividad familiar y/o de pareja, y una mayor frecuencia de intentos de suicidio (Lesieur et al, 1986).
2. Las personas alcohólicas que son además ludópatas, tienen mayor dificultad para controlar el juego y una tendencia mayor a las recaídas de episodios de juego patológico (Lesieur, 1988b; Lesieur y Rosenthal, 1991). El consumo de alcohol y otras drogas desempeñan un papel importante en las recaídas, ya que estas sustancias hacen que disminuya el control que la persona tiene sobre sus propias conductas.
3. Las personas pacientes que abusan de sustancias psicoactivas y tienen problemas con el juego presentan más rasgos de impulsividad, agresividad y afectividad negativa (McCornck, 1993). En conjunto el grado de disfunción social es mayor entre las personas con una dependencia de sustancias y problemas con el juego, que en aquellos que sólo tienen la dependencia (Feigelman et al, 1998).
4. Por otra parte, las personas con problemas de juego y otras adicciones presentan con mayor frecuencia antecedentes de abuso de alcohol y participación en conductas delictivas en la adolescencia (Griffiths, 1990; Cusack et al, 1993).

REFERENCIAS

- Carlton, P.L., Goldstein, L. (1987). Psychological determinants of pathological gambling. En: Galski T, (ed.), *Handbook of Pathological Gambling*. Springfield: Charles Thomas.
- Crockford, D. y El-Guebaly, N. (1998). Psychiatric Comorbidity in Pathological Gambling: A Critical Review. *Can J Psychiatry*. 43: 43-50.
- Cusack, J.R., Malaney, K.R. y DePry, D.L. (1993). Insights about pathological gamblers. "Chasing losses" in spite of the consequences. *Postgrad Med*. 93 (5): 169-176.
- Daghestani, A.N., Elenz, E y Crayton, J.W. (1996). Pathological gambling in hospitalized substance abusing veterans. *J Clin Psychiatry*. 57 (8): 360-363.
- Feigelman, W., Kleinman, P.H., Lesieur, H.R., Millman, R.B. y Lesser, M.L. (1995). Pathological gambling among methadone patients. *Drug Alcohol Depend* 39 (2): 75-81.
- Feigelman, W., Wallisch, L.S. y Lesieur, H.R. (1998). Problem gamblers, problem substance users, and dual-problem individuals: an epidemiological study. *Am J Public Health*. 88 (3): 467-470.
- Ferreira, L. y Soares-Da-Silva, P. (1991). 5-Hydroxytryptamine and alcoholism. *Human Psychopharmacology* 6: 21-24.
- Griffiths, M.D. (1990). Addiction to fruit machines: A preliminary study among young males. *J Gambli Behav*. 6 (1): 113-126.
- Ibáñez, A. y Sáiz, J. (2000). *La ludopatía: una "nueva" enfermedad*. Barcelona: Masson.
- Lesieur, H. R. (1998a). The female pathological gambler. En Eadington W.R., ed. *Gambling. Research* (vol. 5). Reno: Bureau of Business Economic Research, University of Nevada.
- Lesieur, H.R. (1988b). *Report on Pathological Gambling in New Jersey given for the New Jersey Governor's Advisory Commission on Gambling*. Reno, Nevada
- Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1991). Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *Br J Addict*
- Lesieur, H.R., Blume, S.B. y Zoppa, R.M. (1986). Alcoholism, drug abuse and gambling. *Alcohol Clin Exp Res*. 10 (1): 33-38.
- Lesieur HR, Heineman M. (1988). Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. *Br J Addict*. 83: 765-761.
- Lesieur, H.R. y Klein, R. (1987). Pathological gambling among high school students. *Addict Behav*. 12: 129-135.
- Lesieur, H.R. y Rosenthal, R.J. (1991). Pathological gambling: A review of the literatura. *J Gambli Stud*. 7: 5-40.
- McCormick, R.A. (1993). Disinhibition and negative affectivity in substance abusers with and without a gambling

problem. *Addict Behav.* 18 (3): 331-336.

Ramírez, L.F., McCormick, R.A., Ruso, A.M. y Taber, J.I. (1983). Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addict Behav.* 8: 425-428.

Rodríguez-Martos, A. (1989). Estudio piloto estimativo de la prevalencia de juego patológico entre los pacientes alcohólicos que acuden al programa DROSS. *Rev. Esp. Drogodep.* 14 (4): 265-275.

Spunt, B., Lesieur, H., Hunt, D. y Cahill, L. (1995). Gambling among methadone patients. *Int J Addict.* 30 (8): 929-926.

8 - JUEGO PATOLÓGICO Y MUJER

Autora:
M^a Paz Pérez Pérez

“Los hombres adictos a las máquinas tragaperras acuden a tratamiento en mayor medida que las mujeres”.

“Hay que considerar que existen diferencias relacionadas con el género en patologías clínicas (depresión, ansiedad,...), de consumo de drogas etc, aspectos éstos que presentan una alta comorbilidad con las alteraciones en las conductas de jugar. Todo ello, junto al hecho de que las mujeres suelen demandar tratamiento en menor número (Echeburúa, 1992) y aun existe una consideración del jugador como “vicioso”, saliendo más perjudicada la mujer en tal consideración social (Villorria, 1999)” (Félix Arbinaga) hace que se vea como necesario aumentar el conocimiento a cerca de la connotaciones específicas de este colectivo.

Como recoge Idoia Axpe de Asajer, para su campaña de sensibilización dirigida al colectivo femenino:

- Mujeres de mediana edad, casadas, con hijos mayores que ya no dependen de sus progenitores, afectadas por depresiones y con problemas de soledad e incomunicación. Es el perfil de la mujer que padece ludopatía a pesar de que tan solo el diez por ciento de quienes acuden a profesionales en busca de ayuda son mujeres. Los estudios apuntan a que una de cada tres personas afectadas por esta enfermedad es del sexo femenino.
- Normalmente es la mujer la que controla la economía doméstica, un hábito que permite a la afectada ocultar su dependencia por más tiempo y llevarla a casos extremos. Esta situación provoca que las mujeres recurran a un profesional en busca de ayuda con un mayor grado de deterioro, unido esto a que en ocasiones acuden al tratamiento de forma “clandestina” dificulta con creces su rehabilitación.
- Cuando la mujer es la afectada por el juego patológico la asistencia de éstas ronda el 10%, mientras que si se trata de un apoyo familiar la asistencia alcanza el 83%, por lo que las mujeres apoyan a sus parejas en esta problemática, aunque si se trata de ellas existe cierta reticencia a la asistencia a un centro de tratamiento; como veremos más adelante, debido al miedo a la discriminación social, las disputas con sus parejas o el miedo a quedarse sola.

Los datos que nos encontramos, con respecto a las mujeres y la ludopatía, a través de los diferentes estudios realizados al respecto por distintas entidades son relevantes y bien diferenciadores del patrón de conducta así como de desarrollo y tratamiento de la ludopatía en el sexo masculino; así se manifiesta en los siguientes datos:

- España es con Alemania, el país con mayor gasto de juego en Europa y la tasa de adictos llega al 3 por ciento, un tercio son mujeres que prefieren bingos y lotería.
- Las mujeres que solicitan tratamiento por adicción a las máquinas tragaperras tienen una menor cualificación profesional y más bajo estado de ánimo que los hombres; según la revista Adicciones de la sociedad científica Socidrogalcohol.

Prevalencia en edades tempranas.

Según Becoña y Carlos Gestal de la Universidad de Santiago de Compostela:

En el estudio realizado con una muestra representativa de niñas y niños de segundo ciclo de Primaria, (edades de 12 a 14 años, fundamentalmente) de la ciudad de La Coruña (N = 1.200), la prevalencia del juego patológico utilizando el cuestionario DSM-IVJ de Fisher (1993b), los resultados indican que un 2.23% de la muestra serían probables jugadores patológicos, con una mayor incidencia en hombres que mujeres (85% vs. 15%), incremento según la edad y relación con el juego paterno.

Prevalencia en edades universitarias.

En el estudio piloto sobre “La percepción social de los juegos de azar entre los universitarios: Factores ambientales en el juego patológico”, realizado por Carmen Villoria López de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, encontramos una distinción por la preferencia de los juegos de azar según los diferentes sexos:

Consumo de los distintos tipos de juego por sexos									
	Quiniela	Once	Primitiva	Bonoloto	Casino	Lotería	Cartas	Tragaperras	Bingo
Hombre	24	3	13	4	2	14	12	12	6
Mujer	12	2	8	4	1	11	4	3	2
Total	36	5	21	8	3	25	16	15	8
%	40	55	233	89	33	277	177	166	89

Según los ítems establecidos:

- Las mujeres universitarias al igual que los hombres prefieren el juego a las quinielas.
- Las universitarias prefieren jugar a la lotería y a la primitiva en este orden, mientras que los chicos prefieren la primitiva, lotería y cartas, así como existe una diferencia en el juego a máquinas tragaperras, siendo en mayor medida los hombres jugadores.
- En general el mayor porcentaje de juego se da en las apuestas a la Lotería, seguido de la primitiva, las cartas y las tragaperras.

En el siguiente gráfico y tabla se muestra la diferencia de las preferencias entre sexos de las distintas dependencias:



Los porcentajes totales muestran que un 37,8% fuman más de 10 cigarrillos al día, un 36,6% beben en exceso al menos una vez al mes, un 10% juegan a las máquinas tragaperras cada vez que entran a un bar y el 18,8% toman más de 4 cafés diarios, así aunque el juego queda en menor medida para los jóvenes, el hábito de juego es menor para las mujeres.

En relación al sexo, además de las diferencias estadísticamente significativas, en el consumo de tabaco y café los resultados muestran una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, hecho que no ocurrió en ninguno de los tipos de juegos, frente al uso/abuso del juego de azar que es menor.

Prevalencia de consumo				
	TABACO (+10 / día)	ALCOHOL (exceso / mes) P < 0,001	TRAGAPERRAS (jugar / bar) P < 0,05	CAFÉ (+4 / día)
TOTAL	V < M	V > M	V > M	V < M
%	37,8 %	36,6 %	10 %	18,8 %
V: Varón / M: Mujer				

Prevalencia en la edad adulta.

Según el estudio: “Características sociodemográficas, consumo de drogas, depresión y juego patológico en un grupo de mujeres de Punta Umbría (Huelva): Un estudio descriptivo”, de Félix Arbinaga Ibarzábal del Centro de Psicología Clínica de Huelva realizado a un grupo de 308

mujeres lo datos nos indican que:

- El 93.8% de las mujeres no tenía problemas con el juego.
- El 3.6% tendría problemas leves.
- El 2.6 % podrían ser consideradas jugadoras patológicas.
- El 54.6% de las mujeres con problemas más leves y el 37.5% de las probable jugadores patológicas presentaría un puntuación en depresión moderada o grave.
- En las jugadoras adultas con problemas leves (33.3%) probablemente serían alcohólicas y el 16.7% de las agrupadas como probable patológicas.

Algunos datos que se revelan el estudio "Evaluación y tratamiento del juego patológico" de Elisardo Becoña Iglesias, son los siguientes:

- Hay dos hombres por cada mujer jugadora patológica.
- Entre el colectivo más castigado por problemas con el juego de azar, dada su situación, social, personal y económica se encuentran las amas de casa.
- Los que acuden normalmente a tratamiento son varones en proporción a 9 por cada mujer.

Se recoge también que el cuestionario ISRA de Miguel - Tobal y Cano (1988) que evalúa la ansiedad:

- El 39% tenían alteraciones del ciclo vigilia- sueño, aunque con un mayor predominio en mujeres (77%) frente al (33%) de los hombres.
- El 11% de las mujeres tomaba ansiolíticos automedicados.
- Los conflictos familiares eran normales en el 91% de los varones y el 82% de las mujeres.
- Los problemas económicos causados por el juego patológico se daba en un 96% de familias de jugadoras, frente a un 82% de familias de jugadores.
- Las deudas contraídas se dan en un 41% de los casos para jugadores y un 17% para jugadoras.
- Las mujeres se endeudan preferiblemente con miembros de su familia mientras que los hombres lo hacen fuera de este contexto.
- En caso de mujeres jugadoras, la despreocupación por las tareas del hogar les acarrea frecuentes discusiones con sus parejas, posteriormente malos tratos quedando las puertas abiertas a la separación, así lo recoge Franklin y Thoms, (1989) con lo que a problemas familiares se refiere; señalando que: cuando es la mujer jugadora patológica, el hombre

es menos tolerante y si ella no deja el juego al enterarse su marido, con más probabilidad que el caso contrario, corre el riesgo de quedarse sola, al abandonarla su marido.

Problemática y Nuevas tendencias en el tratamiento.

La persona ludópata pierde el control sobre sus actos, su voluntad y en definitiva sobre su vida. El entorno familiar, social y laboral se resiente y estas crisis sólo provocan que la persona ludópata se refugie aún más en el juego. Esta situación se hace aún más difícil cuando el ludópata es una mujer. En nuestra sociedad actual todavía se discrimina a la mujer de una manera más importante si es víctima de una adicción que a un hombre y como se señaló solo asiste a tratamiento una mujer por cada nueve hombres.

Para facilitar el acercamiento de las mujeres al tratamiento de la ludopatía y la aceptación de la enfermedad, varias instituciones han puesto en marcha experiencias piloto de sensibilización, tratamiento y prevención entre ellas:

- Grupos específicos de terapia para mujeres afectadas por el juego de azar.
- Mesas itinerante de información en el territorio español.
- Mesas redonda con participación de profesionales, representantes instituciones y representantes de afectadas por el juego patológico.
- Grupo de autoestima
- Programas de sensibilización.
- Actividades de formación para profesionales de atención primaria.

Conclusiones finales.

Hay que considerar que existen diferencias relacionadas con el género en patologías clínicas, así como en la aparición y desarrollo de la dependencia al juego de azar. Estas se muestran especialmente en las diferencias sexuales con respecto a demanda de tratamiento se refiere, solo una mujer por cada diez hombres asiste a consulta con especialistas y la mayoría de ellas lo hacen con patología dual, uniéndose en ocasiones cuadros de ansiedad, depresión, trastorno de sueño, conflictos familiares y habiendo contraído deudas con su entorno más cercano.

Por ello y debido a la discriminación actual que sufren las mujeres con respecto al desarrollo, aceptación y prevención de la dependencia, el trabajo con mujeres dependientes al juego de azar, habrá que realizarse por un lado desde la prevención de los colectivos más vulnerables, como son las amas de casa, mujeres que viven solas, aquellas que no tienen cargas familiares y mujeres de mediana edad a través del asesoramiento y la formación. Por otro lado se deberá de realizar campañas de acercamiento de los recursos así como de formación y divulgación a la población en general y por último las instituciones están llamadas a la divulgación de sus recursos teniendo una especial consideración con el colectivo femenino.

REFERENCIAS

Arbinaga Ibarzábal, F. (2001). *Características sociodemográficas, consumo de drogas, depresión y juego patológico en un grupo de mujeres de Punta Umbría (Huelva): Un estudio descriptivo*. Huelva: Centro de Psicología Clínica .

Becoña, E. y Gestal, C. (1996). *El juego patológico en niños de 2º ciclo de EGB*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.

Becoña, E. (1999). *Evaluación y tratamiento del juego patológico*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.

Echeburúa, E. (1992) Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*, 4 (1) 7-20

Franking, J. y Thoms D.R. (1989). *Clinical observations of family members of compulsive gamblers*. En H.J. Shaffer. S.A. Stein, B. Gambino y T.N. Cumming (Eds).

García Martínez, J. L. (1993). *Trastornos asociados al juego patológico*. Instituto español para la atención a los problemas de juego de azar. Anales de Psicología.

López Jiménez A. *Los Juegos de Azar. Juego Social y Ludopatía*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.

Villoria López C. (1999) *Estudio piloto sobre la percepción social de los juegos de azar: entre los universitarios. Factores ambientales en el juego patológico*. Madrid: Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

9 - JUEGO PATOLÓGICO Y JUVENTUD

Autora:
Ana M^a Domínguez Álvarez

Numerosas investigaciones han puesto de manifiesto que las personas adultas con problemas de juego se inician en el juego de azar durante la adolescencia o juventud. Por otro lado, también se ha observado un incremento en los últimos años del número de juventud jugadora que podrían ser diagnosticados como jugadoras o jugadores patológicos. Esto nos lleva a pensar que es muy posible que el inicio en el juego durante esta etapa de la vida, tal y como ocurre con el consumo de sustancias (tabaco, alcohol u otras drogas) pueda hacerlos más vulnerables al desarrollo de una adicción. Y es que la adolescencia resulta una etapa del desarrollo durante la cual la persona puede resultar especialmente vulnerable y que se resolverá de manera más o menos adecuada dependiendo de varios factores (Griffiths y Wood, 2000).

No obstante, no parece que el contacto temprano con el juego sea el único factor que se relacione con el hecho de que cada vez haya un mayor número de jóvenes con problemas de juego patológico o que puedan ser considerados como jugadoras o jugadores problema. Algunos estudios han puesto de manifiesto la existencia de factores de riesgo que se relacionan con la aparición de este problema entre la juventud (Griffiths, 2000; Hardoon, Gupta y Derevensky, 2004).

Tradicionalmente, la adolescencia ha sido considerada como un período crítico del desarrollo, no sólo en occidente, sino en muchas culturas y, especialmente en las más avanzadas tecnológicamente. Y aunque existen diferencias de opinión en cuanto a la importancia de los factores biológicos, sociales y psicológicos, existe, no obstante, un acuerdo general en que el período de la adolescencia ha presentado tradicionalmente problemas especiales de ajuste en nuestra sociedad.

En general, puede considerarse que la adolescencia, es un periodo de transición, una etapa de crecimiento que tiene naturaleza propia y de características distintas de las demás, y que marca el final de la niñez y es prólogo a la etapa adulta.

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto. Sin embargo al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo, estos puntos extremos no están muy bien definidos y por tanto no son los mismos en todos los individuos.

Lo que si parece claro para la mayoría de los autores es que en esta etapa se experimenta cambios que se dan a escala social, sexual, física y psicológica. Es por ello que, para muchos autoras y autores, la adolescencia puede ser un periodo de mayor vulnerabilidad, es decir, hay determinadas experiencias que pueden tener efectos sobre el modo en que los adolescentes van a construir su particular concepción del mundo. De hecho, el colectivo de autores que han investigado la relación entre adolescencia y juego patológico y las adicciones en general, señalan la existencia de una serie de factores de riesgo ligados a determinadas áreas de cambio y desarrollo que se dan durante esta etapa y que se resumen a continuación.

Búsqueda de identidad

El uso de los juegos de azar entre la juventud es un problema que va en aumento en nuestra sociedad. Algunos estudios realizados en nuestro país y fuera de él refieren que existe un porcentaje de jóvenes y adolescentes muy importante que tiene el primer contacto con el juego a edades muy tempranas (Jacobs, 2000) y en algunos estudios se estima que entre un 6-10% de

los adolescentes cumplen los criterios de dependencia al juego (Hardoon, Gupta and Derevnsky, 2004). Este aumento progresivo de gente joven que se inician en la conducta de juego, ha hecho que los investigadores centren su atención en tratar de comprender cuales son los factores que facilitan ese contacto tan precoz con el juego así como aquellos aspectos que puedan estar relacionados con el desarrollo de una adicción a éste. Quizás los que hasta el momento han sido más estudiados son los factores de tipo familiar, el soporte social percibido, el uso de drogas y alcohol y los problemas de conducta.

Un elemento que resulta significativo en la aparición, mantenimiento y control sobre el juego en adultos es la construcción del yo (Garrido, Jaén y Domínguez, 2004) y, precisamente, una de las características de la adolescencia es la preocupación especial que el individuo siente acerca del sentido del sí mismo.

Durante la adolescencia la búsqueda de "quien soy" se vuelve especialmente insistente a medida que termina el proceso de identificación con los otros. La identificación se inicia con el moldeamiento del yo por parte de otras personas, pero la de la identidad implica ser uno mismo, en tanto el adolescente sintetiza más temprano las identificaciones dentro de una nueva estructura psicológica.

En relación a este tema, son varias las investigaciones que han puesto de manifiesto que existe una importante relación entre el desarrollo de juego patológico o abuso de juego entre la juventud y el juego patológico en uno de los progenitores, sobre todo en el caso de los padres. Aún queda por aclarar en que medida los procesos de identificación y la imitación de los modelos parentales pueden estar relacionados con este tema y de que modo intervienen en este proceso (Vachon y otros, 2004).

El tema del sentido de uno mismo también resulta importante en relación con el sexo, sobre todo teniendo en cuenta, que los resultados encontrados en las investigaciones sobre juego patológico en adolescentes, apuntan el hecho de que ser varón puede considerarse un factor de riesgo en el desarrollo de esta adicción o en el abuso de alcohol u otras sustancias (Takushi y otros, 2004). Los teóricos del tema manifestado que esta búsqueda acerca del significado de quien es uno mismo, es diferente en hombres y mujeres.

Cualquiera que sea la razón, los sexos difieren en su lucha para definir la identidad y solamente en los últimos años se han desarrollado investigaciones que han explorado este tema, encontrándose por ejemplo que las niñas adolescentes parecen madurar más rápido (Caplan y otros, 1997; Fernández, 1996; Singh-Manoux, 2000).

Por todo ello, ¿es posible deducir que ser varón implica, durante la adolescencia, la presencia de una serie de factores de vulnerabilidad al desarrollo de adicciones? Existen desde luego, datos estadísticos que parecen apuntar en ese sentido, si bien no existen aún investigaciones que hayan profundizado en cuales son esos factores y de que modo interactúan bien con el adolescente y su entorno.

La relación con el entorno

Otra característica importante de la adolescencia es la relación de la adolescencia con el entorno. Durante esta etapa, la juventud pasa gran parte de la jornada fuera de la propia ; en

la escuela y en el ambiente de trabajo tiene la posibilidad de establecer interacciones sociales con sus coetáneos y con los demás cada vez más extensas y duraderas.

A medida que las experiencias sociales de la adolescencia se extienden y se amplían los contactos con las personas, se separa emocionalmente de su propia familia y sobre todo de los padres. Los cambios condicionados por la pubertad tienen una incidencia fundamental en el proceso de emancipación de la familia por parte de la adolescente o del adolescente y en su progresiva inserción en la comunidad.

Es en esta etapa de la adolescencia en la que la persona va a estar más receptivo a los sentimientos, los valores, los ideales, las actitudes y los hábitos de significación ético social. Las actitudes sociales están orientadas a la necesidad de aprobación de conformidad, de reconocimiento y participación. Estos factores llevan a la formación de grupos sociales como: clubes, equipos, fraternidades, juveniles, etc.

La función específica de tales grupos es la de favorecer el proceso de socialización mediante la interacción entre las personas. Con participación activa de estos grupos, en la adolescencia pueden adquirir muchos de los conceptos fundamentales y de los valores que están en la base de una prospera vida social. De hecho, se le da mucha importancia al soporte social percibido, como parte del crecimiento y desarrollo y el fuerte impacto que tienen sobre la salud mental y el bienestar de la adolescencia.

El soporte social se relaciona con un factor protector ante el desarrollo de problemas por el uso de sustancias, sobretodo cuando aparece unido a un soporte familiar donde el consumo de drogas y alcohol también es bajo o nulo. Sin embargo, la tendencia de las adolescentes y de los adolescentes a dar más importancia a las relaciones con los iguales que a las relaciones familiares, a llevado a algunos expertos a concluir que la percepción del apoyo de los iguales puede ser más influyente sobre la conducta del adolescente que el apoyo familiar. En algunos casos una red de apoyo de los iguales puede amortiguar parcialmente la vulnerabilidad de un adolescente que se desenvuelve en un ambiente de riesgo, mientras que en otros casos, una amistad íntima puede fomentar el riesgo de usos de sustancias entre la adolescencia (Averna y Hesselbrock, 2001).

Grupos de autores se refieren a esta etapa como una de las más críticas del ser humano ya que en la adolescencia en general se percibe a la sociedad o al mundo de modo crítico y con rechazo, se separa emocionalmente de los progenitores progresivamente, y tiene dificultad para asumir la presencia de figuras de autoridad o cualquier liderazgo. En ocasiones la amistad con otros iguales se hace sobre la base de este conflicto con el mundo y el comportamiento gira en torno a actos de trasgresión que dan lugar a lo que se ha llamado conducta antisocial.

La familia

Con respecto a la familia, llama la atención el hecho que un porcentaje importante de las personas jóvenes con problemas de juego patológico reconoce que las primeras experiencias de juego ocurrieron con miembros de su propia familia en sus propios hogares. Asimismo, estudios retrospectivos señalan que entre un 25 % y un 40 % de los padres de los jugadores patológicos han tenido problemas de este tipo y habían desarrollado alguna otra adicción así como se constataba que habían estado envueltos en actividades ilegales (Wood y Griffiths, 1998).

Los efectos derivados de la presencia de un problema de ludopatía en uno de los padres parecen tener efectos a largo plazo en los hijos. Por ejemplo, Lesieur y Rothschild, (1989) señalaron que las hijas e hijos de aquellas personas jugadoras patológicas desarrollaban sentimientos de inseguridad y un aumento de la necesidad de aceptación que no aparece en otros jóvenes.

En definitiva, parece ser que determinados factores familiares pueden estar asociados a ciertas conductas de riesgo. Por ejemplo, algunas investigaciones han indicado que una relación familiar y parental pobre se asocia de modo consistente con factores que contribuyen a la drogadicción y que incrementan el riesgo de conductas problemáticas y delictivas (Loeber y Stouthamer-Loeber, 1986), y que en general, las personas adictas suelen relatar en sus historias de vida la exposición en edades muy tempranas, a situaciones familiares conflictivas, a un ambiente familiar adverso y la presencia de uno o más factores de riesgo señalados anteriormente.

En un estudio realizado por Hardoon, Gupta y Derevensky (2004), los autores encontraron que el grupo formado por probables personas jugadoras patológicas jóvenes y el grupo de con riesgo de desarrollo de la ludopatía al mantener un alto "consumo" de juego y manifestar ciertos síntomas preocupantes, percibían un apoyo familiar menor. El análisis cualitativo de algunas respuestas indicaba que muchos jóvenes en esta situación, percibían a sus progenitores y a otros familiares importantes como poco cariñosos, severos o demasiado críticos, sintiéndose emocionalmente distanciados o distantes de los miembros de la familia.

No obstante, como ocurre en la mayoría de los estudios de estas características, es imposible reconocer que aspectos de la relación son consecuencia de la propia conducta de juego en la adolescencia y cuales pueden ser anteriores a ésta y favorecer su desarrollo.

Se ha comprobado que el consumo de alcohol y otras drogas, así como la conducta antisocial en la adolescencia se relaciona con un bajo control por parte de los padres de las actividades que realizan las hijas e hijos fuera de casa y con respecto al grupo de amistades que frecuentan (Dishion y otros, 1995). En el caso del juego patológico, parece que también se da una cierta relación, sobre todo en lo que se refiere a la frecuencia con la que los adolescentes practican el juego. Un mayor control por parte de las madres y padres parece relacionarse con una frecuencia menor de juego en las hijas e hijos. No obstante, en aquella juventud que pueda ser diagnosticada como jugadora patológica, el control parental no parece tener ningún efecto significativo en cuanto al desarrollo de la actividad.

Esto podría estar indicando que el control de las figuras parentales puede tener un efecto preventivo sobre el inicio del juego al reducir la posibilidad de contacto precoz y la aparición de factores que desencadenan el deseo de seguir jugando en la juventud. Sin embargo no parece que, una vez desarrollada la adicción o en una fase previa a ésta, estas actitudes de los padres tengan efecto alguno sobre la conducta del juego en sí. Por el contrario, la aparición de este tipo de comportamientos por parte de los padres podría convertirse en un factor de estrés añadido a la situación general del joven ludópata y que desencadena y mantiene la necesidad de seguir jugando (Garrido, Jaén y Domínguez, 2004).

Estos mismos resultados se recogen en otra práctica parental específica como es la aplicación a los adolescentes de pautas de disciplina. En diversas investigaciones se había puesto de manifiesto que en las familias donde hay uno más miembros con problemas de juego, se producían la aplicación de normas se realiza de forma inconsistente, dura y ambigua, es decir se

practica una disciplina inadecuada. No obstante, parece ser que esta práctica en figuras parentales puede regular o estar relacionada con la frecuencia de juego, pero no con la gravedad o severidad del trastorno en la adolescencia.

El único factor familiar que parece estar relacionado de modo claro con la gravedad del problema en la adolescencia es la presencia de juego patológico en uno de los progenitores y más concretamente en el padre. Es muy posible que los padres y madres que juegan de modo excesivo expongan a sus hijas e hijos a actitudes y creencias desadaptativas sobre la relación personal, familiar y social con el juego, actuando como modelos poco adecuados y propiciando una identificación en la adolescencia poco favorable para su desarrollo.

Otro factor de riesgo importante parece estar relacionado con el consumo de drogas y alcohol. En la mayoría de los estudios realizados se demuestra que es muy habitual que junto al problema del juego se asocian otras actividades ilegales, conductas delictivas y consumo de drogas y alcohol (Gupta y Deverensky, 1998), dándose en ocasiones una situación de comorbilidad entre estos tres aspectos.

Aunque la naturaleza de la asociación entre drogas y juego no está aún resuelta, Stinchfield y Winters (1998) han identificado varios factores de riesgo comunes para ambos trastornos: baja autoestima, depresión, propensión al suicidio, haber sido víctima de abuso (sexual o físico), pobre rendimiento escolar, historia de delincuencia, pobre control de impulsos, ser varón, comienzo a edad temprana, historia parental de problemas similares y la existencia de normas familiares y comunitarias que promueven la accesibilidad hacia el consumo. Estos autores han concluido que la asociación entre esos dos patrones conductuales no es trivial, dado el solapamiento entre los factores de riesgo.

Por otro lado, existen datos suficientes como para pensar que la juventud diagnosticada como ludópata o que están en riesgo de serlo presentan problemas de conducta. Entre los aspectos más llamativos se encuentra el hecho de que en la juventud tienen más problemas con la aceptación de la autoridad, tienden a saltarse las normas, presentan comportamiento antisocial y muestran una conducta opositora. Por todo ello, no es extraño que los adolescentes diagnosticados como probables jugadoras o jugadores patológicos presenten una mayor historia de comportamiento y actividades delictivas (Ladoucer y otros, 1994).

Desarrollo sexual de la juventud adolescente e identidad sexual

Uno de los aspectos más importantes de esta etapa y que explica los cambios en la adolescencia y desencadena una crisis importante a todos los niveles es el comienzo de la pubertad. De este modo se conoce al proceso que lleva a la madurez sexual y que posibilita la reproducción desde un punto biológico.

La relación entre las sensaciones que la persona jugadora tiene y las sensaciones sexuales o eróticas han sido puestas de manifiesto en el pasado por autores de orientación psicodinámica sobre todo. Para el personal investigador, el juego proporciona una sensación de bienestar que muchos sujetos valoran de modo subjetivo como muy gratificante y que puede resultar un “sucedáneo” de la gratificación sexual directa, bien masturbatoria o a través de las relaciones sexuales. Estas afirmaciones han surgido sobre todo, a raíz del estudio del papel que la sexualidad tiene en el ámbito de las relaciones de pareja dónde uno de los dos juega de forma patológica.

La presencia de disfunciones en esta área, la presencia de infidelidades y las descripciones que la persona jugadora hace de la experiencia subjetiva durante el juego han llevado a establecer la hipótesis de que el juego puede estar cumpliendo un papel compensatorio a partir de una sexualidad pobre o problemática. No obstante, hasta el momento, no existen datos concluyentes que permitan establecer un tipo de relación concreta entre ambos aspectos en el caso de las personas adultas ni tampoco en el caso de la adolescencia. Sin embargo, no es descabellado afirmar que los cambios fisiológicos que se dan en la adolescencia pueden potenciar el efecto que determinadas actividades “excitantes” pueden tener, sobrevalorando la experiencia desde un punto de vista psicológico y fisiológico.

En este sentido, se ha demostrado que las hormonas están estrechamente relacionadas con las emociones, en especial con la agresión en los muchachos y la agresión y depresión en las niñas. Algunos investigadores atribuyen la creciente emocionalidad y cambio en el estado de ánimo de la adolescencia temprana a las hormonas, pero es necesario recordar que en los seres humanos, la relación entre éstas y el medio ambiente es muy importante e incluso predominante en el caso de este último. Aunque existe una relación bien establecida entre la producción de las hormonas testosterona y la sexualidad, las adolescentes y los adolescentes comienzan la actividad sexual más de acuerdo con lo que sus amistades hacen que los que sus glándulas producen. A estos parámetros del comienzo de la pubertad le podemos agregar la relación entre el y la pubertad; pues la forma como el desarrollo físico, cognoscitivo y de la personalidad influye entre sí.

Sobre este aspecto en concreto, algunas autoras o autores han encontrado una importante relación entre algunas características de importante correlato fisiológico como la impulsividad, niveles bajos de inhibición o la búsqueda de sensaciones, con el desarrollo de la adicción al juego. Estos factores, parecen explicar en cierta medida el mantenimiento en los varones, de la conducta de juego y su aumento a lo largo del tiempo. Aspectos como estar deprimido o el estado de ánimo bajo antes de comenzar a jugar, la excitación y los altos niveles de arousal durante el juego son variables que predicen si la juventud tendrá problemas de abuso de juego.

Desarrollo de la inteligencia

Otro tema importante de la relación entre el juego patológico y la adolescencia o juventud tiene que ver con el desarrollo de la inteligencia que se da durante esta etapa, ya que uno de los aspectos llamativos de esta adicción como se comentaba en apartados anteriores, es la aparición de creencias e ideas y pensamientos irracionales acerca del juego y su funcionamiento. Ello está relacionado con el planteamiento sobre si la particular forma de pensar y construir el mundo que tienen las adolescentes y los adolescentes al pasar por esta etapa, los hace especialmente vulnerables para desarrollar modos de interpretar la mecánica del juego de tal modo que facilite un pensamiento irracional que aumente la capacidad adictiva de los juegos de azar para el caso de la adolescencia.

En la adolescencia se da el inicio de la etapa del pensamiento de las operaciones formales, que pueden definirse como el pensamiento que implica una deductiva. En este estadio aparece también la experimentación científica. Experimentar significa probar o ensayar distintas hipótesis, buscando la solución de un problema. La niña o el niño que atraviesa el estadio de las operaciones concretas experimenta por el de tanteos, y nada se opone a que muchas veces consiga dar con el resultado perseguido. No obstante, ni siquiera después de haber resuelto con una determinada operación puede justificar su razonamiento o enumerar los distintos ensayos que han ido efectuando.

En cambio, cuando ha alcanzado cierta habilidad en el desarrollo de las operaciones formales procede sistemáticamente, trabajando con una lista de todos los factores que puede intervenir en la solución y teniendo en cuenta los correspondientes niveles o variables. Es decir procede de forma científica y sistemática.

Toda nueva habilidad intelectual suele dar lugar, al principio, a una interpretación egocéntrica del mundo, que el sujeto elabora centrándose en esta habilidad. Por eso se ha hablado de un egocentrismo racional e intelectual que aparece en la adolescencia, en el estadio de las operaciones formales.

Esta nueva forma de egocentrismo es fruto del mismo desarrollo intelectual que esta a punto de ser culminado en los años de la adolescencia. La juventud, en efecto, cuando ha aprendido a utilizar los conceptos abstractos, cree que las reflexiones y teorías son poco menos que todopoderosas, y sin detenerse a pensar que cualquier conclusión ha de venir refrendada por la realidad, el mundo, lo que en su opinión debe concluir con sus razonamientos, y no a la inversa.

Desarrollo de la personalidad

Sobre el desarrollo de la personalidad se han desarrollado variadas teorías, por parte de diferentes autores dedicados al estudio de los diversos aspectos que influyen en el desarrollo y comportamiento del individuo en la adolescencia.

La adolescencia es, si se quiere una etapa muy delicada y clave en el desarrollo de la personalidad que va a regir la vida del adulto, su desarrollo social, emocional y desenvolvimiento positivo en la sociedad.

Según el personal investigador, se creía, que el temperamento y el carácter, integrantes principales de la corporal estaban determinados biológicamente y venían predicados por la información general.

La imagen corporal adquiere mayor importancia cuando la adolescente o el adolescente se encuentra en grupos que dan demasiada importancia a los atributos físicos tanto del varón como la hembra, o cuando en su entorno familiar o social se burlan de cualquiera de sus características físicas, estatura, contextura, color, etc.

Pero es necesario hacer hincapié, que aunque la imagen corporal juega un papel en el desarrollo de la personalidad, el ambiente donde se mueve el joven, la familia y los que se mueven a su alrededor son factores de mayor importancia.

En relación a los jugadores patológicos son varios los estudios que han tratado de poner de manifiesto la existencia de una serie de rasgos comunes o de aspectos de la personalidad que predisponen al juego como por ejemplo la impulsividad, la búsqueda de sensaciones y búsqueda de riesgos, neuroticismo y psicoticismo, y la disociación de conducta, sin embargo, las investigaciones no son concluyentes y en muchos casos arrojan resultados contradictorios, con lo que no es posible concluir que exista un patrón de personalidad único que predisponga al individuo. Seguramente estemos hablando, como ocurre en otros casos, de un trastorno en el que confluyen una serie de factores que propician su aparición y su mantenimiento posterior.

REFERENCIAS

- Averna, S. y Hesselbrock, V. (2001). The relationship of perceived social support to substance use in offspring of alcoholics. *Addictive Behaviors*, 26, 3, 363-374.
- Caplan, P.J., Crawford, M., Hyde, J.S. y Richardson, J.T.E. (1997). *Gender differences in human cognition*. Oxford: Oxford University Press.
- Dishion, T. J., Andrews, D. W. y Crosby, L. (1995). Antisocial boys and their friends in early adolescence: Relationship characteristics, quality and interactional process. *Child Development*, 66, 139-151.
- Fernández, J. (1996). *Varones y mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género*. Madrid: Pirámide.
- Garrido, M., Jaén, P. y Domínguez, A. (2004). *Ludopatía y relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.
- Griffiths M.D. y Wood, R. (2000). Risk factors in adolescence: the case of gambling, video-game playing and the internet. *Journal of Gambling Studies*, 16:199-225.
- Gupta, R., y Derevensky, J. L. (1998). Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, vol 14(4):319-345.
- Hardoon, K., Gupta, R. y Derevensky, J.L. (2004). Psychosocial variables associated with adolescent gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (2): 170-179.
- Jacobs, D.F. (2000). Juvenile gambling in North America: An analysis of long-term trends and future prospects. *Journal of Gambling Studies*, vol. 16(2):119-152.
- Ladouceur, R., Ferland, F., Roy, O., Bussières, E.L. y Auclair, A. (2004). Prevention of pathological gambling in adolescents : A cognitive approach. *Journal de Therapie Comportamentale et Cognitive*, vol 14 :124-130.
- Lesieur, H.R. y Rothschild, J. (1989). Children of Gamblers Anonymous members. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 269-282.
- Loeber, R. y Stouthamer-Loeber, M. (1986). Family factors as correlates and predictors of juvenile conduct problems and delinquency. In N. Morris & M. Tonry (Eds.), *Crime and Justice: An Annual Review of Research* (Vol. 7, pp. 29-149). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Singh-Manoux, A. (2000). Cultura y problemática de género en la adolescencia: resultados de estudios de emociones. *Psicothema*, Sup. 1, 93-100.
- Stinchfield, R. D. y Winters, K. C. (1998). Adolescent gambling: A review of prevalence, risk factors and health implications. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 556, 172-185.
- Takushi, R.Y., Neighbors, C., Larimer, M.E., y Lostutter (2004). Indicated prevention of problem gambling among college students. *Journal of Gambling Studies*, 20 (1):83-93.
- Vachon, J., Vitaro, F., Wanner, B. y Tremblay, R.E. (2004). Adolescent gambling: Relationship with parent Gambling and parenting practices. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (4): 398-401.
- Wood, R. T., y Griffiths, M. D. (1998). The acquisition, development and maintenance of lottery and scratchcard gambling in adolescence. *Journal of Adolescence*, vol 21(3): 265-273.

10 - JUEGO PATOLÓGICO Y FAMILIA

Autor:
Román Fernández Alepuz

CODEPENDENCIA

La persona codependiente es aquella que tiende a relacionarse afectivamente con personas con problemas; de hecho, este término surgió para dar cuenta de la peculiaridad de ciertas personas que se emparejaban con otras con problemas de toxicomanía o alcoholismo. Se trata de personas que tienen necesidad de controlar el comportamiento adictivo de sus parejas, que se involucran en exceso en su vida caótica, que presentan más interés que el adicto en resolver su problema, que se autoanulan instalándose en un rol de cuidado abnegado, y que tienen relaciones de pareja abusivas, baja autoconfianza y trastornos psíquicos (Beattie, 1992). Al final, la persona codependiente está inmerso en un proceso tan mórbido como el de la propia adicción.

Las personas con codependencia dedican su vida a la gente con problemas, principalmente con adicciones; de hecho sólo consideran interesantes a estas personas. Se entregan tanto a ellas que continuamente controlan, encubren o minimizan los comportamientos negativos de sus parejas (por ejemplo, poniendo excusas porque la pareja lleva una semana sin ir a trabajar, cuando la realidad es que ha estado abusando de la máquina tragaperras). Se someten a sus deseos consiguiendo dinero para nuevas apuestas, con falsas promesas de abandonar el hábito; en definitiva, sitúan el problema de su pareja como el centro de su existencia.

Cermak (1991) propone los siguientes criterios diagnósticos para su inclusión en el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales):

- a. Continua inversión de la autoestima en la capacidad para controlar sentimientos y conductas de sí mismo y de los otros frente a serias consecuencias adversas.
- b. Asunción de responsabilidad para satisfacer las necesidades de los demás excluyendo el reconocimiento de sus propias necesidades.
- c. Ansiedad y distorsión de los límites en situaciones de intimidad y separación.
- d. Involucrarse en relaciones con individuos de personalidad químicamente dependientes, desordenada e impulsiva.
- e. Exhibe tres o más de los siguientes rasgos:
 - Excesiva dependencia de la negación.
 - Constricción de las emociones.
 - Depresión.
 - Hipervigilancia.
 - Compulsiones.
 - Ansiedad.
 - Consumo de sustancias.

- Víctima recurrente de abuso físico o sexual.
- Enfermedades médicas relacionadas con el estrés.
- Ha permanecido en una relación primaria con una persona adicta a sustancias por lo menos dos años sin pedir ayuda externa..

Faur (2002) sintetiza las características de las personas codependientes propuestas por varios autores y por ella misma:

- Asumen la responsabilidad por lo que ocurre en la vida de otras personas. Si algo no funciona bien, están dispuestas a asumir toda la culpa por ello.
- Se anticipan a satisfacer las necesidades de otros aun cuando no se les haya hecho ningún pedido.
- Tienen dificultades con la asertividad. No pueden decir que no aunque lo deseen, porque temen no ser queridas y porque no soportan decepcionar o desilusionar a otros.
- Se sienten atraídas por personas necesitadas, conflictivas, irresponsables o perturbadas a las que consideran que pueden ayudar y salvar por medio de su amor y sus cuidados.
- Tienen una baja autoestima, una gran necesidad de valoración externa y no confían en sus propias percepciones.
- Desarrollan una hipertolerancia frente a situaciones abusivas y son capaces de hacer cualquier cosa para evitar que una relación se termine porque tienen una gran dependencia emocional.
- Tienen la sensación de no ser suficientes y de no hacer nunca lo suficiente.
- Tienen serias dificultades para conectarse con el placer y el bienestar.
- Se obsesionan con la vida de los demás. Ponen toda su energía en ello y pierden el foco de sus propias necesidades e intereses.
- Como temen las situaciones de descontrol, intentan controlar por cualquier medio, ya sea la culpa, la lástima, la coerción o la actuación.
- Se mienten a sí mismos y a los otros, respecto de la realidad de su situación.
- Minimizan, justifican y niegan lo que sucede en la relación.

TRASTORNOS EMOCIONALES.

Dentro de las patologías frecuentes en el ámbito familiar de la ludopatía, la depresión es, junto con la ansiedad, la más frecuente.

Estos trastornos emocionales pasan por tres fases: la negación, la de estrés y la de agotamiento o desesperación:

- En la primera, se minimiza o se niega a aceptar que el problema esté ocurriendo. En esta fase, por lo tanto, no existe el problema.
- En la segunda, se toma conciencia de que el problema es real, por lo que se empieza a luchar con él. Esta fase es “de estrés”, porque su esfuerzo no va a servir de nada sin la colaboración de la persona que padece el problema.
- Finalmente, en la medida en que sus esfuerzos no fructifiquen, se llega a la fase de agotamiento o desesperación, en la que suelen darse los trastornos emocionales.

Estudios realizados por ACOGER en 1998 demostraron que, el 55.1% de las parejas de las personas jugadoras sufrían depresión.

La codependencia es un fenómeno que se produce en relaciones de pareja patológicas y es tendencia de estos individuos a tener en su vida este tipo de relaciones.

La persona codependiente considera interesantes a las personas con problemas, preferentemente con adicciones. Sus parejas pueden ser dignas de lástima y activar el papel protector de éstos. Las personas con esta patología se someten porque están cómodos desempeñando un papel, el de cuidador de gente con problemas. Para ellos, el sometimiento al adicto y la obsesión con su hábito es la máxima expresión de la abnegación, de algo que es un fin en sí mismo, y es cuidar a una persona con problemas.

Estas personas enfermas no se interesan realmente por el otro, sino por sus problemas, en tanto pueden desarrollar su rol abnegado de cuidador.

El ámbito familiar funciona tanto como un elemento facilitador como inhibidor del juego.

La forma en que éste reacciona cuando conoce el problema tiene determinantes consecuencias en la conducta de juego. Por ejemplo, una pareja protectora que cubre rápidamente las deudas con el fin de que no se descubra socialmente el problema, no hace sino mantener la conducta de la jugadora o jugador.

Fases por las que puede atravesar “el familiar”, que consideramos trastornos en si :

- negación: el familiar no quiere aceptar el problema;
- de estrés: el familiar afronta el problema y sufre el estrés consecuente.;
- de agotamiento o desesperación: el familiar, que no consigue resolver el problema sin

ayuda, llega a la desesperación. Si esta fase se prolonga en el tiempo, se desencadenan trastornos psicósomáticos y depresivos.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

En el punto anterior se describen las fases a través de las cuales pasa el familiar del jugador patológico. Pues bien, es en la segunda, de estrés, en la que se manifiestan generalmente los trastornos de ansiedad, asociados a los temores que producen las consecuencias del juego, que el familiar ve venir perfectamente, pero aún con la esperanza de poder solucionar o evitar. En el estudio de Acojer de 1998, el 12,6% sufría ansiedad. Según lo descrito, cabe esperar que a menor tiempo jugando, más probabilidad de encontrar ansiedad en la pareja de la persona jugadora, y a más años jugando, más probabilidad de encontrar trastornos emocionales en la pareja de la jugadora o jugador.

OTROS TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS.

Es frecuente encontrar en los familiares trastornos psicósomáticos, como dificultades para dormir, dolores difusos, problemas digestivos, etc.

REFERENCIAS

Adkins, B. y cols. (1987): Follow-up of pathological gamblers after treatment American-Journal-of-Psychiatry, 144, 6, 757-761

Allcock, C.C. (1986); *Pathological gambling*. Aust NZ J Psychiatry. 20:259-265.

Analu (Asociación Navarra de Ludópatas). (1995). Cuadernos de ludopatía. Definición y tratamiento. Pamplona: Gobierno de Navarra, Departamento de Salud,

Castelló Blasco, J. *Dependencia emocional: Características y Tratamiento*. En prensa.

BECOÑA, E. (1996), *La Ludopatía*, Madrid, Santillana.

Bombin B.(1992) *El juego de azar. Patología y testimonio*. Junta de Castilla y León; Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

Echeburúa Odriozola, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1994): *Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora*. Clínica y Salud, 5, 251-258

Fernández Alba, A. y Labrador, F.J. (2002). *Juego patológico. Guía de intervención*. Madrid. Síntesis.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997): Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta. Madrid: Pirámide.

Garrido, M., Jaén, P. y Domínguez, A. (2004). Ludopatía y relaciones familiares. Barcelona. Paidós.

11 - CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 1: JUGADOR PATOLÓGICO

1.1. INTRODUCCIÓN

Tratado en un Centro Privado, concertado con la Junta de Andalucía, especializado en el tratamiento de los trastornos adictivos y por un equipo multidisciplinar, con orientación cognitivo-conductual.

1.2. EVALUACIÓN

Varón de 32 años, casado y padre de un hijo menor de edad.

Nivel cultural, graduado escolar.

Profesión: taxista.

Nivel socioeconómico: medio.

Comienza a jugar a las máquinas recreativas con premio y bingo cuando tenía 20 años, en aquella época de forma muy esporádica e invirtiendo poco dinero, las vueltas de las consumiciones realizadas en los bares y “para ver si tocaba”, al bingo ha jugado muy puntualmente, en total unas 5 ó 6 veces a lo largo de estos años.

En el año 2000 cambia de trabajo y empieza a frecuentar un bar con compañeros de trabajo, reconoce que este cambio le ayuda a jugar con más frecuencia, aumentando progresivamente, en los últimos tres años, ha jugado con una frecuencia aproximada de 5 días a la semana a máquinas, gastándose aproximadamente unos 300€ a la semana y el tiempo empleado ha sido aproximadamente de 3 horas al día.

No antecedentes familiares de ludopatía. Padre alcohólico en tratamiento.

No ha realizado tratamientos anteriores por este problema.

Su objetivo con este tratamiento es no jugar más a las máquinas.

Consumo de sustancias psicoactivas:

- Alcohol: consumos puntuales, una cerveza esporádicamente.
- Tabaco: un paquete diario.
- Cocaína: la prueba hace años y no ha vuelto a consumirla.

Se aprecia una falta de actividades reforzantes en su vida y un déficit en solución de problemas.

1.3. MÉTODOS DE EVALUACIÓN

- Entrevista estructurada de diagnóstico DSM IV de juego patológico.
- Entrevista semiestructurada sobre problema de juego y consumo de sustancias psicoactivas.
- Cuestionario de evaluación de variables dependientes del juego (versión paciente) (Echeburúa y Baez 1991)
- Inventario de depresión de Beck (BDI)
- Inventario de pensamientos (Fernández-Alba, 1996)
- Controles toxicológicos de determinación de tóxicos efectuados aleatoriamente durante los tres primeros meses.

1.4. CONDUCTA PROBLEMA

Cumple los siguientes criterios del DSM IV de juego patológico:

- Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
- Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
- Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de "cazar" las propias pérdidas).
- Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.
- Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude o abuso de confianza para financiar el juego.
- Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
- Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.

1.5. HISTORIA DE APRENDIZAJE

Tiene el hábito antes de empezar a trabajar, mientras está trabajando y después de trabajar, parar y acudir a un bar frecuentado por compañeros de trabajo, con las excusas de tomar un café, comprar tabaco o simplemente descansar. Suele llevarse la recaudación del taxis. Si hay alguien jugando se queda observando y si lo conoce se pone a hablar con el con el objetivo de evaluar como está la máquina, si no hay nadie le pregunta a los camareros.

El día de descanso suele quedarse en casa durmiendo y viendo la tele.

Las consecuencias son: problemas económicos, debe dinero a un compañero de trabajo, aproximadamente unos 600€, no es capaz de ahorrar, pide dinero prestado, a veces a perdido lo ganado durante el día de trabajo en el taxis; problemas en su relación de pareja, discusiones continuas debido a los problemas económicos y engaños; problemas laborales, ha disminuido en tiempo que dedica al taxis, aumentando en tiempo que pasa en el bar jugando, algún día ha faltado al trabajo; pasa menos tiempo con su familia, se encuentra muy irritable, se hace muchos reproches.

Utiliza el juego como medio para evadirse de los problemas y alivio de la tensión.

Distorsiones cognitivas más frecuentes:

- Falacia del jugador o jugadora: no deja que otros jueguen en la máquina en la que él ha estado jugando, suele pedir que le apaguen la máquina cuando le falta dinero mientras va al banco o a casa a por dinero. “Pienso que si juego el tiempo suficiente recuperaré mis pérdidas”.
- Ilusión de control: “A veces voy con la “sensación” de que voy a ganar”, “Me fijo mucho en los resultados del juego para sacar conclusiones de cómo apostar, cuándo y cuánto”.
- “Creo que ganar es una cuestión de suerte más que de probabilidad”.
- “Si pierdo, pienso que es debido a que no estoy concentrado”.
- “Tengo manías, suelo llevar un amuleto”.

Hipótesis explicativa:

- Factores predisponentes:
 - Acceso al juego.
 - Modelo de jugadores: amistades, compañeros y compañeras de trabajo.
 - Tipo de juego: máquinas recreativas con premio.
 - No se planifica económicamente.

Estímulos externos:

- acudir al bar en horario de trabajo con el dinero de la recaudación, acercarse a la máquina, comentar el estado de la máquina con los camareros, observar si hay alguien jugando, la disponibilidad de dinero, puede pasar en cualquier momento del día.

Estímulos internos:

- Aburrimiento.
- Tensión por los problemas laborales y/o de pareja.

Conducta de juego:

- Hábitos de juego: introducir varias monedas juntas, recogerlas antes de que se acabe la jugada, mantener monedas en la mano....
- Respuesta cognitiva: distorsiones cognitivas referidas al azar.

Consecuencias inmediatas cuando gana:

- Excitación.
- Ganancia económica.
- Evaluación sesgada de los resultados.

Consecuencias inmediatas cuando pierde:

- Pérdida de lo ganado en el taxis.
- Pérdida de horas de trabajo.
- Pedir dinero prestado.
- No tener ganas de trabajar.
- Irritabilidad.
- se hace reproches.
- caza de las pérdidas.

Consecuencias a medio y largo plazo:

- Problemas económicos: ausencia de ahorro y deuda.
- Disminución de tiempo dedicado a su familia.
- Problemas de pareja.
- Pérdida de horas de trabajo.

La falta de otras actividades reforzantes alternativas al juego y un déficit en solucionar los problemas, refuerza que la persona usuaria siga jugando como manera de afrontar la problemática que el propio juego ha causado y otras dificultades (sobre todo con compañeros de trabajo por la rivalidad existente) que no tiene nada que ver con el juego, unido a la necesidad de conseguir dinero de forma rápida, hacen que siga jugando y entre en un círculo vicioso.

1.6. PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA

a) Estado ansioso depresivo: manifiesta desánimo, apatía, no tiene ganas de ir a trabajar, trastornos del sueño, le cuesta conciliarlo y se despierta muy temprano. En el inventario de depresión de Beck no puntúa depresión.

b) Problemática familiar: en el momento en que inicia proceso terapéutico, su mujer ha iniciado trámites de separación, ya que a pesar de las advertencias que le ha dado para que deje de jugar, él no ha querido, argumentando que no hace nada malo, que el no bebe ni toma drogas.

Hace unos meses acude a servicios sociales en busca de ayuda y dichos servicios la han orientado y ayudado a tomar una decisión, está dispuesta a paralizar dicho proceso si el deja de jugar y se preocupa más de ella y su familia.

Mantienen desde hace tiempo una comunicación escasa y cuando se comunican es para intercambiarse insultos, reproches, quejas...., él suele adoptar una actitud más pasiva. Sobre todo esto ocurre en el último año.

No mantienen ninguna actividad normalizada juntos.

1.7. TRATAMIENTO

La persona usuaria se muestra muy implicado y colaborador en el tratamiento, lo que nos muestra una alta motivación.

Objetivos:

- Eliminar la conducta de juego.
- Desarrollar expectativas de autoeficacia y estrategias alternativas en las situaciones relacionadas con el juego.
- Prevenir recaídas.

Primera fase: Reestructuración Cognitiva.

- Explicación del problema
- Establecer un plan de condonación de la deuda.
- Establecer un plan de control de estímulos: intentar de no disponer de mucha cantidad

de dinero en el taxis, por lo que a primera y última hora de la mañana iría al bando a ingresar la recaudación efectuada hasta entonces, por las tardes iría a casa y le entregaría a su mujer lo recaudado, ingresándolo a la mañana siguiente. Se decide que no entre en el bar que frecuentaba y que busque otros bares donde no dispusieran de máquinas recreativas. Si entraba en algún bar que disponía de máquina, colocarse lo más alejado a ella y de espaldas, además se le propuso que por costumbre llevará la recaudación de billetes y las monedas las dejará en el taxis, llevando lo mínimo para la consumición.

- Apoyo farmacológico: Lexatin 1 – 1 – 2.

Segunda fase: Deshabitación.

- Desarrollo de actividades normalizadas gratificantes para la persona enferma, que realizaría el día de descanso y al finalizar el trabajo: acudir al gimnasio diariamente, retomar la actividad de pesca con un cuñado, pasar más tiempo con su pareja e hija, proponiendo actividades como ir al cine, de excursión...

- Entrenamiento en solución de problemas y habilidades sociales, con el objetivo de afrontar más eficientemente los conflictos con algunos compañeros de trabajo y con su pareja.

- Entrenamiento en prevención de recaídas: identificando las situaciones de riesgo y aprendiendo estrategias de afrontamiento más adecuadas y alternativas al juego. Se le dan orientaciones de cómo actuar si se produce un desliz.

- Retomar amistades que no juegan.

- Entrenamiento en reestructuración cognitiva: identificación, análisis y racionalización de los pensamientos irracionales.

- Con respecto al tratamiento, se establece una pauta de reducción al tercer mes y se retira.

Tercera fase: Mantenimiento de los logros.

- Se atenúa gradualmente el control de estímulos.

- Se le pide que identifique y registre situaciones problemáticas y como las afronta.

- Evaluación de la continuidad de la la practica de las conductas alternativas que ha puesto en marcha.

1.8. RESULTADOS

Se le da el alta terapéutica al año de tratamiento y se mantienen dos citas de seguimiento a los tres y seis meses.

Tiene una recaída a los dos meses de iniciar el tratamiento, cuyo gasto asciende a 50

se produce por que se relaja en cuanto al control de estímulo, y una falsa confianza, en seguida retoma lo acordado, aprendiendo de ello.

Se produce una reducción de las distorsiones y una mayor racionalización.

Consigue mejorar las relaciones con su pareja y se encuentra más satisfecho consigo mismo ya que se implica más a nivel familiar y en la educación de su hijo.

Consigue afrontar con más eficiencia los problemas con el conjunto de compañeros de trabajo.

Ha desarrollado conductas más adaptativas de manejo y ahorro de dinero.

Mantiene una red de apoyo más positiva y realiza actividades normalizadas que para él son una fuente de refuerzo.

En conclusión consigue los objetivos terapéuticos y a los seis meses de conseguir el alta continúa manteniendo la abstinencia al juego y los cambios efectuados para ello.

CASO CLÍNICO 2: TRASTRONO DE JUEGO PATOLÓGICO Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

2.1. INTRODUCCIÓN

Este caso fue tratado en un centro público especializado en el tratamiento de los trastornos adictivos, donde no existe filtro de admisión por el principio de igualdad y el derecho de todos a la salud.

La demanda asistencia no permite consulta con un tiempo inferior a 15 ó 20 días en la mayoría de los casos.

Es un servicio caracterizado por el trabajo en equipo multidisciplinar, donde se da la intervención indistinta de cualquiera de los profesionales en función de la evolución del caso y el cumplimiento de las pautas prescritas.

2.2. EVALUACIÓN

Varón de 60 años, casado y padre de 4 hijos mayores de edad y autónomos dos de ellos. Nivel cultural diplomado universitario (perito). Trabaja de encargado en importante empresa auxiliar de la construcción, en horario de mañana y tarde.

Manifiesta antecedentes de padre bebedor.

En el año 1993 su esposa cae enferme por una hemiplejía de la que sigue convaleciente.

En los años 97 á 99 acude a recibir tratamiento a la Asociación de alcohólicos rehabilitados, que abandona produciéndose la recaída. De principios del 2000 hasta mediados del 2002 asiste para recibir tratamiento por alcoholismo y ludopatía a nuestro servicio, que igualmente abandona y se vuelve a producir la recaída. Siempre ha referido la pareja, el trastorno dependencia al alcohol y al juego patológico como muy graves.

En el año 2005 acude derivado por el médico de familia, pues el paciente no quería venir por el sentimiento de fracaso y la vergüenza de la recaída. Su demande en ese momento es ayuda por el miedo a la recaída y la ansiedad provocada por ello. En ese momento dice llevar dos meses abstinente al alcohol y al juego patológico, y tomando cianamida por su cuenta. Que continúa en la actualidad.

2.3. MÉTODOS DE EVALUACIÓN

- Protocolo de la Primera entrevista donde se recogen los datos de la historia de la adicción y el protocolo de la historia bio-psico-social unificada del servicio. Dicha historia está cumplimentada por médico psiquiatra, psicólogo clínico y trabajador social.

- Entrevistas individuales y de pareja.

2.4. CONDUCTA PROBLEMA

Años 97 á 99 grave dependencia de alcohol y trastorno de juego patológico. Bebe de forma diaria y continua 8 copas de aguardiente y 11 vinos (tinto). Fuma 40 cigarrillos día. Simultáneamente juega a las tragaperras todo el dinero que lleva.

Años 2000 al 2002 grave dependencia de alcohol y trastorno del juego patológico. Bebe diariamente 6 á 8 copas de aguardiente. Reduce el patrón de ingesta de alcohol de forma drástica los fines de semana. Refiere fuerte estrés laboral y familiar. El estrés familiar provocado por la enfermedad de la esposa, parálisis que la incapacita a realizar cualquier actividad en el hogar, aunque a fecha de hoy ha recuperado algunos movimientos y puede hacer actividades en la casa.

2.5. HISTORIA DE APRENDIZAJE

Tienen el hábito al terminar el trabajo de quedarse los compañeros a tomar unas cervezas desde mucho tiempo antes del 93. Se inicia en el alcohol por diversión, sociabilidad y con amigos.

El juego patológico se inicia en el año 1993 (tragaperras de los bares). Es el problema que origina mayores y más graves consecuencias: económicos, e iniciando conductas delictivas.

De esta manera se van instaurando en paralelo las dos adicciones. Busca una liberación de la tensión familiar y laboral a la vez que puede venir bien una fuente de ingresos complementaria, que en esos momentos es necesaria.

De esta forma llega a acumular una deuda de tres millones de pesetas.

Intenta diversas soluciones para poner remedio a estos problemas que cada vez van a mayores y busca apoyo en organizaciones que le van diciendo los amigos inicialmente. Pero engañaba a su mujer en la toma de la medicación. Y “picoteaba” con la bebida.

Todos los intentos anteriores de dejarlo le hacen plantearse, ¿por qué tiene que recaer? o ¿por qué tiene ganas de beber?

2.6. PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA

a) Estado ansioso depresivo

Paciente refleja en los inicios desánimo y aburrimiento con este problema por lo que se deteriora la relación con su esposa y le hace sentir la impotencia de no darle una solución definitiva a esta situación de beber y jugar.

Síntomas, sueño alterado y fragmentado. Inquietud interior y estresado por la situación del hogar y laboral, pues no se siente valorado como él considera. Irritable e irascible en el hogar ante cualquier contrariedad o adversidad simple.

b) Asociación con el trastorno de dependencia al alcohol

Suele beber en bares donde se encuentran máquinas tragaperras. Su estado de

activación no le permite distinguir ni plantearse la doble adicción, y actúa de forma compulsiva.

c) Problemática familiar

Mujer casada cree que estos problemas se acrecentaron cuando ella cayó enferma.

Ella no resalta otro tipo de dificultades en las primeras entrevistas. Mientras ella habla, el paciente se muestra sereno y tranquilo. No rebate, ni polemiza. Cada uno expresa sus opiniones sin enfrentamiento. Pero las consecuencias del problema en el año 2005 siguen siendo fuertes discusiones familiares con esposa e hijos, que no llegan al maltrato, y sí habían originado en año 2000, la huída de casa del segundo de los hijos. Según refiere su hijo menor, transmitido por el paciente, las diferencias entre la pareja no tienen solución.

Pero la familia describe a lo largo de su historia cómo diferentes miembros han mostrado alguna patología: la mujer casada a causa de su enfermedad y de la situación familiar presentó un síndrome depresivo que requirió tratamiento; el segundo hijo mayor contacto con las drogas, hija con relaciones sentimentales irregulares, fruto de una situación de inestabilidad emocional.

La mujer plantea dificultades para la convivencia por su interpretación de negativista las cosas y su idiosincrasia en la organización de las tareas del hogar. Su pareja no tiene la comida en las horas, se acuesta excesivamente tarde, hace todo lo de los hijos, sin dejar que ellos lo hagan.

Otras dificultades, sobre convivencia con las hijas e hijos adolescentes.

Relación con esposa desde un plano de superioridad y sabiéndolo todo. Actitud poco negociadora con las hijas e hijos.

d) Problemas socio-laborales

El jefe de la empresa ya le ha dicho que así no lo quiere en el trabajo y que se coja las bajas que sean necesarias.

Tuvo un intento de robo en un comercio cuando más necesitado estaba económicamente, a causa de las deudas de juego, pero consiguió negociar la retirada de la denuncia con lo dueños del negocio, restituyendo lo robado.

Graves problemas económicos, que es lo que más centra las quejas de su pareja.

2.7. TRATAMIENTO

Primera fase: Reestructuración cognitiva.

- Se le explica el proceso adictivo y en su caso la doble adicción, los factores desencadenantes y los mantenedores. Cómo se producen las recaídas y cómo se puede utilizar de ejercicio para la resolución del problema, ya que es algo consustancial al

tratamiento en la mayoría de los casos.

- Se le desdramatiza para que vea el posible cambio como un proceso natural que se logra a través de unas pautas.
- El paciente tenía establecido un plan de condonación de la deuda.
- Lograr la abstinencia al alcohol y suspender la conducta de jugar.
- A través del control de los estímulos y aislamiento domiciliario.
- Con apoyo farmacológico: primero sigue con el tratamiento que traía Cianamida (Colme) y Alprazolán 0,25 para dormir. Al mes se le prescribe: Colme 20-0-20; Revia 50mgr.0-1-0; Esertia 10mgr. 0-0-1 .
- A partir de noviembre del 2006 se le retira Revia (Naltrexona).

Segunda Fase: Deshabitación.

- Se mantiene el apoyo farmacológico: Colme y Revia.
- Se trabaja la prevención de la recaída con las situaciones del pasado que están en el momento presente y aquellas otras que el paciente va señalando.
- Empieza a aparecer la conflictividad de la pareja. Esposa considera la consulta como el espacio necesario para mejorar su convivencia.

Tercera fase: Mantenimiento de los logros.

- Se recogen aquellos aspectos de las diferencias matrimoniales susceptibles de ser modificados, como las aspectos y las formas de actuar del uno que no agradan al otro así como la forma de afrontar los problemas o dificultades de la familia-
- Se procede a la elaboración de un contrato de contingencias donde se detallan los compromisos de ambas partes.
- Se procede al seguimiento de su cumplimiento.

2.8. RESULTADOS

Después de dos años en tratamiento los trastornos adictivos se encuentran en remisión completa. Y ha mejorado su estado físico, las transaminasas están en lo límites normales, duerme con normalidad, buen apetito y estado de ánimo estabilizado. Aunque no se le ha dado el alta.

CASO CLÍNICO 3: JUGADOR PATOLÓGICO JOVEN

3.1. INTRODUCCIÓN

Este caso fue tratado en un centro público especializado en el tratamiento de los trastornos adictivos, donde no existe filtro de admisión por el principio de igualdad y el derecho de todos a la salud.

La demanda asistencial no permite consulta con un tiempo inferior a 15 o 20 días en la mayoría de los casos.

Es un servicio caracterizado por el trabajo en equipo multidisciplinar, donde se da la intervención indistinta de cualquiera de los profesionales en función de la evolución del caso y el cumplimiento de las pautas prescritas.

3.2. EVALUACIÓN

Varón de 29 años, soltero, hijo de padres separados desde que él tenía 5 años. Su madre se marchó a Barcelona dejándole a él y a su hermana de 7 años mayor que él con el padre. Cuando él tiene 11 años su padre se vuelve a casar y es criado a partir ese momento también por su madrastra, a la que considera como su madre, y la que aportaba un hijo de una pareja anterior 6 años menor que él que pasa a ser su hermanastro. Su madre biológica volvió a tener otro hijo de unos 11 años menor que él, y al que solo ha visto un par de veces.

Familia de clase media acomodada.

Su nivel de estudios alcanza el graduado escolar, desarrollando la profesión de panadero y pastelero, habiendo trabajado desde muy joven, menor de edad y durante años por las noches (desde los 15 hasta los 22 años).

Manifiesta antecedentes de padre bebedor.

En 2000 comienza a jugar a las máquinas tragaperras, ocasionándole numerosos conflictos familiares, problemas psicosomáticos, económicos y en el trabajo, que hacen que acuda a recibir tratamiento a una Asociación de jugadores rehabilitados durante unos 4 meses. Estuvo abstinente de la conducta de juego durante 1 año, año y medio aproximadamente, hasta que terminó con su anterior novia y volvió a jugar.

Se marcha a Tenerife para que nadie se enterara. Vuelve a los 3 o 4 meses y llega bien. El padre vende el negocio familiar, pero él se queda de encargado del mismo, entablando una relación de pareja con la hija del dueño durante unos 6 meses. La convivencia no funciona y terminan, las cosas empiezan a irle mal y vuelve a jugar (2002).

En 2003 conoce a su pareja actual a través de internet (aunque también ella vive en la misma localidad que él), con la que mantiene una relación de noviazgo. Seguía jugando y al cabo de algo más de un año, ella se da cuenta y a través de ella comienza a “hablar” con un cura amigo de la familia de ella de su localidad. Deja de jugar unos 6 o 7 meses hasta octubre de 2005. Mes

en que se gasta casi todo el sueldo porque se lo dan en mano. En diciembre de 2005 lo “pillan” robando del negocio para el que trabajaba, tras un tiempo tras él.

El oculta la verdad a la familia y hace creer que se ha marchado él del trabajo. Cuando va a firmar los papeles, roba un pagaré, que firma y falsifica. Cuando llega el momento de cobrarse, el padre pensando que es de verdad va a cobrarlo. A los días le comunica el dueño que va a denunciarlo a la policía, y en este caso por un delito grave, penado con prisión.

Tras ese episodio vuelve a cogerle una gran cantidad de dinero al padre de su cartera, que acababa de sacar del banco para pagar unas facturas. El solo niega reiteradamente. La situación se vuelve muy desagradable en el domicilio familiar y él se marcha a la calle, durmiendo en el coche por distintos escampados, hasta que su novia y la madre de ésta, interceden para que se quede en un Centro de Acogida de la localidad, donde ingresa a primeros de noviembre de 2006.

De forma inmediata se ponen en contacto con nuestro Centro, y acude solicitando ayuda profesional.

No se detectan antecedentes de otras adicciones en el paciente, ni consumos de sustancias adictivas.

3.3. MÉTODOS DE EVALUACIÓN

- Protocolo de la primera entrevista donde se recogen los datos de la historia de la adicción y el protocolo de la historia bio-psico-social unificada del centro. Dicha historia está cumplimentada por médico y psicóloga. Si se hubiera considerado necesario se hubiera enviado a trabajadora social de la Zona.
- Ficha de información básica de admisión a tratamiento (fibat). Instrumento utilizado a nivel regional. En este caso está cumplimentada por la psicóloga.
- Entrevistas individuales, con monitor de centro de acogida y con padres.

3.4. CONDUCTA PROBLEMA

Años 2000 y 2001 inicio de la conducta problema de juego culminando en el diagnóstico de juego patológico.

Años 2002 a 2006 trastorno del juego patológico, alternando periodos de abstinencia con otros de juego, pero siendo cada vez los delitos cometidos más graves y seguidos.

3.5. HISTORIA DE APRENDIZAJE

El juego patológico se inicia en el año 2000 (tragaperras en la cafetería del negocio familiar). Generalmente jugaba solo con el negocio cerrado hasta que su padre se dio cuenta, y junto con su hermana lo llevaron a una Asociación de Autoayuda.

A partir de ese momento se empiezan alternar periodos de abstinencia con periodos donde

se da la conducta de juego y además cada vez con mayores y graves consecuencias: económicos, familiares e inicio de las conductas delictivas.

En poco tiempo se instaura la adicción. Busca una liberación de la tensión familiar y laboral a la vez que necesita una fuente de ingresos complementaria, que en esos momentos es necesaria por llegar a acumular todo tipo de deudas.

Intenta diversas soluciones para poner remedio a estos problemas cada vez mayores, pero sin implicarse realmente en nada en serio, ni creerse el tratamiento que recibe, ya que entre otros aspectos no se reconocía a él mismo su problema.

Engañaba continuamente a la familia y a la novia.

3.6 PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA

a) Estado ansioso depresivo

El paciente refería que en ocasiones anteriores reflejaba desánimo y aburrimiento con el problema del juego y sus recaídas, que han deteriorado las relaciones familiares. En el momento en el que acude a nuestro Centro, manifiesta un discurso un tanto “eufórico” con respecto al gran paso dado por él, ya que sería la primera vez que está en un Centro “interno”, tras su paso por haber vivido en la calle.

Como síntomas presenta el sueño alterado y fragmentado, una inquietud interior y estresado por la situación suya personal. No se siente valorado por él ni por su familia. No ha hecho “nada en la vida”, “no tiene nada”.

En numerosas ocasiones irritable e irascible en el hogar ante cualquier contrariedad o adversidad simple que tuviera que ver con él.

Es bastante tímido y ello le repercute en que repliega más sobre sí mismo. Es difícil acceder al “interior más profundo” de él. Se “mete en su mundo”.

b) Problemática familiar

El paciente manifestaba haber vivido una infancia “dura”, sufriendo el “abandono” de su madre, las distintas relaciones o intentos de las mismas de su padre hasta que conoció a su actual mujer (por cambalache), que es la que lo ha criado como un hijo (pero teniendo otro de ella, más pequeño que él y sin tantos problemas).

Antecedentes de problemas de alcohol en el padre que apenas se “tocan”, y cuando se hace es para salir el tema de que su padre consiguió “curarse solo”, y ese es el mensaje le transmite su padre junto al de que él “era un *hombre* porque no necesitó ayuda de nadie”. Situación que en vez de acercar al paciente a su padre lo aleja más, lo pone en una situación de inferioridad.

No obstante, manifestaba sentir el apoyo familiar de cara a ayudarlo en su salida del problema, pero reconociendo sentirse más presionado por el padre si cabe. La ayuda solicitada para él con respecto a su problema de juego siempre surgió de la familia menos en este último caso que ha sido desde el Centro en el que se encuentra. Relación de 7 años con su primera novia, y que terminó de forma traumática para él, que hizo que tuviera su primera recaída tras haber dejado de jugar. Ella lo dejó, sin explicaciones más que todo se había acabado. Fue otro abandono.

Su familia, principalmente el padre le ha dado un "ultimátum". No quieren saber más de él si no se "cura". Cuando lo haga podrá volver, aunque con condiciones.

c) Problemática socio - laboral

El hecho de haber trabajado durante tantos años de noche le ha marcado en numerosos aspectos. Él siente no haber tenido adolescencia ni juventud porque no salió nunca de noche a divertirse y de día dormía. No tenía muchos amigos porque no coincidía con ellos, ya que a la hora de salir a disfrutar o compartir espacios comunes, o estaba trabajando, o estaba durmiendo, con lo que las amistades no las lograba mantener, para empezar por no verlas.

La propia relación de pareja era difícil de mantener, puesto que siendo tan jóvenes no tenían ese tiempo necesario de compartir juntos. La novia salía sola con las amigas o no salía.

Es en el ambiente del trabajo, y principalmente de la hostelería donde más se han desarrollado el problema de juego y los derivados del mismo.

Tiene deudas tanto a los bancos, en forma de créditos impagados (como por ejemplo la letra del coche), como con las empresas en las que a estado y ha cometido robos siendo "pillado". También tiene deudas con su padre, que lo termina apoyando económicamente, aunque finalmente ya le ha retirado ese apoyo.

En el momento en el que acude pidiendo ayuda no tiene ingresos económicos ni trabajo.

3.7. TRATAMIENTO

El tratamiento llevado a cabo fue principalmente psicológico, mediante entrevistas con la psicóloga y apoyado por el trabajo de los educadores del centro de acogida y un grupo de terapia de autoayuda (principalmente relacionado con el alcohol pero donde también había personas con otras adicciones o incluso personas con la adicción al alcohol y la del juego a la vez) constituido en la localidad y donde el paciente se encontraba cómodo.

Todo el proceso se podría resumir en las siguientes fases:

Primera fase: Lograr la abstinencia al juego y reestructuración cognitiva

- A través del control de los estímulos y aislamiento en centro de acogida.
- Explicación del proceso adictivo: factores de riesgo y mantenedores. Recaída como parte del proceso.
- Desdramatización de la situación para ver el posible cambio como un proceso natural que se logra a través de unas pautas.
- Plan de condonación de la deuda.

Segunda fase: Deshabitución

- Establecimiento de patrones de conducta alternativos.
- Normalización y adquisición de hábitos rutinarios.
- Prevención de recaídas con las situaciones del pasado que están en el momento presente y aquellas otras que el paciente va señalando.

Tercera fase: Mantenimiento de los logros

- Mantenimiento de la abstinencia al juego así como de los hábitos adquiridos.
- Compromisos adquiridos en la terapia relacionados con los objetivos de la misma y secuenciados en el tiempo.

3.8. RESULTADOS

Después de 8 meses en tratamiento, el trastorno adictivo se encuentra en remisión completa.

A los 3 meses del inicio del tratamiento, el paciente salió del centro en el que se encontraba para volver al domicilio familiar, pero sin cortar las visitas al mismo y su estancia por las tardes allí.

Al poco de volver al domicilio familiar empieza a trabajar. Esta vez en nada que ver con la hostelería, donde tantos problemas ha tenido.

Está motivado para mantener lo conseguido y por tanto la abstinencia al juego así como no refiere deseos de jugar.

Actualmente y desde hace 1 mes está en seguimiento acudiendo a las citas con una periodicidad bimensual, que por motivos laborales no puede ser menor.

CASO CLÍNICO 4: JUEGO PATOLÓGICO Y MUJER

4.1. INTRODUCCIÓN

Este caso fue tratado en una Asociación de Jugadores en Rehabilitación.

El personal que interviene en el proceso terapéutico son los monitores, trabajadora social, médicos y psicólogos.

4.2. EVALUACION

Mujer de 42 años, casada, con dos hijos de 21 y 19. Tiene bachiller superior y se dedica al cuidado del hogar. No tiene antecedentes familiares.

Acude al bingo las primeras ocasiones acompañada de familiares, hace cinco años. En una de esas primeras ocasiones obtiene un premio "importante". A partir de entonces empieza a ir sola, por las mañanas, cuando su marido está trabajando y sus hijos fuera de casa. De manera esporádica al principio, pero de manera progresiva, llegando a asistir 3-4 veces por semana.

En cada ocasión llega a gastarse unos 30 y 60 €, de manera que las deudas aparecen. Para cubrirlas primero pide dinero a familiares, cuando no llega con eso, pide un crédito a una entidad financiera por 6000 €, por lo que sus deudas son de unos 9000 €.

Informa que se siente triste desde hace un año, presentando criterios de depresión con síntomas de ansiedad.

La relación de pareja se ha deteriorado: las discusiones son frecuentes y la comunicación escasa. Los hijos manifiestan desórdenes conductuales, falta de implicación en las tareas domésticas y bajo rendimiento en los estudios y en sus perspectivas laborales.

4.3. MÉTODOS DE EVALUACIÓN

- En primer lugar es recibida por una persona monitor que recoge los datos básicos, indica técnicas del control del estímulo y se concierta la primera cita con la persona médico en esa semana.
- El médico realiza el diagnóstico, valora psicopatología asociada y, como no existen en este caso criterios de exclusión, se incluye en terapia grupal de iniciación. Se deriva al psicólogo.
- En los primeros quince días es valorada por la trabajadora social (se efectúa ficha e historia social y se evalúan las necesidades socio familiares) y el psicólogo. Entre ambos, tras lo recogido por el médico, se completa la historia de la paciente y se determinan las áreas de intervención.
- Entrevistas individuales, de pareja y familiares.
- Tests:

1. Evaluación del juego: SOGS, Inventario de pensamientos sobre el juego, autorregistros.

2. Psicopatología asociada: IDB, HARS, ISRA, otros.

4.4. CONDUCTA PROBLEMA

Cinco años de evolución de la dependencia al juego de azar. Iniciación acompañada y posteriormente sola y con un aumento paulatino de los días de juego.

4.5. HISTORIA DE APRENDIZAJE (Proceso adictivo)

El proceso adictivo del juego de azar sigue un patrón similar en las jugadoras patológicas a través de tres fases: fase de ganancia, fase de pérdida y fase de desesperación.

En la primera, la jugadora juega de manera más esporádica de modo que las pérdidas son pequeñas y las ganancias se sobredimensionan. En la segunda, los episodios de juego son más frecuentes y las pérdidas aparecen. La jugadora en este caso, pretende recuperar a través del juego. En la tercera el control se ha perdido completamente y no se ve la salida.

Las sensaciones y emociones agradables percibidas por el sujeto del caso, acompañado del premio recibido, son el gatillo que llevan a la jugadora a buscar el juego a solas. El programa de refuerzo de razón e intervalo variable que supone el juego de azar, hacen que la jugadora persista en su conducta. Los factores cognitivos (ideas irracionales relacionadas con el juego) mantienen a pesar de la aparición de los problemas asociados. El tiempo hace el resto.

4.6. PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA

a) Estado ansioso depresivo

El deseo de jugar, la presión de las deudas, la pérdida de control y la culpa, facilitan la aparición y el mantenimiento del trastorno. Tiene dificultades para dormir, pérdida de apetito y ningún interés en las actividades domésticas, sociales o familiares. Irritabilidad, que se manifiesta sobre todo en las relaciones familiares.

b) Problemática familiar

El marido de nuestra mujer jugadora no entiende lo que acontece a su situación familiar y a su pareja. Piensa que su mujer es un desastre, que va al bingo porque le da la gana y que no le tiene a él el respeto ni la obediencia que merece. Su afrontamiento es negativo y basado en la imposición y el castigo.

Los hijos están cansados de discusiones familiares y de tensiones, así que pasan poco tiempo en casa. Cuando están se quedan casi todo el tiempo en sus dormitorios. No participan en nada y cuando es posible utilizan la situación en beneficio propio. Ha desaparecido el diálogo familiar y la realización de actividades conjuntas. No respetan horarios ni norma alguna (que de hecho no existen). Sospecha de abuso de alcohol en el menor.

c) Problemas sociales

El aislamiento progresivo hace que pierda contactos sociales, relaciones y oportunidades con la familia extensa y se reduzcan sus posibilidades de ocio y diversión, ha desaparecido su grupo de iguales y no mantiene relaciones con el entorno, ni relaciones vecinales.

4.7. TRATAMIENTO

Primera fase: Reestructuración cognitiva.

En terapia individual se le explica en qué consiste la adicción al juego de azar, el proceso adictivo y los factores desencadenantes y mantenedores. Cuáles son sus consecuencias y cómo trabajar para deshacer el daño. También se le tratará el síndrome ansioso-depresivo.

Se le hace ver a la pareja que lo que le ocurre a la paciente es un trastorno adictivo, una patología recogida en los manuales profesionales y que lo que hace es consecuencia de ello.

La reestructuración cognitiva en sí misma es más sencilla en el clima que se crea en la terapia grupal, donde el propio grupo identifica y ataca las creencias irracionales relacionadas con el juego. A ella asisten todos los componentes de la familia.

Se establece la forma de abordar las deudas y la asimilación de las mismas.

Trabas (técnicas de control del estímulo).

- Se le aconseja a la paciente que se autoprohíba la entrada a bingos y casinos.
- Se mancomunan las cuentas corrientes y se “ nombra ” administrador al cónyuge. Se evalúa los gastos diarios y por lo consiguiente, la afectada no llevará más dinero del necesario, no tendrá tarjetas y explicará, con tiques o facturas, los gastos diariamente.
- Se procurará estar acompañada el mayor tiempo posible.

Fármacos.

Con apoyo farmacológico: Paroxetina 20 mg 1-0-0, Lormetacepan 2 mg 0-0-1, Topamax (Topiramato) 50 mg 1-1-1.

Segunda Fase: Deshabitución.

Se mantiene el apoyo farmacológico: a los 2 meses se suspende el tratamiento de Lormetacepan ya que la paciente había recuperado el sueño y sus horas de descanso eran estables, a los 6 meses se anula la medicación de Paroxetina al comprobar una estabilidad del estado depresivo de la jugadora, y la administración de Topamax (Topiramato) se mantuvo durante 9 meses hasta mejoría clínica de la misma.

Se trabaja la prevención de la recaída: identificación de situaciones de riesgo y uso de técnicas para el manejo de las mismas (técnicas de relajación, asertividad, tiempo fuera, uso de

recursos, solución de problemas...).

De forma paralela se trata a la pareja y a la familia, reestructurando las distintas relaciones.

Se orienta a la recuperación del grupo de iguales y del entorno a través de la realización de actividades de ocio y tiempo libre, así como la asistencia a terapias y la implicación con la asociación.

Se deriva a los recursos pertinentes para evolución personal y del núcleo familiar.

Tercera fase: Mantenimiento de los logros.

En esta fase se trabaja por consolidar lo conseguido, perfeccionar los nuevos comportamientos y trabajar en otros aspectos relacionados con el crecimiento personal, tanto de la afectada como de los familiares

4.8. RESULTADOS

Después de un año de tratamiento, la sujeta se mantiene en abstinencia. Su estado de ánimo es bueno y se encuentra tranquila. Las deudas casi han desaparecido y la relación familiar y de pareja ha mejorado sustancialmente. El matrimonio sigue asistiendo a terapias grupales. Los hijos no, pero su comportamiento es distinto y los resultados en sus estudios han mejorado. Se ha recuperado el diálogo y la convivencia.

Han recuperado actividades familiares y relaciones sociales.

La paciente se encuentra ampliando su formación, a través de la realización de un curso de FPO y tiene buenas perspectivas laborales.

ANEXOS

CUESTIONARIO SALAMANCA DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa, M Esperanza Gómez Gazol

Este es un cuestionario para la valoración de algunos de sus rasgos de personalidad. Conteste según sea su manera de ser habitual y no según se encuentre en un momento dado.

Ponga una cruz en su respuesta: V para verdadero y F para falso. En el caso de contestar V (verdadero) no olvide señalar el grado de intensidad de su respuesta: 1. A veces, 2. Con frecuencia y 3. Siempre

Nombre _____

Fecha _____

1. Más vale no confiar en los demás.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

2. Me gustaría dar a la gente su merecido.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

3. Prefiero realizar actividades que pueda hacer yo solo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

4. Prefiero estar conmigo mismo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

5. ¿ Piensa la gente que es usted: raro, excéntrico...?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

6. ¿Cree que está más en contacto con lo paranormal que la mayoría de la gente?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

7. Soy demasiado emocional.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

8. Cuido mucho mi apariencia.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

9. Hago cosas que están fuera de la ley.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

10. Tengo poco respeto por los derechos de los demás.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

11. Creo que soy especial y me merezco que me lo reconozcan.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

12. ¿Cree que la gente le envidia por su valía?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

13. ¿Sus emociones son como una montaña rusa?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

14. ¿Es usted impulsivo?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

15. ¿Se pregunta con frecuencia cuál es su papel en la vida?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

16. ¿Se siente aburrido y vacío con facilidad?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

17. ¿Le considera la gente demasiado perfeccionista, obstinado, rígido.....?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

18. Soy detallista, minucioso y demasiado trabajador.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

19. Necesito sentirme cuidado y protegido por los demás.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

20. Me cuesta tomar decisiones por mí mismo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

21. Soy nervioso.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

22. Tengo mucho miedo a hacer el ridículo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

CUESTIONARIO SALAMANCA DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa, M Esperanza Gómez Gazol

Nombre y apellidos:			
Fecha:	Sexo:	Edad:	Diagnóstico:
Estado Civil:			
Profesión:			
Tratamiento:			

CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO

Suma el total de los puntos obtenidos en las respuestas verdaderas para cada trastorno y refléjelas en la gráfica. Los ítems correspondientes a cada subescala son:

GRUPO A	PAR	PARANOIDE (ítems 1 y 2)
	ESQ	ESQUIZOIDE (ítems 3 y 4)
	EQT	ESQUIZOTÍPICO (ítems 5y 6)
	HIST	HISTRIÓNICO (ítems 7 y 8)
GRUPO B	ANT	ANTISOCIAL (ítem 9 y 10)
	NAR	NARCISISTA (ítem 11 y 12)
	IE IMP	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: SUBTIPO IMPULSIVO (ítems 13 y 14)
	IE LIM	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: SUBTIPO LIMITE (ítems 15 y 16)
	ANAN	ANANCASTICO (ítems 17 y 18)
GRUPO C	DEP	DEPENDIENTE (ítem 19 y 20)
	ANS	ANSIOSO (ítems 21 y 22)

Segun la nomenclatura del DSM-IV TR: Paranoide; Esquizoide; Esquizotípico; Histrionico; Antisocial; Narcisista y Dependiente
Segun la nomenclatura del CIE-10: Trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo; Trastorno de inestabilidad emocional subtipo limite; Anancastico y Ansioso.

Refleje la puntuación en el siguiente gráfico:

PUNT	GRUPO A			GRUPO B				GRUPO C			
	PAR	ESQ	EQT	HIST	ANT	NAR	IE IMP	IE LIM	ANAN	DEP	ANS
6											
5											
4											
3											
2											
1											
0											

ANEXO A

Entrevista estructurada DSM-IV de Juego Patológico
(Fernández-Alba, 1995)

Inclusión: 5 o más de A
Exclusión: B

(A1) Preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores, planificar la próxima aventura o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar).

1. ¿Se encuentra a menudo recordando experiencias pasadas de juego, planificando la próxima vez que va a jugar y/o se plantea formas de conseguir dinero con el que jugar?

(A2) Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.

2. A. ¿Ha jugado alguna vez más dinero de lo que tenía pensado?
B. **SI 2A.** ¿Necesita aumentar cada vez más la cantidad de dinero jugado para experimentar el grado de excitación deseado? O ¿le parece que necesita gastar cada vez más dinero en el juego?

(A3) Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.

3. A. ¿Intenta controlar, interrumpir o detener el juego?
B. **SI 3A.**

¿Con éxito?

¿Fracasa en el intento?

(A4) Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.

4. **SI 3A.** ¿El intento de interrumpir o detener el juego le produce inquietud o irritabilidad?

(A5) El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).

5. A. ¿Juega para evadirse de algún problema?
B. ¿Jugar le alivia algún sentimiento de desesperanza, culpa, ansiedad o depresión?

(A6) Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de “cazar” las propias pérdidas).

6. Cuando usted se juega dinero, ¿vuelve otra vez a jugar para recuperar el dinero perdido?.

(A7) Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas y otras personas para ocultar el grado de implicación en el juego.

7. A. ¿Cree usted que tiene algún problema con el juego?

B. ¿Ha ocultado alguna vez a su pareja, a sus hijos, seres queridos o, incluso, al terapeuta dinero obtenido/perdido en el juego u otros signos de juego?

C. ¿Ha afirmado usted alguna vez haber ganado dinero en el juego cuando en realidad había perdido?

(A8) Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza para financiar el juego.

8. A. ¿Cómo se financia el juego?

1. Dinero de su sueldo
2. Dinero familiar
3. Fraude
4. Robo
5. Falsificación
6. Préstamo

B. **SI 8.A6.** ¿A quién ha pedido dinero prestado para jugar o de dónde lo ha obtenido?

1. Del dinero de casa
2. A su pareja
3. A otros familiares
4. De bancos o cajas de ahorro
5. De tarjetas de crédito
6. De prestamistas
7. De ventas de acciones u otros valores bancarios
8. De la venta de propiedades personales o familiares
9. De la firma de cheques falsos o sin fondos
10. De una cuenta de crédito en el mismo casino

(A9) Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego?

9. A. ¿Ha perdido alguna vez tiempo de trabajo o de clase debido al juego?

B. **SI 9A.** ¿Ha perdido algún trabajo u oportunidad profesional o educativa debido al juego?

C. ¿Ha dejado de salir con los miembros de su familia o amigos cercanos por jugar?

D. **SI 9C.**

¿Con quién?

¿Ha arriesgado o perdido esa relación?

(A10) Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie le desesperada situación financiera causada por el juego.

10. A. ¿Ha acudido a alguien para que le ayude con sus problemas económicos producidos por el juego?

B. **SI 10A.** ¿A quién se lo ha pedido o de dónde lo ha obtenido?

1. Del dinero de casa
2. A su pareja
3. A otros familiares
4. De bancos o cajas de ahorro
5. De tarjetas de crédito
6. De prestamistas
7. De ventas de acciones u otros valores bancarios
8. De la venta de propiedades personales o familiares
9. De la firma de cheques falsos o sin fondos

Exclusión: B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.

ANEXO B

ENTREVISTA ESTRUCTURADA DE LA HISTORIA DE JUEGO (Echeburúa y Báez, 1991)

NOMBRE:

NÚM.:

FECHA:

1. ¿A qué edad comenzó a jugar?
2. ¿En qué juegos?
3. ¿Con qué frecuencia y cuánto dinero gastaba originalmente?
4. ¿Por qué motivos comenzó a jugar? (pensamientos sobre ganancias, pasarlo bien, algo prohibido, personas que le incitaban...)
5. ¿A qué edad y en qué sentido comenzó al juego a ser un problema para usted?
6. ¿Coincide esto con algún acontecimiento en su vida?
7. ¿Cómo ha evolucionado el problema hasta ahora? (altibajos, períodos de no-juego)
8. ¿Ha recibido tratamiento alguna vez por este problema?
9. ¿Cómo ha repercutido este problema en:
 - Su familia:
 - Su pareja
 - Su trabajo
 - Sus estudios:
 - Sus relaciones sociales:
 - Sus actividades de ocio:
 - Su economía:
10. ¿Hay o ha habido en su familia alguna persona con problemas de juego?

ANEXO C

PAUTA DE ENTREVISTA SOBRE EL JUEGO (Fernández-Alba, 1995)

A continuación voy a hacerle unas preguntas acerca de su motivo de consulta:

1. ¿Cómo describiría usted el problema por el que ha acudido a nuestra consulta?
2. • ¿Me podría describir detalladamente la última vez que le ha ocurrido esto?
• ¿Cuál fue la ocasión o el periodo más intenso?
• ¿Y la vez o el período menos intenso?
3. ¿Cómo situaría su estado actual en relación con los dos episodios anteriores?
4. ¿Cuáles son las razones por las que juega (excitación, pasar un buen rato, ganar dinero, recuperar un dinero perdido, por ser sociable....)?
5. ¿Cómo ha repercutido el juego en:
 - Su salud física/psicológica?
 - Su familia?
 - Su pareja?
 - Su trabajo?
 - Sus estudios?
 - Sus relaciones sociales?
 - Sus actividades de ocio?
 - Su economía?
6. ¿Ha sido arrestado alguna vez por cometer un delito ilegal, como falsificación, fraude o robo?
7. ¿Cómo ha afectado o afecta el juego a las personas que se relacionan con usted?

Vamos a hacer ahora un poco de historia sobre su problema:

8. ¿A qué edad comenzó a jugar?
9. ¿En qué juegos?
10. ¿Con qué frecuencia y cuánto dinero gastaba originariamente?
¿Ganó algún premio grande en aquella época?
11. ¿Por qué motivos comenzó a jugar (pensamientos sobre ganancias, pasarlo bien, algo prohibido, personas que le incitaban...)?
12. ¿Existen antecedentes familiares de juego, consumo de alcohol o psicopatología (depresión, trastornos de ansiedad, etc.)?

13. • ¿Cuándo comenzó a ser el juego un problema para usted?
 - ¿A qué atribuye la aparición del problema (estrés, falta de dinero o trabajo, relaciones afectivas o interpersonales, matrimonio, divorcio, nacimiento de un hijo, etc.)?
14. ¿Cómo ha evolucionado el problema hasta ahora, esto es, ha permanecido igual desde entonces, ha mejorado, ha empeorado?
15. ¿Qué circunstancias hacen que el problema:
 - se agrave?
 - disminuya?
 - desaparezca?
16. • ¿qué ha hecho usted hasta ahora para solucionar su problema?
 - ¿Qué resultados ha tenido?
 - ¿Cuántas recaídas ha tenido?
 - ¿Cuánto duró su último período de abstinencia?
 - ¿Cuánto tiempo lleva sin jugar (cuando acude a consulta)?
 - ¿De qué estrategias y/o recursos dispone actualmente para dejar de jugar (amigos, estrategias de afrontamiento, etc.)?
17. • ¿Ha recibido alguna vez tratamiento por este problema?
 - ¿Cuántas veces ha sido tratado por problemas de juego?
 - ¿Qué resultados ha obtenido?
18. • ¿Cómo es su preocupación con respecto a este problema?
 - ¿En qué medida está interesado en solucionar este problema?
19. ¿Qué espera conseguir al finalizar este tratamiento?

ANEXO D

South Oaks Gambling Screen (SOGS)
(South Oaks Foundation, 1992. Adaptación y validación
De Echeburúa y Báez, 1993)

1. Indique, por favor, cuál de los siguientes juegos ha practicado usted en su vida. Señale para cada tipo una contestación:

1: "Nunca"

2: "Menos de una vez por semana"

3: "Una vez por semana o más"

	1	2	3
a) Jugar a cartas con dinero de por medio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Apostar a las carreras de caballos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Apostar en el frontón o en los deportes rurales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Jugar a la lotería, a las quinielas, a la primitiva, a la bono-loto o a los ciegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Jugar en el casino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Jugar al bingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Especular en la bolsa de valores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Jugar en la máquina tragaperras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Practicar cualquier deporte o poner a prueba cualquier habilidad por una apuesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que ha gastado en jugar en un solo día?

Nunca he jugado dinero	<input type="checkbox"/>	Menos de 6 euros	<input type="checkbox"/>
Entre 6 y 30 euros	<input type="checkbox"/>	Entre 30 y 60 euros	<input type="checkbox"/>
Entre 60 y 300 euros	<input type="checkbox"/>	Más de 300 euros	<input type="checkbox"/>

3. Señale quién de las siguientes personas allegadas tiene o ha tenido un problema de juego.

Mi padre	<input type="checkbox"/>	Mi cónyuge o pareja	<input type="checkbox"/>
Mi madre	<input type="checkbox"/>	Alguno de mis amigos	<input type="checkbox"/>
Un hermano	<input type="checkbox"/>	Otro familiar	<input type="checkbox"/>
Un abuelo	<input type="checkbox"/>	Un amigo o alguien importante para mí	<input type="checkbox"/>

4. Cuando usted juega dinero, ¿con qué frecuencia vuelve otra vez a jugar para recuperar lo perdido?

- Nunca
- Algunas veces, pero menos de la mitad
- La mayoría de las veces que pierdo
- Siempre que pierdo

5. ¿Ha afirmado usted alguna vez haber ganado dinero en el juego cuando en realidad había perdido?

- Nunca
- Si, pero menos de la mitad de las veces que he perdido
- La mayoría de las veces

6. ¿Cree usted que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?

- No
- Ahora no, pero en el pasado sí
- Ahora sí

7. ¿Ha jugado alguna vez más dinero de lo que tenía pensado?

- Sí No

8. ¿Le ha criticado la gente por jugar dinero o le ha dicho alguien que tenía un problema de juego, a pesar de que usted cree que no es cierto?

- Sí No

9. ¿Se ha sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?

- Sí No

10. ¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello?

- Sí No

11. ¿Ha ocultado alguna vez a su pareja, a sus hijos o a otros seres queridos billetes de lotería, fichas de apuestas, dinero obtenido en el juego u otros signos de juego?

- Sí No

12. ¿Ha discutido alguna vez con las personas con quien convive sobre la forma de administrar el dinero?

- Sí No

13. (Si ha respondido sí a la pregunta anterior.) ¿Se han centrado alguna vez las discusiones de dinero sobre el juego?

Sí No

14. ¿Ha pedido en alguna ocasión dinero prestado a alguien y no se lo ha devuelto a causa del juego?

Sí No

15. ¿Ha perdido alguna vez tiempo de trabajo o de clase debido al juego?

Sí No

16. Si ha pedido prestado dinero para jugar o pagar deudas, ¿a quién se lo ha pedido o de dónde lo ha obtenido? (ponga una X en las respuestas que sean ciertas en su caso)

- a) Del dinero de casa
- b) A mi pareja
- c) A otros familiares
- d) De bancos y cajas de ahorros
- e) De tarjetas de crédito
- f) De prestamistas
- g) De la venta de propiedades personales o familiares
- h) De la firma de cheques falsos o de extender cheques sin fondos
- i) De una cuenta de crédito en el mismo casino

Puntuación del SOGS

Las puntuaciones de este cuestionario están determinadas por el número de preguntas que revelan una respuesta “de riesgo”.

X No se valoran las preguntas 1, 2 y 3.

✓ Pregunta 4: La mayoría de las veces que pierdo o Siempre que pierdo

✓ Pregunta 5: Sí, pero menos de la mitad de las veces que he perdido o La mayoría de las veces

✓ Pregunta 6: Ahora no, pero en el pasado sí o Ahora sí

✓ Pregunta 7: Sí

✓ Pregunta 8: Sí

- ✓ Pregunta 9: Sí
- ✓ Pregunta 10: Sí
- ✓ Pregunta 11: Sí
- ✗ Pregunta 12: No se valora
- ✓ Pregunta 13: Sí
- ✓ Pregunta 14: Sí
- ✓ Pregunta 15: Sí
- ✓ Pregunta 16a: Sí
- ✓ Pregunta 16b: Sí
- ✓ Pregunta 16c: Sí
- ✓ Pregunta 16d: Sí
- ✓ Pregunta 16e: Sí
- ✓ Pregunta 16f: Sí
- ✓ Pregunta 16g: Sí
- ✓ Pregunta 16h: Sí
- ✗ Pregunta 16i: No se valora

TOTAL = (Sobre un máximo de 19 puntos)

Puntuación

Valoración

4 o más = Probable jugador patológico

ANEXO E

Cuestionario de evaluación de variables dependientes del juego
(Versión para el paciente) (Echeburúa y Báez, 1991)

1. ¿Con qué frecuencia juega usted semanalmente a los siguientes juegos?

- Máquinas recreativas..... _____
- Bingo..... _____
- Casino..... _____
- Lotería Nacional..... _____
- Lotería Primitiva..... _____
- Bono-Loto..... _____
- ONCE..... _____
- Quinielas..... _____
- Cartas..... _____
- Otros (especificar)..... _____ veces

Considero que esta frecuencia es:

- Muy grande Grande Mediana Pequeño Nula

2. Especifique cuánto dinero se gasta semanalmente en cada uno de los juegos:

- Máquinas recreativas..... _____
- Bingo..... _____
- Casino..... _____
- Lotería Nacional..... _____
- Lotería Primitiva..... _____
- Bono-Loto..... _____
- ONCE..... _____
- Quinielas..... _____
- Cartas..... _____
- Otros (especificar)..... _____
- Total..... _____ euros

Considero que esta cantidad de dinero es:

- Muy grande Grande Mediana Pequeño Nula

3. ¿Cuánto tiempo dedica al juego semanalmente?

- Máquinas recreativas..... -----
- Bingo..... -----
- Casino..... -----
- Lotería Nacional..... -----
- Lotería Primitiva..... -----
- Bono-Loto..... -----
- ONCE..... -----
- Quinielas..... -----
- Cartas..... -----
- Otros (especificar)..... -----
- Total..... ----- horas

Considero que esta cantidad de tiempo es:

-
- Muy grande Grande Mediana Pequeño Nula

4. Considero la frecuencia con la que pienso en el juego:

-
- Muy grande Grande Mediana Pequeño Nula

5. Considero mi necesidad de jugar:

-
- Muy grande Grande Mediana Pequeño Nula

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE VARIABLES DEPENDIENTES DEL JUEGO

(versión para el familiar) (Echeburúa y Báez, 1994 a)

1. Creo que la frecuencia con la que juega habitualmente es:

Muy grande Grande Mediana Pequeño Nula

2. Creo que la cantidad de dinero que gasta en juego es:

Muy grande Grande Mediana Pequeño Nula

3. Creo que el tiempo que dedica al juego es:

Muy grande Grande Mediana Pequeño Nula

4. Creo que la frecuencia con la que piensa en el juego es:

Muy grande Grande Mediana Pequeño Nula

5. Considero que su necesidad de jugar es:

Muy grande Grande Mediana Pequeño Nula

Observaciones:

ANEXO F

Inventario de pensamientos sobre el juego
(Echeburúa y Báez, 1994 a)

a) Sesgos cognitivos en relación con la conducta de juego

			SI	NO
1. Me fijo mucho en los resultados del juego para sacar conclusiones de cómo apostar, cuándo y cuánto.	☒	☒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo un "sistema" para ganar en el juego.	☒	☒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si gano, tiendo a pensar que soy hábil y que lo he hecho bien.	☒	☒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pienso que si juego el tiempo suficiente recuperaré mis pérdidas.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Cuando gano, pienso que soy más listo que los demás.	☒	☒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pienso que a la larga ganaré.	☒	☒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No pienso en las consecuencias negativas, sólo en que me puede tocar o puedo ganar.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	☒	☒		
8. Si pierdo, pienso que es debido a la mala suerte.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	☒	☒		
9. Si pierdo, pienso que es debido a que no estoy concentrado.	☒	☒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cuando pierdo y he estado "cerca", pienso que "casi gano".	☒	☒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. A veces voy con la "sensación" de que voy a ganar.	☒	☒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Creo que ganar es una cuestión de suerte más que de probabilidad.	☒	☒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tengo manías, como llevar la misma ropa, amuletos, juegos mentales con números, etc.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			☒	☒
14. Pienso en todo lo que puedo comprarme o regalar a alguien, pues es así como me siento bien.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	☒	☒		
15. Considero el dinero robado para jugar como un préstamo.	☒	☒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación en la subescala "A": _____
(rango 0-15)

b) Sesgos cognitivos en relación con la adicción al juego

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Yo soy un jugador patológico. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Podré jugar como otras personas y no tendré problemas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Si me tocara mucho dinero, se solucionarían todos mis problemas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Me siento responsable de las consecuencias negativas ocasionadas por el juego (situación económica familiar, relaciones familiares y de amigos tensas, problemas en el trabajo...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Toda mi vida es un fracaso. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Suelo malinterpretar los intentos de ayuda de familiares y amigos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Puntuación en la subescala "B": _____
(rango 0-6)

Puntuación total en el inventario ("A" + "B"): _____

c) Estilo atribucional y locus de control en relación con la adicción al juego

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Soy un enfermo y, por tanto, no tengo ninguna responsabilidad sobre lo que hago. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. "Algo" me sucede y entonces pierdo el control. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cuando algo me incita a jugar no puedo hacer otra cosa. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Siempre pienso que la vida será problemática en todos los aspectos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Aunque me recupere del problema del juego, tengo una serie de problemas a los que nunca podré hacer frente (deudas, relaciones con familiares y amigos deterioradas, causas judiciales pendientes, etc.). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Si después de conseguir dejar de jugar, un día juego algo, volveré irremediabilmente a jugarlo todo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Puntuación en la subescala "C": _____
(rango 0-6)

Describe aquellos pensamientos que pasan por su mente:

- Antes de jugar:

- Mientras juega:

- Después de jugar:

HOJA DE CORRECCIÓN DEL INVENTARIO DE PENSAMIENTOS SOBRE EL JUEGO

Subescala “A”: Un punto por cada respuesta afirmativa.

Subescala “B”: Un punto por cada respuesta afirmativa en los ítems 2, 3, 5 y 6.
Un punto por cada respuesta negativa en los ítems 1 y 4.

Puntuación total en el inventario: Se suman las puntuaciones de la subescala “A” y de la subescala “B”.

Subescala “C”: Un punto por cada respuesta afirmativa. Esta subescala proporciona una información cualitativa adicional, pero no contribuye a la puntuación total de inventario.

ANEXO G

Inventario de pensamientos
(Fernández-Alba, 1996)

A continuación aparece una serie de frases que describen pensamientos que la gente puede tener mientras juega. Por favor, lea atentamente cada frase y rodee con un círculo el número que mejor describa en qué medida la frase es cierta para usted, siguiendo las pautas que a continuación se indican.

1 = No lo pienso **nunca**

2 = No lo pienso **casi nunca**

3 = Lo pienso **a veces**

4 = Lo pienso **casi siempre**

5 = Lo pienso **siempre**

CUANDO JUEGO

	1	2	3	4	5
1. Tengo un “sistema” para ganar en el juego.	<input type="checkbox"/>				
2. Suelo predecir tanto los resultados positivos como los negativos.	<input type="checkbox"/>				
3. Las máquinas tragaperras no se pueden controlar.	<input type="checkbox"/>				
4. Si gano, tiendo a pensar que mi “sistema” ha funcionado o que lo he hecho bien.	<input type="checkbox"/>				
5. A veces voy con la “sensación” de que voy a ganar.	<input type="checkbox"/>				

	1	2	3	4	5
6. Me fijo mucho en los resultados del juego para sacar conclusiones de cómo apostar, cuándo y cuánto.	<input type="checkbox"/>				
7. Pienso que en las máquinas tragaperras hay más posibilidades de perder que de ganar.	<input type="checkbox"/>				
8. No pienso en las consecuencias negativas, sólo en que me puede tocar o puedo ganar.	<input type="checkbox"/>				
9. Creo que ganar es una cuestión de suerte más que de probabilidad.	<input type="checkbox"/>				
10. Pienso que a la larga se acaba siempre perdiendo.	<input type="checkbox"/>				
11. Cuando una combinación de frutas lleva mucho tiempo sin aparecer, pienso que está a punto de salir.	<input type="checkbox"/>				
12. Cuando una máquina lleva muchas jugadas sin dar premios, pienso que está "caliente", que pronto va a tocar algo.	<input type="checkbox"/>				
13. Tengo manías, como llevar la misma ropa, amuletos, juegos mentales con números, etc.	<input type="checkbox"/>				
14. Cada partida es independiente de las demás, por tanto, los resultados de una jugada no influyen en los resultados de las siguientes.	<input type="checkbox"/>				
15. No dejo jugar a otros en "mi máquina" hasta que no haya acabado.	<input type="checkbox"/>				
16. Cuando pierdo y he estado "cerca", pienso que "casi gano".	<input type="checkbox"/>				
17. Pienso que no se pueden predecir los resultados.	<input type="checkbox"/>				
18. Me considero una persona con suerte en el juego ("suertuda").	<input type="checkbox"/>				
19. Pienso que soy más listo que los demás y que a la larga ganaré.	<input type="checkbox"/>				
20. Cuando estoy jugando casi siempre hago las mismas cosas y en el mismo orden.	<input type="checkbox"/>				

	1	2	3	4	5
21. Por mucho que juegue no llegaré a controlar las máquinas tragaperras.	<input type="checkbox"/>				
22. Suelo anticipar cuando va a tocar un gran premio.	<input type="checkbox"/>				
23. Pienso que soy bueno en este juego y que, por tanto, llegaré a controlarlo.	<input type="checkbox"/>				
24. Pienso que es el azar el que determina los resultados del juego.	<input type="checkbox"/>				
25. Me imagino el estruendo de una máquina tragaperras cuando da premios y pienso lo probable que es que me toque también a mí.	<input type="checkbox"/>				
26. Pienso que si juego el tiempo suficiente recuperaré mis pérdidas.	<input type="checkbox"/>				
27. Tengo un lugar y/o una máquina favorita donde las posibilidades de ganar son mayores.	<input type="checkbox"/>				
28. El dinero perdido.	<input type="checkbox"/>				
29. Si pierdo, pienso que es debido a la mala suerte.	<input type="checkbox"/>				
30. He ganado muchas veces, de hecho al final siempre salgo ganando.	<input type="checkbox"/>				

ANEXO H

Auto-registro de la conducta de juego

Fecha	Lugar	Compañía	Pensamientos	Deseo de jugar (0-10)	Tipo de juego	Tiempo empleado	Dinero gastado	Consecuencias
-------	-------	----------	--------------	--------------------------	------------------	--------------------	-------------------	---------------

ANEXO I

Inventario de Situaciones Precipitantes de la Recaída
y Estrategias de Afrontamiento en el Juego Patológico
(Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1996)

Nombre:

Fecha:

A continuación aparece una lista de situaciones que a algunas personas les producen ganas de jugar. Conteste a cada una de ellas en función de si usted considera que es una situación **“muy peligrosa”, “bastante peligrosa”, “poco “peligrosa” nada peligrosa”** para volver a jugar. Si se le ha presentado alguna vez alguna de las situaciones que ha considerado como peligrosa, indique qué estrategia ha utilizado para afrontarla adecuadamente. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

1. Cuando paso por un local de juego o por un bar con máquinas tragaperras.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

2. Cuando estoy con otras personas que están jugando.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

3. Cuando me siento solo y pienso que a nadie le importa lo que me ocurre.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

4. Cuando estoy muy nervioso.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

5. Cuando empiezo a pensar que jugar una vez no me hará daño.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

6. Cuando me siento deprimido.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

7. Cuando tengo problemas en el trabajo.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

8. Cuando siento que me regañan injustamente.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

9. Cuando estoy muy contento.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

10. Cuando tengo dinero disponible para gastar.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

11. Cuando recuerdo los buenos tiempos en los que jugaba.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

12. Cuando hay riñas y peleas en casa.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

13. Cuando estoy irritado o me siento frustrado.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

14. Cuando hay ocasiones especiales como Navidad, cumpleaños, fiestas, etc.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

15. Cuando estoy aburrido.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

16. Cuando pienso en la posibilidad de ponerme a prueba y jugar una vez para ver si controlo mi juego.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

17. Cuando la máquina está "caliente".

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

18. Cuando tengo una deuda que no me he atrevido a confesar.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

19. Cuando me encuentro con una nueva máquina que no conocía.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

A continuación especifique otras situaciones que no aparecen en este inventario y que a usted le han supuesto un alto riesgo de recaída. Indique también cómo afrontó dichas situaciones.

Situación 1:

Estrategia de afrontamiento utilizada:

Situación 2:

Estrategia de afrontamiento utilizada:

Situación 3:

Estrategia de afrontamiento utilizada:

ANEXO II

Registro de Situaciones de Alto Riesgo para la Recaída (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1996)

Situación	Grado de riesgo (0-10)	Capacidad subjetiva para afrontarla (0-10)	Estrategias de afrontamiento

ANEXO J

Circunstancias que ponen en marcha la conducta de juego
(Echeburúa Ybáez, 1.994 a)

Nombre:

Nº:

Terapeuta:

Fecha:

Haga un listado de las circunstancias que puedan favorecer o aumentar su conducta de juego, ordenándolas en intensidad de mayor a menor. Para ello utilice tanto estados emocionales (sentirse solo, aburrido, triste, enfadado, tenso...) como estresores (problemas con su pareja, en su trabajo, con su familia...) y situaciones (pasar delante de un salón de máquinas recreativas o un bar, ver una máquina o a alguien jugando, oír el sonido de la máquina, que un amigo le proponga jugar, oír las monedas al caer...). Ejemplo: "He salido de trabajar un viernes, estoy solo, no tengo ningún plan. Paso por delante de un bar donde suena la música de una máquina."

Estados emocionales	Estresores	Situaciones

ANEXO K

ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRAT

ESCALA IB

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente.

(Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis).

	Raramente o nunca 1	Ocasionalmente 2	A menudo 3	Siempre o casi siempre. 4
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad).				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente).				
5. Planifico mis viajes con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme).				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos).				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos).				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo).				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo).				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo).				
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo).				
21. Compró cosas impulsivamente				
22. Yo termino lo que empiezo				

23. Camino y me muevo con rapidez
24. Resuelvo los problemas experimentando
(resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona).
25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano
(gasto más de lo que gano).
26. Hablo rápido
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando
(a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso) .
28. Me interesa más el presente que el futuro
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas
(me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo periodo de tiempo).
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)

Corrección e interpretación

- Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total.
- Cada ítem tiene 4 opciones de respuesta que puntuarían 0, 1, 3 y 4. los siguientes ítems tienen una puntuación inversa (es decir, 4, 3, 1 y 0): 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30.
- La puntuación en cada subescala se obtiene sumando las puntuaciones parciales obtenidas en cada uno de sus ítems:
 - Impulsividad cognitiva (8 ítems: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27).
 - Impulsividad motora (10 ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29).
 - Impulsividad planeada (12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30).
- La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en todos los ítems.
- No existe punto de corte propuesto. En varios estudios se sugiere utilizar como punto de corte la mediana de la distribución.

ANEXO L

ASOCIACIONES

Asociaciones Andaluzas de Jugadores en Rehabilitación

NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN	MUNICIPIO	TELÉFONO
Indalajer	Almería	950272544
Jarca	Cádiz (Algeciras)	956663809
Jugadores Anónimo de Cádiz	Cádiz (Pto. Sta. María)	617827681
Acojer	Córdoba	957401449
LAR	Córdoba	957257005
Alsubjer	Córdoba (Lucena)	957590886
Agrajer	Granada	958489293
Aonujer	Huelva	959285078
Apreja	Huelva	959230966
Alujer	Jaén	953232971
Aplijer	Jaén (Linares)	953693784
Amalajer	Málaga	952641296
Asejer	Sevilla	954908300

Federaciones Andaluzas de Jugadores en Rehabilitación

Fajer	Granada	958804897
Fapeja	Huelva	959230966

Asociaciones de Otras Comunidades Autónomas.

NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN	MUNICIPIO	TELÉFONO
Asajer	Álava (Vitoria)	945140468
Vida Libre	Alicante	966377778
Nueva Vida	Alicante (Villena)	965806208
Aexjer	Badajoz (Almendralejo)	924664476
Abla	Barcelona	932660661
Ajurec	Barcelona	934530856
Fora de Joc	Barcelona	934121032
Abatal	Barcelona	932473272

Acencas	Barcelona	669235614
Hospital de Llobregat	Barcelona	932607988
Abaj	Burgos	947212664
Acajer	Cáceres	610392497
Ajer	Cáceres (Plasencia)	927421011
Larcama	Ciudad Real	667796862
Lararch	Ciudad Real (Argamasilla de C.)	677793833
Atej	Ciudad Real (Manzanares)	926613596
Astarel	Cuenca (Taracón)	626019779
Agal	Girona	972205693
Aluesa	Gran Canaria	928289077
Akintza dasalud	Guipozcoa (Rentería)	943340202
Agalure	La Coruña	981289340
Arja	La Rioja	941208833
Aldal	León	987231020

Proyecto Hombre	León (Ponferrada)	987257005
Acjar	Lleida	973261026
Apal	Madrid	914076899
Hospital Ramón y Cajal	Madrid	913368393
Ajer	Madrid (Alcobendas)	916238935
Vida Sin Juego	Madrid (Alcorcón)	666063562
Afujer	Madrid (Fuenlabrada)	916491227
Alejer	Madrid (Leganés)	916806048
Asmujer	Murcia	968275066
Aralar	Navarra (Pamplona)	948252916
Alur	Navarra (Tudela)	948410675
Jguesca	Palma de Mallorca	971274328
Asaljar	Salamanca	923261517
Secció de Joc Patològic	Tarragona	977228509
Acajure	Tenerife (Sta. Cruz de Tenerife)	922286530

Atejure	Tenerife (Sta. Cruz de Tenerife)	630174273
Larcama	Toledo	667796862
Jugadores Anónimos E.	Valencia	963489434
Ajupareva	Valladolid	983310317
Miguel Delibes	Valladolid	983252489
Agaja	Vigo (Pontevedra)	886119586
EKintza-Aluviz	Vizcaya (Baracaldo)	944380338
Azajer	Zaragoza	976200402

