

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**Departamento de Personalidad, Evolución y Tratamientos**  
**Psicológicos I**



**EFICACIA DE UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO  
MULTICOMPONENTE DE APLICACIÓN  
INDIVIDUAL PARA JUGADORES PATOLÓGICOS  
DE MÁQUINAS RECREATIVAS CON PREMIO.**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**  
**PRESENTADA POR**

**Antonio Ferrández de la Cruz**

Bajo la dirección del doctor

Francisco J. Labrador Encinas

**Madrid, 2010**

- ISBN: 978-84-693-0661-1

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I



**EFICACIA DE UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO MULTICOMPONENTE  
DE APLICACIÓN INDIVIDUAL PARA JUGADORES PATOLÓGICOS DE  
MÁQUINAS RECREATIVAS CON PREMIO**

**TESIS DOCTORAL**

**Antonio Ferrández de la Cruz**

**Director**

**Francisco J. Labrador Encinas**

**Madrid, 2008**



## DEDICATORIA

A Antonio y Carmen, mis padres; y a mi abuelo Isidoro: Poder dedicaros esta Tesis ha sido la fuerza que más me ha empujado a llevarla a cabo. Fuisteis mi mejor libro.

A Eila, Lucía y Noa, mis tres nietas.



## AGRADECIMIENTOS

A Francisco J. Labrador, mi director de tesis, por sus enseñanzas, por sus mensajes constantes de ánimo, por su empatía y por hacerme creer en todo momento que estaba haciendo algo que merecía la pena.

A María de Gracia, mi mujer, por tantas tardes de sol, de lluvia, de calor y frío, sacrificadas para que yo no dejase de trabajar en “lo nuestro”.

A mis hijos Antonio, Miguel y Carmen, por su impagable ayuda.

A Enrique Mancera, por su lealtad y su excelente ayuda a la hora de transmitir su experiencia.

A Javier López, por consentirme un horario en el trabajo que me permitiese acudir a la Facultad.

A Javier Sanz, para que se lo termine de creer.

A mis amigos Vicente, Sebastián y Ramón, por haber aguantado estoicamente mis comentarios aburridos.

Al profesor Jesús Sanz, por su inestimable ayuda en los Análisis Estadísticos de los datos.

A la Asociación Terapéutica del Juego, por su disposición para dar satisfacción siempre a cualquier petición; especialmente a Luis, Juan Carlos, Pepe y Feli.



# ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTOS .....	V
ÍNDICE DE CONTENIDO .....	VII
ÍNDICE DE TABLAS.....	XI
ÍNDICE DE FIGURAS .....	XIII
ÍNDICE DE CUADROS .....	XV

## **PARTE TEÓRICA 17**

<b>1</b>	<b>DEFINICIÓN DE JUEGO PATOLÓGICO .....</b>	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>TIPOS DE JUGADORES .....</b>	<b>27</b>
<b>3</b>	<b>DESCRIPCIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO: ASPECTOS COGNITIVOS, CONDUCTUALES Y FISIOLÓGICOS.....</b>	<b>39</b>
3.1	ASPECTOS COGNITIVOS.....	39
3.2	ASPECTOS MOTORES .....	47
3.3	ASPECTOS FISIOLÓGICOS.....	49
<b>4</b>	<b>COMORBILIDAD DEL JUEGO PATOLÓGICO CON OTROS TRASTORNOS Y CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS.....</b>	<b>53</b>
4.1	JUEGO Y OTROS TRASTORNOS.....	53
4.1.1	Trastornos del estado de ánimo.....	53
4.1.2	Trastornos de personalidad.....	55
4.2	JUEGO Y ABUSO DE SUSTANCIAS TÓXICAS.....	56
4.2.1	Juego y alcohol.....	57
4.2.2	Juego y tabaco.....	58
4.2.3	Juego y otras sustancias.....	58
<b>5</b>	<b>EPIDEMIOLOGÍA .....</b>	<b>61</b>
5.1	EPIDEMIOLOGÍA DEL JUEGO PATOLÓGICO EN ESPAÑA .....	62
5.1.1	En adultos.....	62
5.1.2	En adolescentes .....	67
5.2	EPIDEMIOLOGÍA DEL JUEGO PATOLÓGICO EN OTROS PAÍSES .....	71
5.2.1	En adultos.....	71
5.2.2	En adolescentes .....	72
<b>6</b>	<b>SITUACIÓN DEL JUEGO DE AZAR EN ESPAÑA.....</b>	<b>75</b>
6.1	LEGISLACIÓN SOBRE EL JUEGO DE AZAR .....	75

6.2	CIFRAS DE JUEGO DE AZAR EN ESPAÑA.....	80
6.3	JUEGO ONLINE.....	85
<b>7</b>	<b>TRATAMIENTOS DEL JUEGO PATOLÓGICO .....</b>	<b>89</b>
7.1	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO .....	89
7.1.1	Estabilizadores del humor: litio, carbamazepina y ácido valproico.....	91
7.1.2	Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS) .....	91
7.1.3	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) ..	91
7.1.4	Antagonistas de los receptores de opioides: Naltrexona .....	92
7.1.5	Antipsicóticos .....	92
7.2	GRUPOS DE AUTOAYUDA .....	93
7.3	TÉCNICAS AVERSIVAS.....	95
7.4	TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN.....	96
7.4.1	Desensibilización sistemática.....	96
7.4.2	Exposición con prevención de respuesta .....	98
7.5	TERAPIA COGNITIVA .....	99
7.6	TERAPIA DE GRUPO.....	101
7.7	PROGRAMAS MULTICOMPONENTES.....	103
7.7.1	Programas multicomponentes en régimen de internamiento	104
7.7.2	Programas multicomponentes en régimen ambulatorio .....	105

## PARTE EMPÍRICA

cxvii

<b>8</b>	<b>OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....</b>	<b>119</b>
8.1	INTRODUCCIÓN .....	119
8.2	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	120
8.3	HIPÓTESIS .....	121
<b>9</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>123</b>
9.1	DISEÑO .....	123
9.2	VARIABLES Y DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES.....	123
9.2.1	Variable independiente .....	123
9.2.2	Variables dependientes.....	123
9.2.2.1	<i>Resultado de la intervención.....</i>	<i>123</i>
9.2.2.2	<i>Conducta de juego.....</i>	<i>124</i>
9.2.2.3	<i>Distorsiones cognitivas.....</i>	<i>124</i>
9.2.3	Variables extrañas o contaminadoras.....	125
9.3	PARTICIPANTES .....	125
9.4	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	127
9.5	PROCEDIMIENTO .....	130
9.5.1	Selección de Sujetos.....	130
9.5.2	Formación de los grupos.....	131
9.5.3	Evaluación Pretratamiento .....	132

9.5.4	Estudio Piloto.....	132
9.5.5	Tratamiento .....	133
9.5.5.1	<i>Grupo experimental</i> .....	133
9.5.5.2	<i>Grupo de Control</i> .....	135
9.5.5.3	<i>Evaluación postratamiento</i> .....	135
9.5.5.4	<i>Evaluación en el seguimiento</i> .....	136
9.6	TERAPEUTA.....	137
<b>10</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>139</b>
10.1	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA .....	139
10.1.1	Variables personales y sociodemográficas .....	139
10.1.2	Variables de historia de juego.....	140
10.1.3	Variables de Juego .....	154
10.1.3.1	<i>Variables dependientes del juego</i> .....	154
10.1.3.2	<i>Variables de diagnóstico</i> .....	155
10.2	EFICACIA DEL TRATAMIENTO .....	163
10.2.1.1	<i>Homogeneidad de los grupos</i> .....	163
10.2.1.2	<i>Variables sociodemográficas y de historia de juego</i> . 163	
10.2.1.3	<i>Variables dependientes del juego obtenidas por autorregistro</i> .....	169
10.2.1.4	<i>Variables diagnóstico del juego obtenidas por cuestionarios</i> .....	169
10.2.2	Eficacia de la intervención .....	170
10.2.2.1	<i>Abstinencia</i> .....	170
10.2.2.2	<i>Variables dependientes del juego</i> .....	173
10.2.2.3	<i>Distorsiones cognitivas</i> .....	173
<b>11</b>	<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>178</b>
11.1	OBJETIVO GENERAL.....	178
11.2	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA .....	181
11.2.1	Variables sociodemográficas.....	181
11.2.1.1	<i>Establecimiento de comienzo</i> .....	184
11.2.1.2	<i>Antecedentes familiares</i> .....	184
11.2.2	Características de la conducta de juego .....	185
11.3	EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN .....	188
11.3.1	Adhesión al tratamiento.....	188
11.3.2	Eficacia del tratamiento.....	190
11.3.2.1	<i>Porcentajes de eficacia</i> .....	190
11.3.2.2	<i>Valor de los distintos componentes. La importancia de la 1ª sesión</i> .....	192
11.3.2.3	<i>Eficacia de los componentes fundamentales</i> .....	194
11.3.2.4	<i>El valor del procedimiento</i> .....	195
11.3.3	Las distorsiones cognitivas.....	196
11.4	APORTACIONES .....	199
11.4.1	Importancia del coterapeuta .....	201
11.5	LIMITACIONES .....	202
11.6	SUGERENCIAS .....	204
<b>12</b>	<b>CONTRASTE DE HIPÓTESIS .....</b>	<b>207</b>

<b>13 CONCLUSIONES.....</b>	<b>211</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>215</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>247</b>
ANEXO I Hojas de autorregistro utilizadas durante el tratamiento .....	249
ANEXO II Técnicas utilizadas durante el tratamiento.....	261
ANEXO III Instrumentos de evaluación .....	287
ANEXO IV Exposición resumida de las sesiones.....	311
ANEXO V Desarrollo de las sesiones de tratamiento.....	329

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. Tipos de jugadores propuestos por Kusyszyn (1978). .....	29
Tabla 3.1. Objetivos y resultados de las distintas investigaciones.....	52
Tabla 5.1. Estudios de prevalencia de juego en España (adultos). Fuente: Rubio (2005).....	66
Tabla 5.2. Estudios de prevalencia del juego en España (adolescentes). Fuente: Rubio, 2005. ....	70
Tabla 6.1. Año de creación de los distintos juegos legales en España. ....	75
Tabla 6.2. Variación interanual 2006/2002 de las cantidades jugadas por habitante/año en todos los juegos (Euros) .....	83
Tabla 7.1. Esquema del contenido del programa de prevención de recaídas (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). Fuente: Fernández-Alba y Labrador, 2002. ....	109
Tabla 7.2. Plan de trabajo del programa autoaplicado (Fernández- Montalvo y Echeburúa, 1997). Fuente: Fernández-Alba y Labrador, 2002. ....	114
Tabla 9.1. Esquema de las sesiones del tratamiento. ....	134
Tabla 10.1. Número y media de edad de los participantes de la muestra.....	141
Tabla 10.2. Porcentaje de hombres y mujeres en la muestra. ....	141
Tabla 10.3. Número de participantes y porcentaje según edad.....	142
Tabla 10.4. Número de participantes y media de edad según el sexo. ....	142
Tabla 10.5. Número de participantes y porcentaje según profesión. ....	142
Tabla 10.6. Años de juego agrupados por intervalos. ....	145
Tabla 10.7. Media de meses de juego y de meses durante los cuales percibe el juego como problema.....	145
Tabla 10.8. Media de meses transcurridos desde que empezaron a jugar hasta que comenzaron a percibir el juego como problema.....	147
Tabla 10.9. Años transcurridos desde que empezaron a jugar hasta que comenzaron a percibir el juego como problema.....	147
Tabla 10.10. Intentos previos de dejar el juego. ....	148
Tabla 10.11. Deudas contraídas por el juego. ....	148
Tabla 10.12. Deuda contraída por el juego por grupos de deuda. ....	150
Tabla 10.13. Antecedentes familiares de juego. ....	152
Tabla 10.14. Establecimiento de comienzo de juego. ....	153
Tabla 10.15. Caracterización de la conducta de juego de la muestra.....	154
Tabla 10.16. Caracterización de la conducta de juego de la muestra (Hombres). ....	154
Tabla 10.17. Caracterización de la conducta de juego de la muestra (Mujeres). ....	154

Tabla 10.18. Puntuación media y D.T. en el SOGS. ....	155
Tabla 10.19. Porcentaje de la muestra que responde afirmativamente a los ítems puntuables del SOGS. ....	156
Tabla 10.20. Puntuaciones medias de la muestra obtenidas en las escalas del Inventario de Pensamientos sobre el juego (Echeburúa y Báez, 1994a). ....	157
Tabla 10.21. Respuestas puntuables a los ítems de la Subescala A del Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1994a). ....	160
Tabla 10.22. Respuestas puntuables a los ítems de la Subescala B del Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1994a). ....	161
Tabla 10.23. Respuestas puntuables a los ítems de la Subescala C del Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1994a). ....	162
Tabla 10.24. Variables edad, años de juego y años percibidos como problema. Comparación entre grupos. ....	163
Tabla 10.25. Variables sociodemográficas, agrupadas por intervalos. Comparación entre grupos. ....	164
Tabla 10.26. Parámetros de la conducta de juego. Comparación entre grupos. ....	169
Tabla 10.27. Variables diagnóstico de juego. Comparación entre grupos. ....	169
Tabla 10.28. Chi cuadrado intergrupos. Abstinencia. ....	170
Tabla 10.29. Recaidas totales. Comparación entre grupos. ....	172
Tabla 10.30. Recaidas entre dos sesiones contiguas de evaluación. Comparación entre grupos. ....	172
Tabla 10.31. Número de participantes que componían los grupos en las distintas evaluaciones. ....	173
Tabla 10.32. Resultados intraparticipantes. Puntuaciones subescala A del I.P.J. ....	175
Tabla 10.33. Resultados intraparticipantes. Puntuaciones subescala B del I.P.J. ....	175
Tabla 10.34. Resultados intraparticipantes. Puntuaciones subescala C del I.P.J. ....	175
Tabla 10.35. Resultados intragrupos. Puntuaciones subescala A del I.P.J. $p < 0,05$ . ....	176
Tabla 10.36. Resultados intragrupos. Puntuaciones subescala B del I.P.J. $p < 0,05$ . ....	176
Tabla 10.37. Resultados intragrupos. Puntuaciones subescala C del I.P.J. $p < 0,05$ . ....	176
Tabla 10.38. Correlaciones entre las puntuaciones de las subescalas. ....	177
Tabla 12.1. Confirmación de Hipótesis. ....	210

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 6.1. Importe de cantidades jugadas en 2006. Distribución porcentual por tipo de gestión.....	80
Figura 6.2. Importe de cantidades jugadas en 2006. Distribución porcentual por juegos.....	81
Figura 6.3. Cantidades Jugadas "Evolución 2002-2006" (Millones de euros). ....	81
Figura 6.4. Valores medios de cantidades jugadas por habitante/año (euros). ....	82
Figura 6.5. Evolución del número de salas de bingo.....	84
Figura 6.6. Recaudación media por máquina en máquinas "B". (Miles de euros).....	85
Figura 10.1. Proporción de hombres y mujeres de la muestra. ....	141
Figura 10.2. Distribución por edades de la muestra.....	141
Figura 10.3. Distribución de la muestra en función de la profesión.....	143
Figura 10.4. Distribución de los hombres de la muestra en función de la profesión.....	143
Figura 10.5. Distribución de las mujeres de la muestra en función de la profesión.....	143
Figura 10.6. Años de juego de la muestra, agrupados por intervalos. ....	145
Figura 10.7. Tiempo transcurrido, en años, desde que comenzaron a percibir el juego como problema. ....	146
Figura 10.8. Tiempo transcurrido, en años, desde que comenzaron a percibir el juego como problema. Hombres. ....	146
Figura 10.9. Tiempo transcurrido, en años, desde que comenzaron a percibir el juego como problema. Mujeres. ....	146
Figura 10.10. Años transcurridos desde que empezaron a jugar hasta que comenzaron a percibir el juego como problema.....	147
Figura 10.11. Intentos previos por dejar el juego.....	148
Figura 10.12. Porcentaje de participantes de la muestra con deuda debida al juego.....	149
Figura 10.13. Porcentaje de hombres de la muestra con deuda debida al juego.....	149
Figura 10.14. Porcentaje de mujeres de la muestra con deuda debida al juego.....	149
Figura 10.15. Deuda contraída por el juego, por grupos de deuda. ....	150
Figura 10.16. Antecedentes familiares de juego. ....	152
Figura 10.17. Antecedentes familiares de juego. Hombres. ....	152
Figura 10.18. Antecedentes familiares de juego. Mujeres. ....	152
Figura 10.19. Establecimiento de comienzo de juego. ....	153
Figura 10.20. Establecimiento de comienzo de juego. Hombres. ....	153

Figura 10.21. Establecimiento de comienzo de juego. Mujeres.....	153
Figura 10.22. Porcentaje de la muestra que responde afirmativamente a los ítems puntuables del SOGS.....	157
Figura 10.23. Porcentaje de respuestas puntuables a los ítems de la Subescala A del Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1994a).....	160
Figura 10.24. Porcentaje de respuestas puntuables a los ítems de la Subescala B del Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1994). .....	161
Figura 10.25. Porcentaje de respuestas puntuables a los ítems de la Subescala C del Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1994). .....	162
Figura 10.26. Variable: Sexo: Comparación entre grupos. ....	165
Figura 10.27. Variable: Edad. Comparación entre grupos. ....	165
Figura 10.28. Variable: Profesión. Comparación entre grupos. ....	166
Figura 10.29. Variable: Años de juego. Comparación entre grupos. ....	166
Figura 10.30. Variable: Años de juego percibido como problema. Comparación entre grupos.....	166
Figura 10.31. Variable: Años de juego no percibido como problema. Comparación entre grupos.....	167
Figura 10.32. Variable: Intentos previos de dejar de jugar. Comparación entre grupos. ....	167
Figura 10.33. Variable: Grupos de deuda. Comparación entre grupos. ....	167
Figura 10.34. Variable: Antecedentes familiares de juego. Comparación entre grupos. ....	168
Figura 10.35. Variable: Porcentaje de abstinencia en los seguimientos. ....	171
Figura 10.36. Variable: Porcentaje de abstinencia en los seguimientos. ....	172

# ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 6.1. Evolución legislativa del Juego Patológico en España: Normativa Estatal. ....	78
--	----



## PARTE TEÓRICA



# 1 DEFINICIÓN DE JUEGO PATOLÓGICO

Los juegos de azar, y como consecuencia la conducta de jugar, han estado presente desde los tiempos más remotos en la práctica totalidad de las culturas y en todos los estratos sociales. Su historia antecede en un milenio a la invención del dinero y son numerosos los templos antiguos erigidos en honor a la diosa Fortuna. La afición a apostar constituye un hábito social extendido que puede estar ligado a una necesidad de ocio y divertimento o a la percepción de una manera de conseguir bienes minimizando el esfuerzo para conseguirlo.

De igual forma que es antigua y consustancial a la especie animal y humana, la conducta de jugar también lo es, y ha ido cambiando a lo largo del tiempo el concepto que del jugador excesivo ha tenido la sociedad.

La dedicación excesiva al juego ha sido considerada históricamente tanto como un vicio como una debilidad moral o como un pecado, y asociado a personas codiciosas y perezosas. Juego, promiscuidad y alcohol eran características necesarias para ser considerado un libertino y hasta hace muy poco tiempo, decir que una persona jugaba se relacionaba fatalmente con llevar una doble vida de la que habría que avergonzarse.

En un estudio de Orford y McCartney (1990) preguntaron a 263 personas cuáles pensaban que eran las principales causas del juego y las compararon con las causas atribuidas a otras maneras de conducta excesivas como fumar, beber, comer y el uso de tranquilizantes. Las causas que con mayor frecuencia aparecieron para explicar el juego fueron debilidad moral o consecución de placer. Las respuestas tendían a no considerar al juego como una “adicción psíquica” y pensaban que la mejor manera de solucionarlo era fuerza de voluntad, prisión o castigo.

Un 45% de jugadores excesivos encuestados en el mismo trabajo consideraba que el motivo por el que jugaba era la búsqueda de placer y achacaba su conducta problemática a su falta de voluntad, su debilidad o su vicio.

Esta concepción del juego y del jugador está en la base de lo que se ha dado en llamar *el modelo moral* y ha motivado que el jugador deje de acudir en busca de ayuda,

convencido como estaba de que la solución de su problema dependía solamente de su capacidad y decisión para vencer a su escasa fuerza de voluntad.

Paralelamente a esa concepción, a lo largo del segundo tercio del siglo pasado se empezó a conceptualizar el juego excesivo como una enfermedad. Desde el psicoanálisis, autores como Freud (1928), Bergler (1957) o Greenson (1947) comenzaron a considerar el juego como la expresión de una neurosis subyacente o de una adicción que emerge de complejos masturbatorios y de complejos edípicos no resueltos.

Esta nueva conceptualización del juego problemático como enfermedad absuelve al sujeto de toda responsabilidad o culpa moral sobre su problema (Marlatt 1985), reduciendo ésta a la misma que pudiera tener una persona por padecer hipertensión. Pensamiento que se ve reforzado al considerarse también que antes de que el sujeto lleve a cabo la primera conducta relacionada con el problema, la enfermedad ya está latente debido a una cierta predisposición y que se mantiene activa aún en el caso de que el sujeto no volviera a jugar.

Términos como neurótico y compulsivo reforzaron esta concepción del juego como enfermedad pues tienen la connotación de “inevitable”, “que escapa al control” o “ajeno a mi voluntad”.

La ventaja innegable que supuso entonces este nuevo modelo fue que el sujeto, al saberse enfermo, se liberaba del sufrimiento que le suponía creerse vicioso, pecador o débil; también animó a muchos jugadores a buscar ayuda para curar su enfermedad. En relación con la Justicia ha supuesto que el jugador que delinque para conseguir dinero con el que jugar sea considerado como alguien que necesita tratamiento y no solamente castigo.

Esta concepción del jugador excesivo como víctima de una enfermedad, o *modelo médico*, ha suscitado bastantes críticas. Entre ellas, las de Lesieur (1984), y que se podrían resumir de la siguiente manera:

- La aceptación de este modelo permite un desplazamiento en la responsabilidad de acción desde el individuo a un proceso de enfermedad insidioso.

- La clasificación de los individuos en compartimentos discretos (enfermos-no enfermos) deforma la realidad y promueve la consolidación del concepto de enfermedad.
- Este modelo implica un determinismo conductual que destruye la autoestima y el autocontrol.
- Los factores biológicos y psicológicos reciben más preeminencia que los socioambientales.
- El modelo no es moralmente neutro sino que refleja valores éticos.

La definitiva consolidación del concepto de enfermedad del juego problemático se consiguió con la inclusión en la categoría de Desórdenes del Control de los Impulsos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-III (A.P.A., 1980).

La idea y la definición del juego patológico se pueden analizar desde la perspectiva anterior, intentando exponer la naturaleza o el significado del trastorno, o bien pretendiendo abarcar y acotar la extensión del fenómeno.

Así, Bergler (1957) expuso seis criterios para describir el juego patológico:

- El jugador corre habitualmente riesgo y busca la suerte.
- El juego pasa por encima de los demás intereses.
- El jugador no para aunque gane.
- El jugador pierde la cautela inicial y termina jugando más de lo que puede permitirse.
- El jugador experimenta un extraño disfrute mezcla de placer y dolor, por lo que no puede ser lógicamente expresado.

Por su parte, Custer y Milt (1985) consideran que el juego:

- Persiste y progresa en intensidad y urgencia.

- Cada vez necesita de más tiempo, energía y recursos materiales y emocionales.
- Acaba socavando cuando no destruyendo los principios éticos y morales del sujeto.

Es en 1980 cuando por primera vez se reconoce oficialmente el juego patológico como un trastorno mental. Así aparece en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-III (APA, 1980) y define al jugador patológico como alguien que se va haciendo crónica y progresivamente incapaz de resistir los impulsos de jugar y cuya conducta de juego pone en serio aprieto, altera o lesiona los objetivos personales, familiares o vocacionales, habiendo descartado que la conducta de juego no es debida a un trastorno de personalidad antisocial. El DSM-III establece que para que una persona pueda ser considerada jugador patológico debe cumplir al menos tres de las siguientes siete características:

- Arrestos por robo, fraude, estafa o evasión de impuestos, debidos a intentos de obtener dinero para jugar.
- Incapacidad de satisfacer las deudas y las responsabilidades financieras.
- Alteraciones familiares o maritales debidas al juego.
- Obtención de dinero a través de fuentes ilegales.
- Incapacidad de explicar las pérdidas de dinero o demostrar las ganancias que se aseguran.
- Pérdida de trabajo a causa del absentismo ocasionado por jugar.
- Necesidad de otra persona que procure el dinero necesario para aliviar la desesperada situación financiera.

Tras las críticas a los criterios diagnósticos del DSM-III y a la evidencia de que el trastorno de personalidad y el juego patológico pueden cursar simultáneamente sin que ello quiera decir que el juego patológico sea una característica entre las del trastorno de personalidad (Lesieur, 1987), se publica su versión revisada, denominada DSM-III-R (APA, 1987).

De la misma manera que en el DSM-III, en el DSM-III-R se sigue conceptualizando el juego patológico como un fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos de jugar y en la aparición de una conducta de juego que compromete,

rompe o lesiona los objetivos personales, familiares o vocacionales, pero se produce un significativo cambio en las características de la persona para considerarla jugador patológico. Para ser diagnosticada como tal, su conducta de juego tiene que caracterizarse por, al menos, cuatro de los siguientes síntomas:

1. Preocupación frecuente por jugar o por tener dinero para jugar.
2. Con frecuencia se juega más cantidad de dinero o más tiempo del que se tenía planeado.
3. Existe la necesidad de aumentar la magnitud o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada.
4. Intranquilidad o irritabilidad cuando no se puede jugar.
5. Pérdidas reiteradas de dinero en el juego y al día siguiente intentos de recuperarlo.
6. Esfuerzos repetidos para reducir o parar el juego.
7. Con frecuencia, el juego tiene lugar cuando se espera que el sujeto esté cumpliendo sus obligaciones sociales o profesionales.
8. Sacrificio de alguna actividad social, profesional o recreativa importante para poder jugar.
9. Se continúa jugando a pesar de la incapacidad para pagar las deudas crecientes o a pesar de otros problemas significativos: sociales, profesionales o legales, que el sujeto sabe que se exacerban con el juego.

Como una síntesis de las versiones anteriores pueden entenderse los criterios expresados en el DSM-IV. En esta versión aparece que la conducta de juego como una estrategia para reducir malestar puede considerarse como uno de los síntomas de juego desadaptativo.

El DSM-IV (APA, 1994) y el más reciente DSM-IV-TR (APA, 2000) establece que se juega de manera desadaptativa si concurren en una persona cinco o más de los siguientes síntomas, sin que su comportamiento no se explique mejor por la presencia de un episodio maniaco.

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 intentos para controlar, interrumpir o detener el juego.
4. Inquietud o irritabilidad cuando se 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. Sentimiento de desesperanza, calma, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (intentando “cazar” las pérdidas anteriores).
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.

Estos criterios llevan implícitos (Lesieur y Rosenthal, 1991) las siguientes dimensiones discriminantes:

1. Progresión y preocupación.
2. Tolerancia.
3. Pérdida de control.
4. Síndrome de abstinencia.
5. Escape.
6. “Caza”.
7. Negación.
8. Actividad ilegal.
9. Arriesgar familia y carrera.
10. Fianza.

Por su parte, la O.M.S. (1992) en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) incluye a la ludopatía en el grupo de los trastornos de los

hábitos y del control de los impulsos y considera al juego patológico como un trastorno consistente en la presencia de frecuentes y reiterados episodios de juegos de apuestas, los cuales dominan la vida del enfermo en perjuicio de los valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares del mismo. Considera que los riesgos a los que están sujetas estas personas son:

- Perder el empleo.
- Mentir o violar la ley para obtener dinero.
- Evadir el pago de deudas.

Destaca la presencia, en estos jugadores, de un deseo imperioso e intenso de jugar que es difícil de controlar, junto con ideas e imágenes insistentes del acto del juego y de las circunstancias que los rodean así como que estas preocupaciones e impulsos suelen aumentar en momentos en los que la vida se hace más estresante.

También advierte que el juego patológico debe distinguirse del:

- Juego social habitual.
- Juego excesivo en enfermos maniacos.
- Juego en el trastorno disocial de la personalidad.

En resumen:

Al hacer la revisión bibliográfica, aunque no se puede hablar de desacuerdo, destaca la diversidad de vocablos utilizados para hacer referencia tanto al sujeto que juega incontroladamente como al trastorno que padece; pues si bien los términos jugador patológico, problemático o ludópata y ludopatía y juego patológico son los más frecuentemente empleados para hacer referencia tanto a uno como a otro, quizás sea demasiado extensa la lista de todos los términos que se han intentado acuñar por los distintos autores.

Hasta que se ofrezca una definición consensuada, universal y útil, parece inapelable tanto la denominación de juego excesivo o juego problemático que para referirse al problema utiliza Dickerson (1989), como la definición que hace del mismo:

“El Juego que es frecuente, a veces incontrolado, y que ha producido algunos efectos perjudiciales”.

La conclusión que aparece con claro signo positivo es que la sociedad está despojando a la persona que apuesta en exceso contra el azar, de la connotación de apestado o de alguien con quien no es recomendable hablar, ni mucho menos relacionarse, es decir, de una desclasificación desde el punto de vista moral.

La divulgación del trastorno, de las alteraciones que causa en quien juega en exceso y de la confesión de estos jugadores subrayando que el impulso de jugar vence a los sinceros propósitos de abandonar esa conducta, puede haber contribuido significativamente a esta nueva percepción del jugador con problemas.

Es probable también que el jugador, al percibir que los juicios sobre su adicción han comenzado a incluir ciertas dosis de comprensión y de tolerancia, se esté decidiendo a dar la cara, a declarar cada vez con mayor frecuencia y con mayor sinceridad su problema, y a pedir ayuda, permitiendo y animando el desarrollo de investigaciones tendentes a entender mejor esta patología, y, como consecuencia, a la aparición de tratamientos cada vez más eficaces.

Seguramente, para entender este problema en toda su magnitud, sería conveniente mirar más allá de la persona concreta y preguntarse si se facilita y cómo se facilita la adquisición de este “trastorno personal” que posteriormente deteriora la vida del sujeto y la de su familia y su entorno. Es posible que la responsabilidad no sea sólo de la persona y que, tras un minucioso estudio, se llegase a la conclusión de que desde distintos ámbitos se hacen necesarias medidas legales y programas de actuación preventivos que contribuyan a disminuir el número de personas perjudicadas por este trastorno.

## 2 TIPOS DE JUGADORES

Entre el juego por puro placer y el juego patológico se han intentado establecer desde la mitad del siglo pasado una serie de categorías que han sugerido una tipología y diferentes perfiles del jugador con aportaciones más o menos útiles para la investigación y el tratamiento.

Cronológicamente, Bergler (1957), que ya en 1936 atribuye al jugador patológico motivaciones inconscientes como sentimientos de culpa y un deseo inconsciente de perder, propone una clasificación en la que describe seis tipos de jugadores: el jugador “clásico”, el “hombre pasivo-femenino”, el pseudosuperior defensivo”, el “jugador motivado por una culpa inconsciente”, el “jugador impasible” y la “mujer jugadora”.

Una de las tipologías más citadas por los estudiosos del juego (Allcock, 1986; Lesieur y Custer, 1984), es la de Morán (1970) quien describe cinco tipos distintos de jugadores, extraídos de una muestra de 50 jugadores en tratamiento:

- *El jugador sintomático:* Considera que en este tipo, el juego es uno más de los síntomas de un trastorno psicológico primario como, por ejemplo, la depresión.
- *El jugador subcultural:* Este tipo de jugador, juega para ser aceptado por su grupo y más tarde serán sus características individuales las que le ayuden a parar de jugar o no, cuando sus compañeros lo hagan.
- *El jugador impulsivo:* Se caracteriza por una pérdida de control y no deja de jugar hasta que se le acaba el dinero.
- *El jugador psicopático:* Su conducta de juego forma parte del patrón conductual generalizado que caracteriza el trastorno psicopático.
- *El jugador neurótico:* Juega como respuesta a un problema emocional, con la intención de atenuar la tensión originada por él.

Morán encontró un 10% de jugadores “sintomáticos”, un 14% de “subculturales”, un 18% de “impulsivos”, un 24% de “psicopáticos” y un 34% de jugadores “neuróticos”.

Tanto esta clasificación, como la anterior, de Bergler, aportan conceptos poco o nada útiles para fines de investigación.

Dos años más tarde, Kusyszyn (1972) propone su primera tipología según la cual hay que diferenciar entre cinco tipos de jugadores:

- *El jugador social:* Juega fundamentalmente los fines de semana y lo hace como una actividad social. Estima que desarrollan esta actividad entre un 80% y un 90% de jugadores.
- *El jugador tramposo:* Es generalmente un jugador de cartas que emplea trucos de experto para ganar engañando.
- *El jugador adicto afortunado:* Se refiere a la persona ambiciosa que genera un negocio tras otro y que combate el aburrimiento con el trabajo.
- *El jugador profesional:* Se caracteriza en parte por tener una gran memoria, alta capacidad para concentrarse; son serios, discretos, disciplinados y con una alta confianza en sí mismos.
- *El jugador compulsivo:* Este jugador carece de autocontrol y pierde todo su dinero mientras se imagina que pronto va a ganar mucho y podrá hacer realidad sus sueños.

Este mismo autor, Kusyszyn (1978), propone otra clasificación que no ha sido bien aceptada (Ochoa y Labrador, 1994), según la cual deben considerarse cuatro factores para clasificar a un jugador: si **gana o pierde** dinero, si dedica **mucho o poco** tiempo al juego, si su conducta de juego afecta o **no** a otras personas y si se siente **bien** o **mal** con su conducta de juego. La combinación de estos cuatro factores proporciona un total de dieciséis tipos de jugadores (Tabla 2.1).

GANADORES				
		(A)	(B)	(C)
1. Profesional	Gana	Mucho	No	Bien
2. Profesional infeliz	Gana	Mucho	No	Mal
3. Profesional molesto	Gana	Mucho	Sí	Bien
4. Profesional molesto e infeliz	Gana	Mucho	Sí	Mal
5. De lotería, ganador feliz	Gana	Poco	No	Bien
6. De lotería, ganador e infeliz	Gana	Poco	No	Mal
7. De lotería, ganador y molesto	Gana	Poco	Sí	Bien
8. De lotería, ganador, molesto e infeliz	Gana	Poco	Sí	Mal
PERDEDORES				
9. Aficionado a los deportes, feliz	Pierde	Mucho	No	Bien
10. Aficionado a los deportes, infeliz	Pierde	Mucho	No	Mal
11. Habitual feliz	Pierde	Mucho	Sí	Bien
12. Compulsivo clásico	Pierde	Mucho	Sí	Mal
13. Episódico feliz	Pierde	Poco	No	Bien
14. Episódico infeliz	Pierde	Poco	No	Mal
15. Episódico molesto	Pierde	Poco	Sí	Bien
16. ¿Compulsivo agudo?	Pierde	Poco	Sí	Mal
(A)Tiempo dedicado al juego, (B)Existencia o no de personas afectadas negativamente por el juego, (C)Cómo se siente con su conducta de juego.				

**Tabla 2.1.** Tipos de jugadores propuestos por Kusyszyn (1978).

Custer y Milt (1985) clasificaron a los jugadores en dos grandes tipos:

- *El jugador de alivio y escape:* El juego le proporciona un escape a sus crisis y dificultades y alivia su depresión, ansiedad, ira, aburrimiento o soledad. Se subdivide a su vez en dos tipos:
  - *El explosivo:* Juega de manera intensa pero sólo en ciertas ocasiones.
  - *El tranquilo:* Juega más por los efectos tranquilizantes que por los eufóricos.
- *El jugador social frecuente:* Empieza jugando por entretenimiento pero poco a poco comienza a jugar con mayor frecuencia, concentración e intensidad, dejando de atender aspectos de su vida familiar y laboral.

En el mismo año, Abt y colaboradores (1985) proponen una clasificación en la que por vez primera aparecen los no jugadores, clasificados éstos y los jugadores así:

- *No jugadores:*
  - *Antijugadores:* Consideran al juego pecaminoso e inmoral y afirman que deteriora los valores morales, sociales y religiosos.
  - *No jugadores:* Son personas a las que el juego puede parecerles aburrido y jugar una pérdida de tiempo o bien perciben alto el riesgo y la recompensa poco probable.
  - *Pseudojugadores:* Personas con cierta inclinación a jugar pero que no lo hacen porque no tienen o la oportunidad o el dinero necesario.
  
- *Jugadores:*
  - *Ocasionales:* Arriesgan poco dinero y juegan en contadas ocasiones. Su interés por el juego es momentáneo.
  - *Por entretenimiento:* Su interés por el juego es relativo y el gasto que dedican a esta actividad es moderado.
  - *Serios:* Participan en los juegos que conocen bien y tienen un gran interés en jugar buscando ganancias monetarias.
  - *Profesionales:* Dominan el juego en el que participan y hacen del juego una forma de vivir parcial o totalmente.

Dentro ya del grupo de jugadores con problemas, McCormick y Taber (1987) sugieren la existencia de tres tipos:

- Un jugador con valores elevados en rasgos obsesivo-compulsivos, con depresión severa, que ha tenido traumas vitales importante e identificables, que tiene una buena socialización y que suele abusar del alcohol u otras drogas.
  
- Un jugador con baja socialización, depresión reactiva moderada, ansiedad, abuso moderado y esporádico del alcohol, pocos traumas vitales y compulsividad alta.

- Un jugador con muy baja socialización, hostilidad, bajo afecto negativo, alta compulsividad, traumas vitales moderados y sin abuso de sustancias adictivas.

Esta clasificación, basada en cinco dimensiones evaluables: el factor obsesivo-compulsivo, el factor estado de ánimo, los estresores vitales, el factor socialización y el factor de adicción múltiple, fue establecida así por sus autores para poder desarrollar tratamientos individualizados.

McCormick (1988) divide a los jugadores patológicos en dos subtipos que encajan dentro de su modelo explicativo sobre el tema en cuestión. Los dos subtipos se diferencian en cuanto a la presencia de depresión o de aburrimiento pero ambos se caracterizan por estados crónicos de hipoarousal:

- *Subtipo A:* En los jugadores deprimidos, una posible interacción entre deficiencias bioquímicas y estilos cognitivos depresogénicos puede llegar a generar un estado de necesidad sólo satisfecho mediante la excitación generada por el juego.
- *Subtipo B:* En los jugadores que están hipoestimulados crónicamente y experimentan excesivos niveles de aburrimiento, tienen baja tolerancia a la frustración y necesitan estimulación variada y constante re-activación. El arousal producido por el juego, como en el subtipo A, actúa reduciendo el aburrimiento y reforzando, por tanto, la continuación del juego.

Blaszczynski et al. (1986) agruparon a los jugadores teniendo en cuenta el tipo de juego elegido. Así, los adictos a las carreras de caballos, por el hecho de elegir este tipo de juego obtenían como resultado la elevación del estado de ánimo positivo o la reducción de los síntomas depresivos, mientras que los jugadores a máquinas tragaperras elegirían jugar bajo condiciones de estrés con el objetivo de conseguir un cierto escape emocional al desviar la atención de su situación estresante y ansiógena.

Sin embargo, en su estudio, Blaszczynski y Mc Conaghy (1989) no encontraron diferencias entre ambos tipos de jugadores en los niveles de ansiedad ni de depresión y Blaszczynski et al. (1990) tampoco las encontraron ni en depresión, tendencia al aburrimiento ni búsqueda de sensaciones.

Jugadores Anónimos, citados en González (1989) proponen la existencia de tres tipos de jugadores:

- *El jugador serio*: El que juega regularmente, dedicando gran parte de su dinero y de su tiempo al juego. Dedicar poco tiempo a otras actividades pero el juego no interfiere en las áreas fundamentales de su vida.
- *El jugador dependiente*: El que necesita jugar para aliviar la ansiedad y la tensión y para escapar de problemas que le resultan insoportables. No llega a perder el control pero a veces desatiende compromisos familiares y personales.
- *El jugador compulsivo*: El que ha perdido el control de su conducta de juego y es incapaz de dejar de jugar.

La propia González (1989) hace, partiendo de la experiencia clínica, una clasificación sencilla y muy manejable: Distingue entre tres tipos de jugadores:

- *El jugador social*: Juega ocasionalmente, por placer o entretenimiento, o en el marco de su interacción social. La interrupción del juego está bajo control independientemente de los resultados de jugar, como consecuencia de tres factores (Custer, 1984):
  - El resultado de las apuestas no influye en su autoestima personal.
  - Las ganancias y las pérdidas que obtiene suelen ser modestas.
  - Existen en su vida otras dimensiones más reforzantes que el juego.
- *El jugador profesional*: Para este tipo de jugador, el juego es su forma de vida. Se deja llevar sólo por lo racional, por lo que calcula previamente la

cantidad que va a apostar y sólo jugará a aquellos juegos que le ofrezcan cierta posibilidad de control.

- *El jugador patológico*: Este jugador ha perdido el control y es incapaz de dejar de jugar. Juega por necesidad para reducir la ansiedad. Le caracteriza un optimismo irracional, un pensamiento supersticioso y se autocompadece después de haber jugado y perdido. Se deterioran otras áreas de su vida.

La introducción del “jugador problema” en la clasificación de los jugadores (Becoña, 1993) supone sobre todo un nexo, un paso intermedio necesario y manejable, entre el jugador social y el jugador patológico. Este autor propone seis tipos de jugadores:

- *Ocasional*: Juega esporádicamente y pequeñas cantidades de dinero.
- *Social*: Juega por ocio o placer. Ejerce control sobre su conducta y gasta considerables cantidades de dinero y de tiempo en el juego.
- *Social excesivo*: Está muy implicado en el juego pero no tiene las características del jugador patológico o del jugador problema.
- *Profesional*: Vive del juego. Sólo participa en juegos donde se precisa, para ganar, habilidad o trampa.
- *Problema*: Tiene una conducta de juego muy frecuente. Gasta mucho dinero en jugar. Tiene, sobre su conducta de juego, menos control que el jugador social.
- *Patológico*: Fracasa cuando intenta controlar su conducta de juego. Esta conducta desemboca en problemas personales, familiares o vocacionales.

Ochoa y Labrador (1994), que clasifican a los jugadores en función de su forma de comportamiento, nos ofrecen cuatro tipos de jugadores entre los que vuelve a

aparecer el jugador problema, advirtiéndole cómo su conducta puede desembocar en otra de peores consecuencias. Su propuesta es:

- *Jugador social*: El que juega ocasional o regularmente por entretenimiento, por satisfacción o en el marco de una interacción social, por ocio o placer. Su característica principal es que, independientemente del tiempo que le dedique o de la frecuencia con que lo haga, mantiene bajo su control la interrupción del juego.

Como indican los autores, son los denominados en otras ocasiones con términos como jugador habitual o jugador controlado (Rosenthal, 1989).

- *Jugador problema*: Se caracteriza por llevar a cabo una conducta de juego frecuente o diario con un gasto que en alguna ocasión le crea problemas, tiene menos control sobre sus impulsos que el jugador social y como juega más tiempo, gasta más. Suele atender regularmente a su familia y trabajo pero corre alto riesgo de convertirse en un jugador patológico.
- *Jugador patológico*: Se caracteriza por una dependencia emocional del juego, una pérdida de control con respecto a éste y una interferencia con el funcionamiento normal de la vida cotidiana. Destacan en él dos tipos de pensamientos distorsionados o irracionales muy frecuentes: el optimismo irracional y el pensamiento supersticioso.
- *Jugador profesional*: Es aquel que vive del juego. Participa en juegos donde es importante la habilidad o hacer trampa para ganar. Apuesta racionalmente.

Blanco et al. (1995) insisten en la tipología ya referida de otros autores:

- *Jugador social*: Son los jugadores que pueden dejar de jugar cuando se lo propongan. Según los autores, esto ocurre debido a tres factores:

- Factores de tipo psicológico-narcisista: La valoración personal no está ligada al hecho de ganar o perder.
  - Factores de tipo social: Otras facetas de su vida tienen más interés y les resultan más reforzantes.
  - Factores en relación con el propio hecho del juego: No han obtenido nunca grandes ganancias.
- *Jugador profesional*: Se implican mínimamente o nada emocionalmente cuando juegan. Viven, exclusivamente, de los beneficios que les proporciona jugar.
- *Jugador patológico*: Lo subdivide en tres subtipos:
- Jugador dependiente: No pierde totalmente el control pero sí se aprecia una dependencia del juego. El descuido de obligaciones les acarrea problemas.
  - Jugador compulsivo: Tiene una total falta de control y no puede resistir el impulso de jugar en ningún momento.
  - Jugador secundario a una enfermedad psíquica: El juego es un síntoma en personas con trastorno de personalidad, esquizofrénicos o maníacos fundamentalmente.

Autores como Brown (1996) comenzaron a proponer tipificaciones que, en lugar de clasificar a los jugadores en función de la intensidad de su conducta problema, se centrasen más en factores como los distintos caminos que pueden conducir a una persona al juego patológico o el objetivo que pretenden conseguir cuando juegan.

Shaffer (2003), describe la conducta de juego en cinco niveles, en función de sus consecuencias adversas: Nivel 0: Personas que no juegan. Nivel 1: Juego recreativo sin consecuencias adversas. Nivel 2: Conducta de juego asociada con alguna consecuencia negativa. Nivel 3: Juego con consecuencias adversas suficientemente serias como para cumplir criterios diagnósticos y Nivel 4: Jugadores que buscan tratamiento.

El modelo conceptual de Blaszczynski integra factores biológicos, de personalidad, cognitivos y de aprendizaje así como factores ambientales, en un marco

teórico que tenga en cuenta las características fenomenológicas, la comorbilidad, el abuso de sustancias y la depresión comúnmente observadas en la población de jugadores patológicos. Basándose en este marco teórico, Blaszczynski (2000) hace la siguiente clasificación:

- *Subgrupo 1:* Jugador patológico normal. No psicopatología premórbida, abuso de sustancias o conductas impulsivas. El juego patológico no es debido a un problema intrapsíquico. Los síntomas son una consecuencia, no la causa del juego.
- *Subgrupo 2:* Jugador patológico con problemas emocionales previos. Juego como respuestas a estados afectivos y necesidades psicológicas. Personalidad neurótica e historia de acontecimientos vitales adversos. Niveles altos de psicopatología premórbida: depresión, ansiedad, abuso de sustancias y déficit de habilidades para manejar el estrés. Dificultad para demostrar emociones. Personalidades evitativas y pasivo-agresivas.
- *Subgrupo 3:* Juego patológico con impulsividad previa: TDA en la infancia. Buscadores de sensaciones, baja tolerancia al aburrimiento. Abuso de alcohol y otras drogas. Intento de suicidio, irritabilidad, conductas delictivas, relaciones interpersonales pobres. Historia familiar de conductas antisociales y alcoholismo. Inicio precoz de conducta de juego. Poca motivación para el tratamiento.

Prieto (2003) propone una clasificación con la intención de que sirva para orientar la investigación y los estudios preventivo y terapéutico. Como consecuencia de los datos obtenidos en el estudio que presenta, plantea tres tipos de jugadores, según la motivación o el reforzador que les lleva a jugar de forma excesiva. Por lo tanto no son excluyentes, pudiendo encontrarse dos de ellos, o incluso los tres, en un mismo jugador junto con otros procesos de aprendizaje:

- *Jugador buscador de activación:* El juego se mantiene por un proceso de reforzamiento positivo continuo: conseguir excitación o activación, que es experimentada como placentera. En este tipo de jugador aparecería el fenómeno de la tolerancia (necesidad de incrementar el riesgo o la

cantidad de las apuestas para conseguir el mismo nivel de activación). Según la autora, el tratamiento en este caso debería incluir técnicas de exposición con prevención de respuesta y técnicas de autocontrol emocional (por ejemplo, relajación). La prevención de este tipo de jugadores iría encaminada a desarrollar formas alternativas de estimulación o refuerzo (adaptativas) y la planificación cuidadosa del tiempo libre y de las actividades de ocio.

- *Jugador alivio o escape*: Este jugador mantiene su conducta de juego por un proceso de reforzamiento negativo. El juego es una respuesta de escape ante una situación aversiva. En estos casos, los jugadores suelen informar de sucesos vitales estresantes, traumáticos, signos de depresión en el inicio del juego, etc. La prevención y el tratamiento irían dirigidos al entrenamiento en estrategias adecuadas de solución de problemas y manejo de conflictos, junto a las estrategias comunes a los otros tipos de jugador.
- *Jugador busca de dinero*: El juego se mantiene por un proceso de reforzamiento positivo intermitente de razón variable. La presencia de ideas irracionales y distorsiones cognitivas sobre la probabilidad de ganar, la frecuencia de las pérdidas y las ganancias y la probabilidad de conseguir dinero para pagar deudas, tiene un papel fundamental tanto en el inicio como en el mantenimiento del problema. La prevención y tratamiento con este tipo de jugador se basaría en técnicas de reestructuración cognitiva.

Corral, Echeburúa e Irureta (2005), señalan que existen una serie de características que diferencian el juego patológico en las mujeres respecto a los hombres, especialmente en la motivación para jugar, el tipo de juego, el curso del trastorno, la intolerancia o rechazo social y familiar ante el juego de la mujer, su mayor nivel de psicopatología asociada, sus antecedentes familiares y el enfoque en el tratamiento, lo que puede estar sugiriendo una nueva tipología que haría referencia al hombre jugador versus mujer jugadora.

Se puede resumir diciendo, tras esta revisión, que existen muchos intentos de clasificación pero que todavía no existe una única tipología reconocida, con características diferenciadas, que permita distinguir claramente a unos jugadores de otros.

Las distintas clasificaciones sirven para poder comunicarnos, para tener una idea aproximada de a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos por ejemplo de jugador social o jugador patológico. Esta comunicación seguramente es útil pero no es precisa puesto que el mismo concepto lo usa cada autor para referirse a un tipo de jugador al que no atribuyen iguales características.

Las clasificaciones que incluyen al jugador problema entre el jugador social y el patológico, sin duda aportan algo muy significativo; si se estableciesen los instrumentos de diagnóstico precisos y se pudiese divulgar la importancia de buscar ayuda en esa etapa, podrían establecerse programas de prevención o de tratamientos cortos y seguramente más eficaces que aquellos que se aplican cuando se traspasa el umbral del juego patológico.

De acuerdo con Lesieur (1984, citado en Ochoa y Labrador, 1994) en que se puede caracterizar una espiral de deterioro típica en el comportamiento de los jugadores que acaban convirtiéndose en patológicos, y aceptando como útil la clasificación que de menos a más, juego y deterioro, se nos ofrece: *social*, *problema* y *patológico*, sería interesante estudiar los espacios comunes en ese continuo entre dos tipos distintos para saber qué procesos mentales, qué experiencias o qué estímulos externos hacen que un sujeto se detenga o continúe la línea del deterioro progresivo.

Pero, seguramente, se facilitaría un diagnóstico y una comprensión mejor de cada realidad personal si, en lugar de etiquetar con meras tipologías o clasificaciones, se intentase un acercamiento más dimensional, indicando qué conductas se cumplen y cuales pueden ser los determinantes de las mismas. Así no habría tipo o categorías sino dimensiones a lo largo de las cuales cada jugador puede ser identificado con más precisión.

### **3 DESCRIPCIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO: ASPECTOS COGNITIVOS, CONDUCTUALES Y FISIOLÓGICOS**

El juego, como conducta potencialmente adictiva, comienza siendo controlado por reforzadores positivos pero termina siéndolo por reforzadores negativos -el alivio del malestar emocional, especialmente-. En estos casos, el sujeto actúa con ansia, de forma compulsiva y pierde interés por otro tipo de actividades gratificantes anteriores (Echeburúa y Fernández - Montalvo, 2006).

Si un jugador patológico tiene una relación distinta con el juego a la que establece un jugador ocasional o la que desarrollan los que algunos autores coinciden en denominar un jugador social, se hace necesario el conocimiento de las conductas que lleva cabo ese jugador patológico si pretendemos conocer su manera de actuar. Conociendo lo que hace podremos estudiar por qué lo hace y estaremos en el camino correcto para diseñar un tratamiento efectivo. Se van a considerar tres aspectos de la conducta del jugador patológico: los cognitivos, los motores y los aspectos fisiológicos.

#### **3.1 ASPECTOS COGNITIVOS**

Parece lógico que una persona juegue si considera que puede predecir o controlar los resultados del juego aunque la realidad sea que los juegos de azar, por definición, no son controlables ni predecibles.

El desarrollo de sesgos cognitivos es relativamente frecuente en el comportamiento humano especialmente cuando ha de enfrentarse a tareas comprometidas cuyos resultados son difícilmente predecibles, como son las basadas en probabilidades complejas, algo que ocurre en los juegos de azar. Enfrentada a este tipo de tareas, la persona, desbordada por la complejidad, trata de simplificar toda esa información inmanejable atendiendo sólo a una parte de ésta, “sesgando” o “distorsionando” la realidad.

En los juego de azar es frecuente constatar la existencia de estos “sesgos” y “distorsiones” cognitivas que llevan a algunas personas a extraer conclusiones irracionales de una actividad que ni es controlable ni predecible, puesto que está determinada por el azar. Por definición se considera que por juego de azar ha de entenderse el que no da la oportunidad al jugador de utilizar su habilidad o de influir en el resultado de ninguna manera. Por ejemplo, el caso de las máquinas tragaperras que, aunque se da al jugador la oportunidad de interactuar con ellas, es la probabilidad preestablecida en la máquina, y no la habilidad, la que determina los resultados del juego.

Entre los principales errores o **sesgos cognitivos** en los juegos de azar se han señalado los siguientes:

- **Ilusión de control:** Creencia de que el resultado del juego dependen más de la actuación propia que del azar, es decir, que el azar no controla completamente los resultados sino que existen ciertas estrategias que, si el jugador las pone en práctica, permiten ganar. El jugador piensa que tiene o puede llegar a tener un sistema, una forma de actuar, para controlar el resultado del juego, menospreciando el valor del azar. Algunas características de los juegos, como la presión para tomar decisiones (apretar o no botones en las máquinas tragaperras), ayudan a generar este sesgo cognitivo. De hecho muchos de los juegos (ruleta, blackjack, tragaperras...) están diseñados de forma tal que los jugadores deban tomar constantemente decisiones, desarrollándose así la sensación de estar influyendo en el resultado.
- **Predicción de resultados:** El jugador piensa que puede predecir el resultado de alguna forma. Bien por que tiene una intuición o una sensación especial, porque ha sucedido algo o por que ha estado estudiando el desarrollo del juego tratando de establecer regularidades (análisis de jugadas anteriores o de la frecuencia de los premios, etc.) . Es posible que el jugador tenga claro que es el azar el que controla el juego y él no puede hacer nada por controlarlo, pero... por lo menos puede predecirlo.

- **Azar como proceso autocorrectivo:** Se piensa que el azar es un proceso autocorrectivo en el que una desviación en cierta dirección induce a una desviación en la dirección opuesta. En el juego se considera que la probabilidad de un evento futuro aumenta tanto más cuanto mayor haya sido la aparición del evento contrario en las jugadas anteriores. Es decir, si al lanzar una moneda ha salido cara, es más probable que la vez siguiente salga cruz. Como si el resultado de la primera tirada influyera en la segunda, en lugar de ser eventos independientes. La misma distorsión provoca pensar que tras un gran número de jugadas sin premio es más probable que aparezca éste en la siguiente, o que el premio será mayor cuanto más tiempo lleve sin salir.
- **Suerte como responsable de los resultados:** El concepto de “suerte” hace referencia a un aspecto no definido ni preciso, pero que se considera como un factor que determina los resultados del juego. El jugador considera que tiene algo especial, “la suerte”, bien de forma permanente o episódica, gracias a la cual se ven muy incrementadas sus posibilidades de ganar, con independencia de las acciones que lleve a cabo durante el juego. Es posible que el jugador considere que no puede ni controlar ni predecir los resultados del juego, pero tiene esa cosa especial, “la suerte”, que le hará ganar en el juego.
- **Sesgo de las explicaciones post hoc:** Una vez que se ha realizado la jugada, el jugador no se sorprende del resultado, aunque vaya en contra de sus predicciones o de las estrategias utilizadas para intentar controlar el juego. Incluso llega a interpretar lo ocurrido de forma tal que cree que realmente predijo el resultado. Este sesgo se convierte en un obstáculo para el aprendizaje, ya que cuando se cree que los resultados adversos se predijeron también se cree que pueden ser predichos en el futuro, de manera que la presencia o no de presentimientos u otras claves irrelevantes determinará el carácter futuro de los resultados.
- **Atribución flexible:** Tendencia a atribuir los éxitos a las habilidades propias (factores personales) y los fracasos a influencias de otro tipo

(factores externos). El jugador considera que tiene las habilidades necesarias para ganar en el juego, pero a veces se interponen algunos eventos accidentales que impiden obtener éxito, no obstante, él sigue disponiendo de estas habilidades, por lo que acabará ganado.

- **Perder por poco:** El jugador considera que ha estado “cerca” de ganar por la supuesta proximidad del resultado a su opción. Es decir, si en lugar del tener el número premiado (33456) tiene un número próximo (33466) considera no que ha perdido, sino que “casi” ha ganado. Como si fuera diferente perder por poco o por mucho. Perder por poco o casi ganar puede extenderse hasta casi cualquier resultado (mi número comenzaba o acababa, por la misma cifra, tiene las mismas cifras pero en distinto orden, tiene tres cifras iguales...). Este fenómeno alienta al jugador a pensar que lo que está haciendo funciona y que cada vez está más cerca del premio. Como se ha perdido por poco parece que hay más probabilidades de que salga el premio, que “se está acercando” a ganar.
- **Correlación ilusoria y Supersticiones:** Se considera que están relacionadas entre sí, o que covarían, algunas variables o eventos que no tienen realmente ninguna relación. El pensar que ciertas conductas pueden tener efecto sobre los resultados puede llevar al desarrollo de comportamientos extravagantes (alejarse o dar la espalda a la máquina, decirle palabras cariñosas u obscenas, ir a jugar vestido siempre con una prenda determinada, acudir al mismo local, jugar siempre a la misma hora...). Suelen desarrollarse debido a asociaciones accidentales entre un determinado evento y un premio, de tal forma que el jugador llega a creer que dicho evento aumenta la probabilidad de ganar.
- **Fijación en las frecuencias absolutas:** El jugador hace alusiones a lo que lleva ganado sin tener en cuenta también lo que ha perdido, o el total de lo invertido. Se mide el éxito en el juego considerando sólo cuánto se gana sin tener en cuenta lo invertido, se tiene en cuenta la frecuencia absoluta (número de veces que se ha ganado), más que la frecuencia relativa (porcentaje de las jugadas en que se ha veces ganado).

- **Heurístico de la disponibilidad:** La facilidad con la que un evento puede ser rescatado de la memoria afecta a la probabilidad considerada a la hora de establecer los juicios. Es esperable que a través de la publicidad que se hace de los ganadores de lotería, o del estruendo llamativo de una máquina recreativa cuando da premios, se recuerden mejor estos episodios de ganancias que los de pérdidas y por ello se juzguen como más probables.
- **Personificación de la máquina:** Consiste en la atribución de cualidades humanas a la máquina, como por ejemplo intenciones o sentimientos. El jugador atribuye a la máquina voluntad propia o capacidad de tomar decisiones para darle premios o quitárselos, para engañarle. La máquina es la responsable de que consiga o no los premios, pese a su esfuerzo, etc. Por eso el jugador habla con la máquina, haciéndole comentarios, reproches o peticiones, etc. (“*Me estás engañando*”, “*Hoy me parece que le gusto a la máquina*” “*Tú, imbécil (a la máquina) ¿quieres darme ya un premio?*”).

Para confirmar e identificar la presencia de distorsiones cognitivas en los jugadores patológicos se han desarrollado un número considerable de investigaciones (Goboury y Ladouceur, 1989; Walker, 1992; Griffiths, 1994; Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996; Fernández-Alba, 2002, 2004; Labrador y Mañoso, 2005).

Con el objetivo anterior se han utilizado dos tipos de procedimientos: a) *Observación de las verbalizaciones* de los jugadores durante el juego (“método de pensar en voz alta”) y b) *Autoinformes retrospectivos*.

- **La observación de las verbalizaciones**, o “método de pensar en voz alta”, es un procedimiento desarrollado por el grupo del Pr. R. Ladouceur de la Universidad de Laval (Québec). De acuerdo con este procedimiento, primero se lleva a cabo un entrenamiento en el que se enseña al sujeto a expresar en voz alta sus pensamientos. Después se procede a grabar los pensamientos, verbalizados en voz alta, del jugador mientras está jugando. Posteriormente estas grabaciones son analizadas

por jueces expertos que asignan cada verbalización a una de las categorías establecidas de antemano, pudiendo identificarse así el tipo de verbalizaciones del sujeto mientras juega. Los trabajos realizados con este método (Bujold, Ladouceur, Sylvain y Boisvert, 1994; Gaboury y Ladouceur, 1989; Griffiths, 1994; Ladouceur, Boisvert y Dumont, 1994a; Walker, 1992), señalan invariablemente la presencia de estos sesgos de forma importante en los jugadores. Es cierto que algunos de estos trabajos presentan limitaciones como el que el estudio se ha llevado a cabo con personas que no cumplen claramente criterios clínicos para ser clasificados como jugadores patológicos, o que las muestras han sido muy pequeñas o las clasificaciones de las verbalizaciones muy reducidas.

- **Los autoinformes retrospectivos** habitualmente han consistido en cuestionarios que los jugadores debían de completar, cosa que obviamente no pueden hacer mientras están jugando. Se han utilizado diferentes tipos de cuestionarios (Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996; Toneatto, Blitz-Miller, Calderwood y Tsanos, 1997), constatándose nuevamente una presencia muy significativa de distorsiones cognitivas entre los jugadores. No obstante hay que señalar también limitaciones en este tipo de estudios como el hecho de que los cuestionarios utilizados son diferentes, que no suelen estar validados, y sobretodo que responder en situaciones ajenas al juego puede hacer que el jugador considere de manera más fría u objetiva la realidad y no queden tan patentes sus distorsiones como cuando está implicado en el juego.

Un ejemplo de este tipo de trabajos, en el que se consideran ambos tipos de procedimientos, -autoverbalizaciones durante el juego e informes retrospectivos- es el desarrollado por el equipo del Pr. Labrador en la U. Complutense, con una muestra de 88 jugadores que cumplían los criterios DSM-IV para ser clasificados como jugadores patológicos (Ver Fernández-Alba, Labrador, Rubio, Ruiz, Fernández y García, 2000; Labrador y Fernández-Alba, 2002).

Para evaluar las verbalizaciones durante el juego se llevaron a cabo tres sesiones de juego en una máquina tragaperras con cada jugador, dos el mismo día y una más al día siguiente, utilizando el procedimiento ya descrito desarrollado por Ladouceur.

Los resultados mostraron, por una parte, que el 97% de las estrategias a las que hacen alusión los jugadores para controlar el juego son irracionales, lo que confirma la existencia de un número elevado de distorsiones cognitivas y, por otro, la estabilidad de estas verbalizaciones, ya que la tasa de irracionalidad en frases sobre estrategias, en ninguna de las tres sesiones bajó el 97%.

Por otra parte, cuando se ha investigado en personas que o no juegan o no han perdido el control sobre la conducta de juego, los resultados ponen de relieve que también es habitual la presencia de estos sesgos cognitivos con respecto al juego, utilizando los dos tipos de procedimientos. Con el método *de observación de verbalizaciones (pensar en voz alta)*: Gaboury y Ladouceur (1989) constatan que, en personas que no eran jugadores habituales, el 70% de las verbalizaciones referidas a estrategias para jugar, emitidas durante el juego, eran irracionales. Griffiths (1994), con un procedimiento de categorización diferente, señala un 2.5% de irracionalidad entre todas las verbalizaciones de jugadores ocasionales durante el juego, frente al 14% de los jugadores regulares. Con el método de *Autoinformes*: Fernández-Montalvo y cols. (1996) observan que un importante porcentaje de personas sin problemas de juego contestan afirmativamente a ítems referidos a la influencia de la habilidad en el juego, la suerte o la posibilidad de predecir los resultados del mismo. En el estudio de Toneatto et al. (1997) sólo el 7.9% de la muestra compuesta por jugadores regulares, problema y patológicos, no informa de pensamiento irracional alguno.

Para intentar dar respuesta a la pregunta de si ambos grupos, jugadores y no jugadores, presentan distorsiones cognitivas en relación al juego por qué unos pierden el control y otros no, se han desarrollado algunos estudios que encontraron una mayor frecuencia de distorsiones cognitivas referidas al azar cuanto mayor es el grado de implicación en el juego (Coulambe, Ladouceur, Desharnais y Jobin, 1992; Fernández-Montalvo et al., 1996; Gaboury, Ladouceur, Beauvais, Marchand y Martineau, 1988; Griffiths, 1994; Toneatto et al., 1997).

Si las diferencias en distorsiones cognitivas entre jugadores y no jugadores patológicos fuesen de índole cualitativo podría explicarse que personas con distorsiones cognitivas, incluso en porcentajes elevados, no pierdan el control sobre el juego debido a la ausencia o menor presencia de algún tipo concreto de distorsión cognitiva especialmente relevante. En este sentido, Griffiths (1994), trató de analizar los diferentes tipos de distorsiones utilizando el procedimiento de “pensar en voz alta” aunque sólo se analizaron fundamentalmente tres tipos de distorsiones. También Montalvo et al. (1996) intentaron identificar estas diferencias utilizando un informe retrospectivo.

Un trabajo dirigido a identificar si el tipo de distorsiones o sesgos cognitivos que presentan los jugadores y no jugadores durante el juego son diferentes (Mañoso, Labrador y Fernández-Alba, 2004) puso de manifiesto diferencias significativas en el tipo de distorsiones cognitivas presentadas por ambos grupos, siendo las distorsiones referidas a la realización de predicciones y la denominada “personificación de la máquina” las que parecen perfilarse como las más importantes para diferenciar a jugadores y no jugadores. Destaca en este estudio el hecho de que la ilusión de control, considerada hasta el momento como la distorsión cognitiva más importante para el mantenimiento del juego patológico aparece con valores significativamente más elevados en las personas sin problemas de juego (22,07% frente a 10,69% en los jugadores).

Resultados parecidos han sido obtenidos por Kochler, Gibas y Hogarth (1994), Budescu y Bruderman (1995) o Fernández-Montalvo y col. (1996).

En resumen, el conjunto de los distintos estudios ponen en evidencia que la presencia de distorsiones cognitivas es un factor central en el desarrollo y en el mantenimiento del juego patológico; que todas las personas tienen sesgos respecto del juego, y que los jugadores tienen “algunos” sesgos especiales que los distinguen de los no jugadores.

Estos resultados deberían tener implicación de cara a la evaluación y al tratamiento de las personas con problemas de juego incidiendo especialmente en los

sesgos cognitivos que aparecen como diferenciados y específicos del jugador patológico.

## 3.2 ASPECTOS MOTORES

La dimensión motora de la conducta del jugador también ha sido objeto de diferentes estudios.

Letarte, Ladouceur y Mayrand (1986) se cuestionan, entre otras, la hipótesis de si las frecuentes ganancias, en contra de las frecuentes pérdidas, elevan el nivel de la conducta de riesgo. A este respecto encontraron que la cantidad de dinero apostada se incrementaba en función del número de partidas; que, a medida que el juego avanzaba, el tipo de apuestas era más arriesgado y, por último, que los sujetos que tenían más ganancias corrían más riesgos que aquellos que tenían menos. Podría deducirse de estos resultados que la ilusión de control está detrás de los comportamientos observables de algunos jugadores patológicos y cómo las conductas motoras pueden responder a pensamientos inadecuados.

El trabajo de Ladouceur y Mayrand (1986) se refiere al riesgo monetario, concluyendo que los no jugadores adquieren muy pronto el nivel de riesgo asumido por los jugadores y mantienen ese nivel de hasta la conclusión del juego. Según esto, la exposición directa al juego influiría decisivamente en la conducta de riesgo de los jugadores principiantes.

Ladouceur (1993), observó las siguientes conductas motoras:

- El jugador cada vez apuesta más cantidad de dinero. En cada jugada apuesta más que en la anterior.
- El nivel de apuesta al inicio de una sesión es mayor que el nivel de apuesta con el que comenzó la sesión anterior. Cada sesión comienza con un nivel de apuesta comprendido entre el nivel previo de la sesión anterior y el nivel de apuesta final de dicha sesión.

- A lo largo de una sesión va aumentando el riesgo que asume en las apuestas; bien aumentando el dinero apostado, bien cambiando las apuestas por otras de mayor riesgo.

Fernández-Alba (1999) trabajó con una muestra de 88 participantes, todos los cuales cumplían los criterios DSM-IV para el juego patológico, y tras una investigación diseñada con escurpulosidad y llevada a cabo minuciosamente, observó respecto a las conductas motoras en jugadores de máquinas tragaperras lo siguiente:

- El 87,5% de la muestra no insertaba las monedas de una en una; lo hacía introduciendo varias monedas seguidas, bien en número fijo o variable.
- El 75% de los jugadores daba golpes secos o secos y fuertes a todos los botones luminosos.
- El 84,9%, o tiene monedas en la mano mientras juega o las coge mientras se desarrolla la jugada para insertarlas posteriormente.
- Cuando la máquina ofrece “avances”, el 47,1% de la muestra se acerca más a la máquina con la intención de mirar los rodillos, mientras que un 24,1% solamente realiza esta conducta en algunas ocasiones. Esta conducta se observó más presente en los hombres que en las mujeres.
- El 50% emite alguna conducta adicional mientras juega.
- El 68,2% invierte de nuevo en la máquina parte o la totalidad de los premios obtenidos a lo largo de las partidas.
- Cuando al final de la sesión de juego se les ofrece el dinero que aún conservan, alrededor de un 70% se niega a aceptarlo.

Es posible que algunas de las conductas alteradas observadas en la investigación anterior, y que se puede suponer no sean habituales cuando el jugador patológico está desarrollando otras ocupaciones, tengan alguna relación con otras alteraciones de la dimensión fisiológica del comportamiento.

### 3.3 ASPECTOS FISIOLÓGICOS

Junto con las distorsiones cognitivas, los niveles de activación o excitación provocada por el juego han sido el segundo factor donde la atención se ha centrado especialmente para encontrar una respuesta a preguntas como por qué juega un jugador patológico o por qué sigue jugando a pesar de que su experiencia le tiene que haber enseñado que el hecho de jugar sólo le produce todo tipo de problemas. Es decir, ¿produce el propio juego un nivel de activación o excitación tal, que le “llama” a jugar?

Desde los comienzos se viene defendiendo la idea de que los juegos de azar producen excitación y que esa excitación puede ser una de las causas más importantes para el desarrollo y el mantenimiento del juego patológico. En 1976, una encuesta nacional encargada por el Gobierno Federal norteamericano, reveló que una de las principales razones esgrimidas por los jugadores para jugar era “por la excitación” o “para pasar un buen rato” (citado en Brown, 1993). Un estudio realizado por Anderson y Brown (1984) reveló que el 50% de los jugadores a los que se les preguntó por qué jugaban reconoció que lo hacían por la excitación que produce, el 33% por ser sociable, el 8,5 por pasar el rato y un 8,5% por ganar dinero.

También desde el principio, diversos estudios han constatado un incremento de la activación durante el juego, tanto tomando medidas objetivas, fundamentalmente la tasa cardíaca (Anderson y Brown, 1984; Leary y Dickerson, 1985; Dickerson y Adcock, 1987; Brown, 1988; Dickerson, Cunningham, Legg England y Hinch, 1991; Coventry y Constable, 1999), como utilizando medidas subjetivas (Wray y Dickerson, 1981; Leary y Dickerson, 1985; Dickerson y Adcock, 1987; Griffiths, 1990, 1991; Dickerson et al., 1991; Coventry y Brown, 1993; Griffiths, 1995).

Estas investigaciones y el incremento de la activación que distintos autores han asociado a los diversos tipos de juego, ha llevado a apoyar la hipótesis de que el nivel de activación producido por el juego podría ser un factor determinante del juego patológico.

Para evaluar la activación psicofisiológica se han utilizado fundamentalmente dos tipos de medidas. Por una parte, medidas objetivas como lo son las respuestas psicofisiológicas y por otra parte medidas subjetivas como la percepción de activación o

las sensaciones de la persona. Las medidas objetivas más utilizadas han sido la Tasa Cardíaca (TC) y la Respuesta Termoeléctrica (RDE). Las evaluaciones habituales se han centrado en comparar el nivel de activación del sujeto cuando está en reposo, antes de jugar, con el nivel de activación cuando está en medio del juego. En trabajos recientes se han analizado también cambios en los niveles de activación, asociados a algún evento del juego como la aparición de algún premio.

Las medidas subjetivas empleadas para medir el nivel de excitación-activación percibido por el jugador presentan menos homogeneidad. Se han utilizado, en algunos casos, cuestionarios para valorar los niveles de ansiedad, tanto en situaciones relacionadas con el juego como fuera de él; en otros casos autoinformes retrospectivos y, en otros, escalas analógico-visuales con distintos valores.

Quizás el instrumento más utilizado para obtener una medida subjetiva hayan sido las escalas tipo Likert, aunque el contenido de lo que se evaluaba en cada escala puede variar tanto en el objetivo de la medida como el número de las categorías o las cuantificaciones derivadas.

Esta evaluación se ha realizado al finalizar el episodio de juego o bien durante el desarrollo del mismo.

Estudios más recientes también han venido a apoyar la hipótesis de que la activación psicofisiológica podría estar en la base del desarrollo y del mantenimiento del juego patológico, como los trabajos de Blaszczynski y Nower (2002), aludiendo al papel de la activación en el mantenimiento del juego patológico, o el de Meyer et al. (2000); señalando incrementos de activación asociados a juegos de casino, el de Wulfert et al. (2005) a carreras de caballos, o los de Coventry y Constable (1999) y Moodie y Finnigan (2004) a máquinas recreativas.

Sin embargo, también hay investigaciones cuyos resultados ponen en duda la relación entre juego y activación psicofisiológica. Existen investigaciones que no muestran diferencias significativas en activación entre periodos de línea base y situación de juego; y/o entre jugadores patológicos entre el pre y el postratamiento; tras el éxito o el fracaso terapéutico; o entre jugadores patológicos y el grupo de control (Dickerson et al., 1991; Coulombe et al., 1992; Dickerson et al., 1992; Griffiths, 1993; Rubio et al.,

2002; ). Incluso investigaciones que sí encuentran datos a favor de la implicación de la activación en el mantenimiento del juego, obtienen a su vez datos en contra (Sharpe et al., 1995; Coventry y Constable, 1999 y Sharpe, 2004).

Otros resultados encuentran diferencias de activación durante el juego sólo en los participantes que obtenían ganancias pero no en los que obtenían pérdidas (Coventry y Costable, 1999), y algunos resultados apoyan la idea de que la activación psicofisiológica podría depender de la actuación cognitiva (Columbe et al., 1992; Sharpe y Terrier, 1993; Sharpe et al., 1995).

Recientemente, el equipo del profesor Labrador, de la Universidad Complutense de Madrid, ha desarrollado una serie de trabajos dirigidos a constatar si puede afirmarse que la activación es un factor determinante en el desarrollo y mantenimiento del juego patológico, y que pueden ser considerados como un reflejo del estado de la cuestión al respecto. En la Tabla 3.1 se presentan los objetivos específicos y los resultados de las investigaciones.

Los resultados de estos cinco trabajos no permiten apoyar la hipótesis de la importancia de los niveles de excitación-activación en el mantenimiento del problema del juego patológico. Un resumen de estas investigaciones puede encontrarse en Labrador y Rubio (2007).

En resumen, los resultados de los trabajos de investigación, aunque con ciertas discrepancias, parecen orientarse, más cada día, en una dirección que señalara el escaso valor de la activación psicofisiológica como factor explicativo del mantenimiento del juego patológico. Si es o no es relevante para el desarrollo inicial del problema del juego poco se puede decir hasta que no se realice un estudio transversal que indique si el problema del juego comienza de verdad por el nivel de activación que consiguen los jugadores en los primeros contactos con el juego.

De todas maneras, el camino no está agotado y quizás sea necesario depurar, mejorar y adecuar los procedimientos de evaluación si se quiere conseguir, al menos, que los resultados de las distintas investigaciones no sean tan opuestos como a veces parecen.

Autor	Objetivo	Resultado
Rubio, Fernández-Alba, Labrador, Salgado y Ruiz (2002)	Constatar si los jugadores patológicos presentan aumentos significativos en sus niveles de activación fisiológica cuando juegan a máquinas recreativas en comparación con los niveles de activación en el periodo de línea base.	Ni en las medidas fisiológicas ni en las subjetivas se pone de relieve la presencia de una activación o excitación importante en los jugadores cuando juegan.
Rubio, Fernández-Alba, Labrador, Salgado y Ruiz (2002)	Comparar el nivel de activación durante el juego en una muestra de jugadores patológicos con un grupo control de no jugadores.	Los niveles de activación fisiológica y los de activación subjetiva aparecen con independencia de que el sujeto presente o no conductas de juego patológico
Labrador, Rubio, Salgado y Ruiz	Constatar si tras el tratamiento se reduce la activación de los jugadores cuando juegan.	Las medidas fisiológicas no señalaron cambios como consecuencia del tratamiento. Los cambios en las medidas subjetivas fueron escasos.
Labrador, Rubio, Ruiz y Salgado	Ver si los jugadores patológicos presentaban tras el tratamiento valores de activación similares a los de una muestra de no jugadores y, en consecuencia, puede decirse que sus niveles de incremento de activación mientras juegan son “normales”.	No aparecen diferencias en los valores de incremento de activación psicofisiológica durante el juego en jugadores postratamiento y en no jugadores.
Labrador, Rubio, Ruiz y Salgado	Ver si existen diferencias en los incrementos en los niveles de activación de los jugadores que han obtenido éxito en el tratamiento en comparación con los que no lo han obtenido.	Ni en las medidas fisiológicas ni en las subjetivas, el éxito del tratamiento parece acompañarse de cambios diferentes en los niveles de activación que el fracaso terapéutico.

**Tabla 3.1.** Objetivos y resultados de las distintas investigaciones.

## **4 COMORBILIDAD DEL JUEGO PATOLÓGICO CON OTROS TRASTORNOS Y CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS**

El estudio de la comorbilidad del Juego Patológico se hace necesario para llegar a comprender en su totalidad este fenómeno. Por la accesibilidad al alcohol cuando se juega y por la proximidad a la línea fronteriza con la marginalidad, se antoja lógica cierta relación entre el juego y el consumo de sustancias tóxicas y, por los problemas que genera el juego excesivo, a nadie le extraña una relación estrecha entre esa conducta y determinados trastornos psicológicos o psiquiátricos (McIntyre et Al., 2007; Shaffer et al., 2007).

### **4.1 JUEGO Y OTROS TRASTORNOS**

Desde el comienzo de las investigaciones y a lo largo de los años se han encontrado unos niveles de ansiedad superiores en los jugadores patológicos frente a la población general o a jugadores ocasionales (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986; Blaszczynski y McConaghy, 1989b; Raviv, 1993; Baez et al., 1994; Ladouceur et al., 1997; Black y Moyer, 1998; Beadoin y Cox, 1999; Vitaro et al., 1999 y Bazargan et al., 2001), algo que parece explicable si se tiene en cuenta la progresión creciente de problemas en los que se va desembocando a medida que se agrava, haciéndose más frecuente, la conducta de juego.

#### **4.1.1 Trastornos del estado de ánimo**

En cuanto a los trastornos del estado de ánimo en los jugadores patológicos se han encontrado en todo momento resultados que avalan la presencia de ellos en los jugadores (McCormick et al., 1984; Graham. y Lowenfeld, 1986; Blaszczynski y McConaghy, 1988, 1989; Linden, Pope y Jonas, 1986; Rosenthal y Lesieur, 1992; Becoña, 1993; García et al., 1993; González Ibáñez, 1994; McCormick, 1994;

Castellani y Rugle, 1995; González Ibáñez et al., 1995; Becoña et al., 1996; De Caria et al., 1996; González Ibáñez et al., 1997).

Aymamí et al. (1999), encontraron que el 18% de una muestra de jugadores patológicos que habían solicitado tratamiento en la Unidad Juego Patológico del Servicio de Psiquiatría de la Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge (CSUB) presentaba un trastorno afectivo y, un 12,8%, intentos autodestructivos como consecuencia del juego (porcentaje muy superior al de la población general, que se sitúa en los países occidentales entre el 1% y el 2%). Este mismo estudio pone de relieve que los intentos de suicidio están estrechamente relacionados con la existencia de deudas; a mayor cantidad adeudada, mayor tendencia al suicidio.

Trabajos más recientes también apuntan en la dirección de la existencia de elevadas tasas de trastornos del estado de ánimo en los jugadores patológicos (trastorno depresivo mayor, distimia, manía e hipomanía) que oscilan entre el 76% y el 29%, trastornos de ansiedad (entre el 40% - 9%), otros trastornos del control de impulsos (43% - 35%) y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (20%) (Arbinaga 2000; Ibáñez et al., 2001; Grant y Kim, 2003; Argo y Black, 2004; Dannon et al., 2004; Petry et al., 2005; Fernández et al., 2006).

Aunque parece clara la comorbilidad del juego patológico con este tipo de trastornos, donde todavía no parece haber acuerdo es en la relación de causalidad. A este respecto, McCormick, Russo, Ramírez y Taber (1984), hipotetizaron la existencia de un subtipo de jugador patológico donde la depresión, a menudo precedía al juego. Por otro lado, Roy, Custer, Lorenz y Linnoila (1988) indican que las consecuencias adversas del juego ejercen influencia en la etiología de los episodios depresivos y de la ansiedad, por lo que dichos estados emocionales negativos serían factores secundarios, dependientes de la conducta del juego (Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1994). Si es así, los problemas que acarrea el juego influyen en el estado emocional de la persona que realiza esta conducta, pudiendo producir problemas de ansiedad, depresión, baja autoestima y sentimientos de inutilidad e inferioridad (Becoña, 1993). En esta idea están McCormick y Taber (1988) cuando hipotetizan que a medida que el problema se hace crónico, las distorsiones perceptivas y las atribuciones de responsabilidad

favorecen una interpretación de la realidad que deviene en un problema emocional del sujeto.

Por lo que se refiere a la diferencia de sexos, la depresión puede ser un factor predisponente al juego en la mujer, mientras que en el hombre puede ser secundaria a la ludopatía (King y Breen, 2001). El hecho de que los intentos de suicidio sean más frecuentes en las mujeres que en los hombres (Martins, Tavares, Sabatini, Galetti y Gentil, 2004) podría estar indicando una situación que puede llegar a ser insostenible para las mujeres, que a la presión de las responsabilidades y el trabajo familiar se le suma el problema del juego. La presión de estas responsabilidades podría explicar la interiorización de su problema, bien a través de procesos depresivos o de trastornos psicossomáticos (Corral et al., 2005).

#### 4.1.2 Trastornos de personalidad

En cuanto a trastornos de personalidad, distintas investigaciones muestran unos resultados bastante dispares, con una considerable variabilidad en la tasa de morbilidad con el juego patológico (Ver Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006). En concreto, la *tasa* de alteraciones de personalidad en este tipo de pacientes oscila entre el 25% (Specker et al., 1996) y el 93% (Blaszczynski y Steel, 1998). Otros trabajos informan de una tasa intermedia. Lesieur y Blume (1990) nos hablan de un 71% de jugadores con trastornos de personalidad, Black y Moyer (1998), un 87% y Fernández-Montalvo y Echeburúa (2006) encontraron que un 40% de su muestra clínica presentaba, al menos, un trastorno de personalidad. Quizás convenga señalar que todos los trabajos anteriormente reseñados utilizaron medidas distintas para evaluar las variables de personalidad y el número de sujetos osciló entre 7 y 82.

Respecto al *tipo* de trastorno de personalidad comórbido con la ludopatía, tampoco parece haber acuerdo. Donde se ha encontrado una mayor coincidencia es en el porcentaje de sujetos que presentaron un *trastorno esquizotípico de personalidad* en diversos estudios. Lesieur y Blume (1990), Blaszczynski y Steel (1998) y Black y Moyer (1998) encontraron una tasa de jugadores con este trastorno del 28%, 37,8% y 30% respectivamente. Pero mientras algunos autores destacan este trastorno como el más común (Lesieur y Blume, 1990), otros destacan el trastorno de personalidad por

evitación (Specker et al., 1996), el límite (Blaszczynski y Steel, 1998; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2004), el obsesivo-compulsivo (Black y Moyer, 1998) o el trastorno narcisista (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2004). En este último trabajo se encontró una media de 2,2 trastornos de personalidad por jugador, cifra mucho más baja que la encontrada en trabajos anteriores que situaban en casi 4 por paciente la tasa de comorbilidad entre los diferentes trastornos de personalidad. La asociación de juego patológico con el trastorno de personalidad antisocial ha sido demostrada por diversos autores (Blaszczynski y Steel, 1998; Kruegelbach et al., 2006; Pietrzak y Petry, 2005).

Las técnicas de tratamiento propuestas en el caso de los trastornos duales, parece que no se muestran tan útiles como en los jugadores puros (Echeburúa, 2006).

## 4.2 JUEGO Y ABUSO DE SUSTANCIAS TÓXICAS

Tiene tan fácil un jugador, en el entorno del juego, el acceso de sustancias tóxicas, que no puede sorprender la alta tasa de comorbilidad entre estas sustancias y el juego patológico que destacan algunos estudios. Crockford y el-Guebaly (1998) observaron tasas de trastornos por abuso de sustancias en jugadores patológicos, tanto procedentes de la población general como de muestras clínicas, que oscilaban entre el 25% y el 63%. Estas tasas se confirmaron posteriormente en otros estudios realizados con amplias muestras y en la población general (Cunningham-Williams et al., 1998; Gerstein y cols, 1999; Welte et al., 2001). Diversos estudios coinciden en señalar que la existencia de trastornos comórbidos, especialmente en el caso del abuso o dependencia de sustancias, complica la evolución y severidad de los problemas del juego (Ibáñez et al., 2001; Grant y Kim, 2003; Welte et al., 2004).

Otros estudios informaban de que entre un 9% y un 30% de los consumidores de sustancias tóxicas, presentan problemas asociados de juego. Lesieur, Blume y Zoppa, 1986; McCormick, 1993; Rupeich, FRISCH y Govoni, 1997; Lejoyeux et al., 1999; Wallisch, 1999; Cunningham-Williams et al., 2000). Un estudio reciente de Adamson et al. (2006) realizado con una muestra de 105 dependientes a tóxicos, identificaba que un 74% presentaban otros trastornos psiquiátricos, entre ellos el juego patológico.

### 4.2.1 Juego y alcohol

Entre el alcohol y el juego existe una importante comorbilidad. Algunos estudios destacan que la incidencia del juego patológico es entre 8 y 10 veces superior en sujetos con abuso o dependencia del alcohol comparados con la población general (Lejoyeux y cols, 2000). Otros investigadores encontraron en una muestra de 50 alcohólicos que acudían al programa de tratamiento ambulatorio de Proyecto Hombre Navarra, que el 32% presenta problemas de juego clínicamente significativos (Landa; Fernández-Montalvo; López-Goñi; Castillo; Lorea, 2005).

En un reciente trabajo, con una muestra formada por 498 sujetos diagnosticados de juego patológico, se observó que el abuso y/o dependencia del alcohol era un factor predictor de la severidad del juego patológico (Jiménez, Granero, Álvarez, Aymamí, Gómez, Bueno, Martínez y Vallejo, 2007).

En muestras de jugadores también se han encontrado tasas importantes de consumo de alcohol y la idea de que practicar más de un juego problema se asocia con el consumo excesivo de alcohol (Aymamí et al., 1999). Estos autores encontraron un 68% de jugadores que refieren consumir alcohol de forma excesiva. En esta línea, Ibáñez et al. (2001) evidenciaron un 33% de problemas de alcohol en una muestra de 69 jugadores patológicos y Dannon et al. (2004) en una muestra de 44 jugadores patológicos observaron una comorbilidad con abuso de alcohol del 21%. Petry et al. (2005) informaban del abuso de alcohol como uno de los trastornos mentales comórbidos con el juego.

En un reciente trabajo (French et al., 2008), no se encontró ninguna asociación entre frecuente consumo de alcohol y juego, aunque esta asociación si aparecía en los participantes que cumplían los criterios de abuso o dependencia de alcohol.

La revisión expuesta pone en evidencia tanto la presencia del juego excesivo en la personas con consumo excesivo de alcohol como la presencia de consumo de alcohol entre el conjunto de jugadores patológicos, que estaría en consonancia con el modelo de influencia que diferentes autores defienden en el que describen cómo el juego puede conducir con facilidad al alcohol y el alcohol al juego (Rodríguez Martos, 1993; Bombín, 1996; Llinares y Lloret, 1999).

### 4.2.2 Juego y tabaco

En relación al *tabaco*, algunos autores han encontrado una alta tasa de consumo en personas con conducta de juego excesivo (González, 1990; Aymamí et al., 1999; Arbinaga, 2000b). Planes et al. (2003) encontraron una tasa del 76% de fumadores en una muestra que estaba constituida exclusivamente por jugadores patológicos, confirmando los resultados de los estudios anteriores y mostrando que el número de personas con problemas de juego que fuma dobla en porcentaje a la población general, donde la tasa de fumadores ronda el 36% (Becoña 1993, 2000 y Villalbí, 1998).

### 4.2.3 Juego y otras sustancias

La relación entre el consumo de *otras sustancias* y el juego también se ha puesto en evidencia desde tiempo atrás (Lesieur y Heineman, 1988; Lesieur y Blume, 1993, Spunt, Lesieur, Hunt y Cahill, 1995; Feigelman, Kleinman, Lesieur, Millman y Lesser, 1995; Daghestani, Elenz y Crayton, 1996; Aymamí et al., 1999).

Hall et al. (2000), encontraron una prevalencia de jugadores sustancialmente mayor entre pacientes en tratamiento por dependencia a la cocaína y a opiáceos, que entre la población general. Informan también de que, en líneas generales, se han encontrado a lo largo de diferentes estudios entre un 34% - 80% de jugadores entre pacientes con problemas de abuso de sustancias, y entre un 5% - 21% de adictos a sustancias entre pacientes con problemas de juego.

Para concluir, parece que existen pocas dudas de la relación entre el juego problemático con los trastornos del estado de ánimo. Donde no hay tanto acuerdo es en su relación de causalidad. Existe evidencia de la presencia de trastornos del ánimo en las muestras experimentales de jugadores patológicos, pero no tanta de que pacientes con algún trastorno del ánimo hayan derivado en juego patológico. Se antoja más probable la trayectoria juego patológico – alteración del ánimo, que la inversa. El jugador se siente culpable por llevar a cabo conductas inadecuadas que se ve obligado a ocultar, y experimenta un sentimiento fuerte de impotencia cada vez que fracasa en su sincera intención de no volver a jugar, que muy probablemente afecte a su autoconcepto y llegue a alterar, en mayor o menor medida, el estado de ánimo. Se observa con

frecuencia cómo pacientes que acuden a tratamiento de juego patológico, diagnosticados también de depresión e incluso con tratamiento farmacológico por ella, al cabo de algún tiempo sin jugar, y a medida que van percibiendo como posible la solución de su problema de juego, se va normalizando su estado de ánimo. Aún así, mientras se estudia más este tema, parece obligado estar de acuerdo con los autores que coinciden en la necesidad de diseñar programas de tratamiento que incluyan las estrategias terapéuticas adecuadas para los trastornos comórbidos del juego, con el fin de poder obtener una buena respuesta a los mismos (Lesieur y Blume, 1991; Ibáñez et al., 2001; Dannon et al., 2004).



## 5 EPIDEMIOLOGÍA

Desde la legalización del juego de azar en España en 1977, y a medida que crecía la oferta de las distintas modalidades de juego, comienzan a formar parte del paisaje urbano los establecimientos donde se puede jugar. Al permitirse, por otra parte, la instalación de máquinas tragaperras en los bares, el juego de azar aparece ante el ciudadano “llamándole” a veces sin que previamente se haya tenido la intención de jugar. Como consecuencia de esto, el gasto en juego y la cantidad de personas que juegan aumentan progresivamente. Labrador y Becoña (1994) consideran que la disponibilidad y el acceso al juego han sido y siguen siendo dos de los principales responsables del incremento tan exagerado del número de jugadores patológicos en España.

Los resultados de una investigación, expuestos por el-Guebaly (2007), muestran que una frecuencia de juego de 2 ó 3 veces por mes, excluyendo loterías, multiplica el riesgo de llegar a jugador problema por 1.96, y que jugar un 1% de los ingresos mensuales de una persona lo multiplica por 2.95. Este límite del 1% podría verse aumentado cuando los ingresos disponibles aumentan (Currie, Hodgins, Wang, el-Guebaly, Wynne y Chen, 2006).

Para hablar de un trastorno y de su prevalencia es necesario definir a qué nos referimos y cuáles son los criterios objetivos que utilizamos para saber cómo podemos clasificar a las personas en el caso de padecer ese trastorno.

La mayoría de los estudios sobre prevalencia del juego llevados a cabo hasta casi el año 2000, se han basado o bien en los criterios diagnósticos de los DSM (DSM-III, DSM-III-R), o en el uso del cuestionario SOGS (Lesieur y Blume, 1987, 1993), instrumento elaborado a partir de los criterios diagnósticos de los sistemas DSM. No obstante, la aparición en 1994 del DSM-IV supone la incorporación de nuevos criterios diagnósticos para el juego patológico; vienen a ser una combinación de algunos criterios del DSM-III y del DSM-III-R, junto al criterio de escape, o utilización del juego como escape de las situaciones negativas cotidianas (Lesieur y Rosenthal, 1991). Se pasa de

nueve criterios del DSM-III-R a diez en el DSM-IV y el punto de corte sube de cuatro criterios del DSM-III-R a cinco en el DSM-IV. También indica que hay que descartar un episodio maniaco para llegar al diagnóstico de juego patológico; Estos cambios son de gran relevancia y llevaron a un grupo de expertos norteamericanos a elaborar un nuevo instrumento, el NODS (NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems), (Gernstein, Murphy, Tace, Hofmann, Palmer, Jonson et. Al., 1999), con la idea de disponer de un sistema fiable de evaluación del juego patológico adecuado a los criterios del DSM-IV, que distinga la prevalencia vital de la puntual y diferencie entre jugadores patológicos, problema y en riesgo.

Con lo arriba expuesto, cabe pensar que el número de jugadores patológicos será menor aplicando los criterios del DSM-IV, y así lo han comprobado varios autores (Abbott y Volberg, 1996, Volberg, 1999; Ferris y Wynne, 2001; Lesieur, 2002) que hablan de los falsos positivos del SOGS. Concretamente Stinchfield (2002) encuentra en su estudio un 50% de lo que llama falsos positivos.

## 5.1 EPIDEMIOLOGÍA DEL JUEGO PATOLÓGICO EN ESPAÑA

### 5.1.1 En adultos

Desde que en 1990 se realizaron en Cataluña los dos primeros estudios, otros investigadores también han intentado, con trabajos amplios y representativos, conocer la prevalencia del juego patológico en distintas Comunidades y ciudades, sin que todavía existan estudios que cubran todo el ámbito estatal.

Cayuela (1990) utilizó el SOGS de Lesieur y Blume (1987), encontrando en una muestra de 1230 personas un 2.5% de jugadores patológicos o jugadores problema en la población adulta de Cataluña. También en Cataluña y en el mismo año, la Entitat Autònoma de Jocs i Apostes (EAJA) realizó otro estudio donde se encontró que un 2.34% de las personas adultas de Cataluña estaban en riesgo de convertirse en adictos al juego.

Becoña (1993), utilizando una muestra de 1615 personas adultas representativas de siete de las principales ciudades de Galicia encontró una prevalencia del 1.73% de

jugadores patológicos y del 1.60% de jugadores problema. El diagnóstico se establecía mediante una entrevista estructurada que seguía los criterios del DSM-III-R para el juego patológico. En este ambicioso y completo estudio otros resultados obtenidos también señalan variaciones importantes en las distintas ciudades. Becoña (1991) achaca estas diferencias a la relación encontrada entre prevalencia del juego y patrón de consumo de sustancias adictivas, siendo las ciudades con mayor consumo de sustancias adictivas las que presentan mayores tasas de juego patológico.

Los datos obtenidos señalan que entre los diagnosticados como jugadores patológicos hay el doble de hombres que de mujeres y que el 39% tienen entre 18 y 30 años.

El estudio señala también distintos índices respecto a las diferencias en función del tipo de juego. Así, el juego en el que con más frecuencia participan es el de las máquinas tragaperras, seguido por la Lotería Primitiva, el Cupón de la ONCE, el Bingo y el Bonoloto. El porcentaje de jugadores que diariamente juega a cada uno de los distintos juegos varía desde un 50% en el caso de las máquinas tragaperras hasta un 4% en el Bingo. El juego que provoca mayor gasto mensual es, en el 43% de los casos, el de las máquinas tragaperras, seguido por las máquinas comecocos, el Bingo y la Lotería Nacional, con el 21%, 21% y 11% respectivamente. También cabe destacar que el 43% de los jugadores patológicos identificados no tienen ingresos directos dado que son estudiantes, amas de casa o parados. El gasto mensual oscila entre las menos de 5.000 pts. que confesó jugar una parte importante de jugadores, y las aproximadamente 500.000 pts. que se jugaba un 7% de la muestra que tenía mucho dinero.

El estudio de Legarda, Babío y Abreu (1992) se llevó a cabo con una muestra representativa de la población adulta de Sevilla. Utilizaron el SOGS (Lesieur y Blume, 1987). Sus resultados señalan la existencia de un 1.67% de probables jugadores patológicos y otro 5.18% de probables jugadores problema. En este estudio, el 40% de las personas seleccionadas rechazaron contestar a la encuesta, lo que puede provocar un sesgo importante en la muestra, que incida sobre la representatividad y validez de los resultados.

Otro estudio realizado en Andalucía en 1994 por Irurita (1996), con una muestra representativa de 4977 personas, usando un cuestionario derivado del DSM-IV, arrojó un porcentaje de jugadores patológicos del 1.8%, para toda Andalucía, siendo un 4.4% el porcentaje de jugadores problema.

Tejeiro (1998) realizó su estudio en la ciudad andaluza de Algeciras (Cádiz). Con una muestra de 419 participantes y utilizando el SOGS, encuentra un 1.9% de jugadores patológicos y un 3.8% de jugadores problema.

Otro estudio a nivel epidemiológico que se ha realizado en España sobre el juego patológico es el de Becoña y Fuentes (1995), utilizando el SOGS en una muestra representativa de 1028 personas adultas de 16 años o más de toda Galicia. Sus resultados indicaron una prevalencia del 1.36% de jugadores patológicos y del 2.04% de jugadores problema. La relación hombre mujer es de 3:1 en jugadores patológicos y 2:1 en jugadores problema. Por edades, los resultados indican que el 43% está entre los 16 y 24 años y otro 36% entre 25 y 45 años, lo que confirma que el inicio de este problema se produce en edades cada vez más tempranas.

El estudio de Ramírez (1999), fue realizado en Andalucía. Con una muestra de 3000 personas, representativa de Andalucía, obtuvo con el SOGS (Lesieur y Blume, 1987, 1993) unos resultados de 1.63% de jugadores patológicos y un 1.43% de jugadores problema.

El último gran estudio llevado a cabo en España en el ámbito del juego patológico a nivel epidemiológico es el de Becoña (2004), que utilizó el NODS (que, como se ha indicado, se adecua a los criterios del DSM-IV para el juego patológico) para evaluar el juego patológico en una muestra representativa de 1.624 personas adultas de Galicia, todas ellas varones. Los que puntúan 5 o más de NODS, y siempre que el gasto anual en juego supere las 15000 pts, serían jugadores patológicos. Los que puntúan entre 3-4, jugadores problema y los que puntúan 1 ó 2, jugadores en riesgo. Los resultados indican que un 0.92% serían jugadores patológicos a lo largo de su vida y un 0.31% a lo largo del último año. El porcentaje de jugadores problema fue de un 0.18% para toda la vida y un 0.25% para el último año. A su vez, el porcentaje de los jugadores de riesgo fue de un 0.31% para toda la vida y de un 0.25% para el último año. Por

edades, cabe destacar que el 53.3% esté entre 18 y 45 años y que un 40% de los jugadores patológicos tenga 65 o más años.

En la Tabla 5.1 aparecen resumidos los datos de las investigaciones que hemos mencionado y de otras llevadas también a cabo en ámbitos territoriales muy concretos.

**Tabla 5.1.** Estudios de prevalencia de juego en España (adultos). Fuente: Rubio (2005)

Autores	Ubicación	Instrumento	N	%Jugadores patológicos	%Jugadores problema
Cayuela (1990)	Cataluña	SOGS	1230	2.5% de jugadores patológicos o jugadores problema	
Entitat Autònoma de Jocs i Apostes (EAJA) (1990) <sup>(1)</sup>	Cataluña			2.34% en riesgo de convertirse en adictos al juego	
Becoña (1991, 1993a)	Galicia	Entrevista estructurada (Criterios DSM-III-R)	1615	1.73%	1.6%
	La Coruña			1.96%	1.22%
	S. Compostela			0.64%	0.90%
	Ferrol			0.64%	0.90%
	Lugo			0.64%	0.90%
	Orense			0.64%	0.90%
	Pontevedra			0.64%	0.90%
Vigo	3.49%	3.25%			
Legarda, Babio y Abreu (1992)	Sevilla	SOGS	598	1.67%	5.18%
Becoña y Fuentes (1995)	Galicia	SOGS	1028	1.36%	2.04%
Irurita (1996) Federación Andaluza de Jugadores de Azar en Rehabilitación (FAJER, 1994)	Andalucía	Cuestionario (criterios DSM-IV)	4977	1.7%	3.3%
	Jaén			2.4%	
	Sevilla			2.3%	
	Cádiz			2.1%	
Asociación de Jugadores en Rehabilitación del Campo de Gibraltar (JARCA, 1996) <sup>(2)</sup>	Algeciras	SOGS (versión modificada)	419	1.91%	3.82%
Irurita (1996)	Andalucía	DSM-IV	4977	1.7%	3.3%
Tejeiro (1998)	Algeciras	SOGS	419	1.91%	3.82%
Ramírez (1999)	Andalucía	SOGS	3000	1.6%	1.4%
Arbinaga (2000b)	Huelva	SOGS	616 (17-79 años)	4.9%	3.5%
Arbinaga (2000c)	Huelva	SOGS SOGS-RA	308 mujeres (8-79 años)	2.6%	3.6%
Villoria (2003)	Madrid	SOGS	1707 estudiantes universitarios	4.5% probables jugadores patológicos	6.6%
Becoña (2004)	Galicia	NODS	1624	Prevalencia vital: 0.92% Prevalencia actual: 0.31%	Prevalencia vital: 0.18% Prevalencia actual: 0.25% Prevalencia vital de jugadores en riesgo: 0.31% Prevalencia actual de jugadores en riesgo: 0.25%

<sup>(1)</sup>Labrador y Becoña (1994)  
<sup>(2)</sup>Becoña (1996c)  
 SOGS: South Oaks Gambling Screen (Lesieur y Blume, 1987)  
 SOGS-RA: Versión del SOGS (Lesieur y Blume, 1987) para adolescentes (Winters, Stinchfield y Fuklerson, 1993)  
 NODS: Norc DSM-IV Screen for Gambling Problems (Gernstein et al., 1999)

Respecto a la distribución por sexo, los resultados obtenidos en España evidencian que entre los jugadores patológicos es superior el porcentaje de hombres que el de mujeres. Becoña (1991) y Legarda y cols. (1992) encontraron dos hombres jugadores por cada mujer jugadora y Becoña y Fuentes (1995) encontraron una ratio de 3:1 a favor de los hombres.

Pero si bien es cierto que hay cierta desproporción en cuanto al sexo de los jugadores patológicos identificados en los estudios epidemiológicos, mucho mayor es la registrada en el ámbito clínico, donde la relación que se puede constatar es de 10:1 entre los hombres y las mujeres que buscan ayuda (Fdez.-Alba y Labrador, 2.002).

### 5.1.2 En adolescentes

Si, como se ha visto en el apartado anterior, los mayores porcentajes de jugadores patológicos se encuentran en el rango de edad que va de los 18 a los 30 años, no puede extrañar el hecho de que los estudios con adolescentes nos ofrezcan unas cifras de prevalencia del juego problema en estas edades, significativamente mayores a las encontradas en los estudios con la población adulta. Algunos estudios sugieren que quizás los videojuegos sean el paso previo para llegar a las máquinas recreativas con premio cuando ya el joven cuente con recursos económicos (Gaja, 1993). En otros estudios, parece que se ha encontrado una relación entre ver televisión en exceso en la infancia, el tiempo dedicado a los videojuegos y el uso de las máquinas tragaperras (Secades y Villa, 1998).

Esta relación es evidente en la calle. Los espacios entre máquinas de habilidad y máquinas de azar en las salas de juego no existen o, como mucho, es un pasillo que se puede cruzar sin que nadie pregunte por la edad.

A la disponibilidad y la accesibilidad, factores que han sido señalados repetidamente como posibles desencadenantes de la conducta del juego excesivo, se le unen otras dos variables. Por una parte, la idea equivocada del adolescente, que identifica los dos tipos de máquinas sin pensar que una premia proporcionalmente a la habilidad que se demuestre y la otra, donde la influencia de la habilidad para conseguir

un premio es nula. Por otra parte, las personas que invierten en ese tipo de negocio, que, sabiendo lo anterior, lo potencian constantemente.

Estas consideraciones podrían explicar, al menos en parte, las elevadas cifras de prevalencia de juego problema encontradas en España en los diferentes estudios epidemiológicos.

Los estudios realizados en España que, como en el caso de los estudios sobre la población adulta, el mayor ámbito geográfico de estudio ha sido una Comunidad Autónoma, muestran cifras que duplican o triplican las cifras encontradas en adultos. Y si se toma como referencia el proceso que discurrió en otros países con una historia más larga de juego legalizado y por tanto con problemas de juego patológico desde hace más tiempo, lo lógico es que estas cifras aumenten si no se actúa para evitarlo. De hecho, los porcentajes de prevalencia encontrados en estos estudios van en la misma dirección que en esos países, en los que el problema de juego problemático en adolescentes es considerablemente mayor que en la población adulta.

Llama la atención en esta población adolescente la relación de 7:1 que se da por sexos, a favor de los hombres. En cuanto a la edad, algunos estudios indican que la mayor proporción de juego problemático se da entre los más pequeños del rango de edad y que a partir de los 18 años disminuyen las cifras de prevalencia. Las altas tasas de juego problemático en la infancia y la adolescencia, desaparecen en la edad adulta, de la misma forma a lo que ocurre con otras conductas de consumo de sustancias (Batchman et al., 2002). Winters (2000) encontró que la mayoría de los clasificados como jugadores patológicos entre los 15-19 años, dejaban de serlo cuando tenían 21-25 años (aunque aparecen nuevos jugadores que antes no lo eran). Es decir, hay mayor prevalencia de juego cuando no es posible hacerlo legalmente, “parece que cuando pueden jugar desciende ligeramente la prevalencia del juego problema” (Becoña et al., 2001 a, pág., 554). Pero también hay que señalar que Villoria (2003), en un estudio realizado con estudiantes universitarios con edades comprendidas entre 17-35 años, encuentra porcentajes de probable juego patológico y juego problemático muy superiores a los encontrados en la población general.

En Tabla 5.2 aparecen resumidos los principales estudios de prevalencia de juego problema en España destinados a adolescentes. Al margen de saber si el SOGS o su versión adaptada para adolescentes (SOGS-RA) sobrevalora las cifras y cuánto las sobrevalora, parece claro que, independientemente de su capacidad económica, muchos más jóvenes que adultos dedican parte de su tiempo y de su dinero al juego, aunque la cantidad de dinero empleada para este menester sea poca; puesto que -de acuerdo con Castro (1999)- un chico que juegue más de una vez más dinero del que tenía pensado, haya recibido alguna crítica alguna vez por jugar y conteste afirmativamente a si ha cogido el dinero para jugar de su casa o de la de sus padres, estaría, probablemente, dentro del grupo de los jugadores problema.

**Tabla 5.2.** Estudios de prevalencia del juego en España (adolescentes). Fuente: Rubio, 2005.

Autores	Ubicación	Instrumento	N	%Jugadores patológicos	%Jugadores problema
Becoña y Gestal (1996)	Coruña	Cuestionario DSM-IV-J (basado en criterios DSM-IV)	1200 11-16 años	2.2% 15% chicas 85% chicos	4.9%
Arbinaga (1996)	España	SOGS	105	2.9%	6.7%
	Huelva		146 13-26 años	2.7% Probables jugadores patológicos	10.3%
Villa, Becoña y Vázquez (1997)	Gijón	Cuestionario DSM-IV-J (basado en criterios DSM-IV)	2185 11-16 años	1.6% Relación por sexo de 2:1 a favor de los chicos	-
Becoña (1997)	Coruña	SOGS-RA	Muestra representativa entre 11-14 años	2.4%	-
Castro (1999)	Canarias	SOGS	153 16-17 años	2.6% probables jugadores patológicos 5.3% jugadores en riesgo	
Arbinaga (2000d)	Huelva	SOGS-RA	130 8-17 años	5.4 % Probables jugadores patológicos	11.5% Jugadores con problemas leves
Becoña, Miguez y Vázquez (2001a y b)	Galicia	SOGS-RA	2790 14-21 años	8.2% jugadores en riesgo 5.6% jugadores problema	
DSM-IV-J: Fisher (1993) SOGS: South Oaks Gambling Screen (Lesieur y Blume, 1987) SOGS-RA: Versión del SOGS (Lesieur y Blume, 1987) para adolescentes (Winters, Stinchfield y Fuklerson, 1993)					

## 5.2 EPIDEMIOLOGÍA DEL JUEGO PATOLÓGICO EN OTROS PAÍSES

### 5.2.1 En adultos

En otros muchos países también se han hecho estudios de prevalencia del juego patológico en la población adulta.

Hay estudios en Canadá (Ferris y Wynne, 2001; Ladouceur, 1991a, 1996), Nueva Zelanda (Abbott y Volberg, 1996, 2000), Australia (Dickerson, Baron, Hong y Cottrell, 1996), Reino Unido (Sproston, Erens y Orford, 2000), HOng Kong (Wong y So, 2003), Suecia (Rönnberg, 2000), etc. En Estados Unidos es donde más estudios de prevalencia se han realizado y Rachel Volberg es la persona que han dirigido buena parte de ellos en ese país (Becoña, 2004).

La mayoría de los estudios han sido realizados utilizando el SOGS, el DSM-III o el DSM-III-R encontrándose cifras de prevalencia similares a las encontradas en los estudios de prevalencia llevados a cabo en España. Así, en EE.UU., el National Research Council (1999) que recoge 33 estudios epidemiológicos, encuentra un 1.5% de jugadores patológicos y Petry y Mallya (2004), un 1.8%.

En Canadá, Ladouceur (1991a, 1996) obtuvo un 1.2% y Ferris y Wynne (2001) utilizando para la evaluación el CPGI (Canadian Problem Gambling Index, 2001), un nuevo instrumento adecuado a los criterios del DSM-IV, encontraron un 0.7% de jugadores patológicos. Sproston et al. (2000) obtuvo en el Reino Unido, un 2.6% de probables jugadores patológicos, acumulándose casi la mitad en el rango de edad de 25-34 años. Dickerson et al. (1996) encontraron en Australia un 1.6%. En Nueva Zelanda, Abbott y Volberg (1996, 2000) un 1.16% y 0.5% respectivamente y Rönnberg (2000), en Suecia, un 0.6%.

Con el NODS, que como ya se ha indicado es un instrumento que pretende servir para evaluar el juego patológico adecuándose a los criterios del DSM-IV, se realizó un amplio estudio con una muestra representativa norteamericana (Gernstein, Murphy, Tace, Hoffmann, Palmer, Johnson et al., 1999), donde encontraron un 0.8 de jugadores

patológicos para el periodo de toda la vida y un 0.1% de jugadores patológicos en el último año y sin diferencias por sexo.

Estos resultados son muy inferiores a los que hasta ahora se estaban manejando utilizando otros instrumentos, pero similares a los obtenidos en España (Becoña, 2004), cuando se ha utilizado el NODS para evaluar la prevalencia de jugadores patológicos en la población.

Aún así, se tendrá que seguir investigando para dar respuesta a preguntas como por qué los resultados obtenidos con el NODS y con otros cuestionarios adaptados a los criterios del DSM-IV son a veces tan dispares.

### 5.2.2 En adolescentes

También, como en España, las investigaciones vienen a indicar que el juego patológico o juego problema aparece en los jóvenes en unos porcentajes mucho mayores que los encontrados en la población adulta.

Así, Lesieur et al. (1991) obtuvieron prevalencias de juego patológico en estudiantes de enseñanza secundaria o universitaria del Estado de Nueva York, entre el 4% y el 8%. Zitlow (1992), encuentra un 9.6% de jugadores adolescentes entre los indios norteamericanos en Minnesota. Más recientemente, en Estados Unidos se encuentran resultados que asignan unos porcentajes de entre el 3% y el 10% de jugadores patológicos (Govoni, Rupcich y Frisch, 1996; Westphal et al., 2000; Winters et al., 1993). En Canadá, este porcentaje es del 4.7% (Gupta y Deverensky, 1998); y del 5.6% (Fisher, 1999) y el 6% (Woody y Griffiths, 1998) en el Reino Unido.

En una revisión de cinco estudios sobre juego realizados en estudiantes de Educación Secundaria, Jacobs (1989) indicó que la prevalencia de los posibles jugadores patológicos entre los estudiantes de Secundaria era más del triple que la de adultos. Lesieur et al. (1991), en un estudio de prevalencia del juego con estudiantes universitarios encontró que el porcentaje de juego problema y patológico era de 4 a 8 veces más alto que el de los adultos.

En cuanto a la edad de comienzo, parece que el juego patológico se inicia a edades tempranas. Dell, Ruzicka y Palisi (1981), encontraron que el 33% de sus jugadores patológicos adultos había empezado a jugar antes de los 10 años. También Fisher (1993), Griffiths (1995), Ide-Smith y Lea (1988) y Ladouceur, Dubé y Bujold (1994), encontraron que los adolescentes que presentaban problemas de juego habían comenzado a jugar alrededor de los 10 años.

Para resumir este capítulo hay que resaltar el hecho de que el grado y la manera de permitir el juego, aunque parece que están en la base del inicio de lo que puede llegar a convertirse en una conducta perjudicial para la persona, no está muy contrastado y aparecen estudios de prevalencia de muy diversos lugares pero no informan ni del grado de permisividad, ni del de accesibilidad ni de cómo está regulada la propaganda que se hace desde los medios acerca de los juegos de azar, con lo que comparar las cifras de prevalencia del juego patológico entre países sin tener en cuenta estos factores, podría llevar a sacar consecuencias erróneas.

Quizás se necesiten también trabajos rigurosos que informen sobre el grado de sobrevaloración que se ha venido ofreciendo en relación a la prevalencia del juego patológico utilizando el DSM-III, el DSM-III-R o el SOGS; pues, aunque es obvio que las restricciones derivadas del DSM-IV respecto de los anteriores, desembocarían en cifras de prevalencia menores, hay que hacer notar que no se aprecia excesiva homogeneidad en los resultados cuando se comparan los resultados obtenidos con el NODS, con los obtenidos utilizando cuestionarios que contienen los criterios del DSM-IV para este trastorno. Con todo, y aún teniendo en cuenta que los instrumentos de evaluación del juego patológico actualmente disponibles son muy limitados en comparación con los de otros trastornos mentales (Toneatto y Ladouceur, 2003), parece más prudente la consideración de cifras de prevalencia inferiores a las inicialmente apuntadas a partir de los trabajos con el SOGS. Es curioso, al menos en nuestro país, que no exista un estudio epidemiológico global que permita establecer cifras de regencia más precisas y en consecuencia poder estimar con precisión al amplitud del problema. .

Por otro lado, además de las propias cifras de prevalencia, para poner de relieve el problema que supone el juego patológico hay que señalar que la experiencia clínica

permite afirmar que los sujetos evaluados con el SOGS y derivados a tratamiento, prácticamente siempre llegan a él con más de un aspecto de su vida deteriorado, de tal manera, que se hace imprescindible la intervención clínica también sobre esos aspectos. Es decir, no sólo se produce un deterioro importante como consecuencia del juego, sino que el problema del juego suele llevar asociado además altos índices de comorbilidad con otros problemas.

Siendo lo anterior importante, lo que parece más llamativo es la alta incidencia y prevalencia del juego patológico entre los adolescentes y jóvenes. Estos datos deben ser una llamada de atención para atender de manera más precisa a esta población a fin de poder diseñar y arbitrar medidas preventivas que terminasen con esa incidencia tan exagerada que muestran los estudios sobre prevalencia del juego excesivo en la población más joven.

## 6 SITUACIÓN DEL JUEGO DE AZAR EN ESPAÑA

### 6.1 LEGISLACIÓN SOBRE EL JUEGO DE AZAR

En España se permitió el juego hasta el siglo XIV. Alfonso X el Sabio reguló el juego en el Ordenamiento de Tafurerías, referente a las casas públicas de juego. Con posterioridad, los Reyes Católicos, doña Juana y Carlos I prohibieron el juego y dictaron normas recordatorias de la prohibición del mismo (ver Ochoa y Labrador, 1994).

La Lotería, que fue creada en 1811 por las Cortes de Cádiz, y que persiste en la actualidad como Lotería Nacional desde 1937; el cupón de la Organización Nacional de Ciegos Españoles que se creó y reguló entre 1938 y 1939, y las Quinielas Futbolísticas, creadas en 1946, han sido durante muchos años los únicos juegos legales en España, siempre bajo estricto control y supervisión del Estado.

En 1977 se produce un cambio cualitativo al legalizarse, mediante el Real Decreto-Ley sobre el Juego (16/1977 de 25 de febrero), otros tipos de juegos, *“con el objeto de asegurar con más eficacia el cumplimiento de objetivos ineludibles de tutela y protección social, al propio tiempo otras importantes finalidades complementarias de interés social y de defensa y fomento de intereses fiscales...”*

En la Tabla 6.1 se resumen los años de creación de los que a día de hoy son los tipos de juego que más dinero recaudan y más clientes reciben.

<b>Denominación</b>	<b>Año de creación</b>
Lotería	1811
Lotería Nacional	1937
Cupón de la ONCE	1939
Quinielas futbolísticas	1946
Casinos	1977
Bingos	1977
Máquinas recreativas y de azar	1981
Lotería Primitiva	1986
Bonoloto	1988

**Tabla 6.1.** Año de creación de los distintos juegos legales en España.

La gestión del juego en España requiere autorización administrativa previa de los órganos competentes en cada caso, que son: La Administración General del Estado, respecto de los juegos gestionados por la Entidad Pública Empresarial “Loterías y apuestas del Estado” (LAE) y por la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE), y las Administraciones de las Comunidades Autónomas respecto de los juegos públicos o privados que se desarrollan en sus respectivos ámbitos territoriales.

Salvo en algún supuesto puntual, las empresas privadas gestionan los juegos de resultado instantáneo, donde se da cierta participación activa del jugador; como los Casinos de Juego, Salas de Bingo y máquinas recreativas de azar; mientras que los juegos cuyo premio es diferido en el tiempo, y el jugador se limita a la adquisición de una participación o boleto como la Lotería Nacional, La Primitiva, la Bono-Loto, las quinielas de fútbol e hípcas y los Euromillones, son gestionadas por el sector público a través de la LAE, excepción del Cupón pro-ciegos, que en sus distintas modalidades es gestionado por la ONCE.

Desde la creación de la Bonoloto en 1988 y posteriormente, en 1991, la lotería del Zodiaco, se han creado nuevos juegos y se han potenciado los ya existentes.

A día de hoy, Loterías y Apuestas del Estado gestiona nueve modalidades de juego: La Lotería Nacional, La Quiniela, La Primitiva, El Gordo de la Primitiva, El Bono Loto, Euromillones, Lototurf, Quintuple Plus y Quinigol. Por su más o menos larga trayectoria, algunas de estas modalidades se sabe sobradamente en qué consisten; de las más recientes y menos divulgadas se expone a continuación en qué consisten y cuál es su costo mínimo:

- **El Quinigol** es un juego que se basa en resultados de partidos de fútbol, como La Quiniela. Pero, a diferencia de ésta, en la que hay que acertar si un equipo gana, empata o pierde, en el Quinigol lo que hay que acertar es el resultado de los partidos en base al número de goles que marca cada equipo.

Este juego, que se creó en el año 2006, tiene un costo de un euro por apuesta.

- **El Lototurf** es un juego que consiste en elegir seis números dentro de una tabla de treinta y uno, correlativos del 1 al 31, y otro número más de una tabla de 12, también correlativos del 1 al 12.

Para determinar los números ganadores de la primera tabla, se celebra un sortero, y el de la segunda tabla se obtiene del resultado de una carrera de caballos determinada.

Este juego se creó en el año 2005 y tiene un precio de un euro por apuesta.

- **Quíntuple Plus** es un juego al que la LAE llama concurso, que consiste en elegir seis números de entre los asignados a los caballos incluidos en un programa predeterminado y que participan en cinco carreras.

Los números ganadores se corresponden con el asignado al caballo ganador en cada una de las cinco carreras y con el asignado al que llegue a la meta en segundo lugar en la quinta carrera.

El precio de cada apuesta es de un euro.

- **Euromillones** es un juego en el que participan actualmente de forma conjunta las Organizaciones de Lotería de Francia, Reino Unido y España y que consiste en acertar cinco números de una tabla de cincuenta, correlativos del 1 al 50, y además acertar dos números, llamados estrellas, de una tabla de nueve números, también correlativos del 1 al 9. Es decir, para tener derecho a premio hay que acertar siete números.

Este juego se creó en el año 2004 y tiene un precio de dos euros por apuesta.

- **El Gordo de la Primitiva** es un juego que consiste en elegir cinco números del 1 al 54, de una matriz, y un número del cero al nueve, de una segunda matriz. Para acertar un premio de primera categoría es necesario acertar los cinco números de la primera matriz y el número elegido en la segunda.

El precio de cada apuesta es de un euro con cincuenta céntimos.

- ❖ Decreto Ley de 12 de abril de 1946, por el que se crea el Patronato de Apuestas Mutuas Deportivo-Benéficas, en el que se dispone la garantía e intervención del Estado en las apuestas mutuas benéficas deportivas.
- ❖ Real Decreto-Ley 16/1975, 25 de febrero, por el que se regulan los aspectos penales, administrativos y fiscales, de los juegos de suerte, envite o azar y apuestas.
- ❖ Real Decreto 444/1977, de 11 de marzo, por el que se dictan normas complementarias del Real Decreto 16/1977, de 25 de febrero, en el que se regulan los aspectos penales, administrativos y fiscales de los juegos de suerte, envite o azar y apuestas (B.O.E. nº 71, 24.3.1977).
- ❖ Orden ministerial, de 6 de febrero de 1978, por el que se crea la Brigada especial de policía del juego (B.O.E. nº 41, 12.2.1978)
- ❖ Orden de 9 de enero de 1979, por la que se aprueba el Reglamento del juego de Bingo (B.O.E. nº 21, de 24 de enero), modificada por las también Órdenes Ministeriales de 7 de febrero de 1980 (B.O.E. nº 40, 15.2.1980), de 21 de octubre de 1980 (B.O.E. nº 255, 23.10.1980), de 23 de enero de 1984 (B.O.E. nº 36, 11.2.1984) y 14 de mayo de 1993 (B.O.E. nº 121, 21.5.1993).
- ❖ Orden de 9 de enero, por la que se aprueba el Reglamento de Casinos de Juego (B.O.E. nº 20, 23.1.1979)
- ❖ Orden ministerial de 9 de octubre de 1979, por el que se aprueba la versión definitiva del catálogo de juegos (B.O.E. nº 261, 31.10.1979) modificada por la también Orden de 23 de octubre de 1984 (B.O.E. nº 36, 11.2.1984)
- ❖ Real Decreto 1067/1981, de 24 de abril de 1981, por el que se aprueba el Reglamento del juego mediante boletos (B.O.E. nº 137, 9.6.1981).
- ❖ Real Decreto 904/ 1985, de 11 de junio, por el que se constituye el Organismo Nacional de Loterías y Apuestas del Estado, que asume las funciones del Servicio Nacional de Loterías e integra el Servicio de Apuestas Mutuas Deportivo-Benéficas.
- ❖ Real Decreto 1360/1985, de 1 de agosto, por el que se recupera la Lotería Primitiva, y por resolución de 1 de agosto de 1991, se aprueban las normas que rigen los concursos pronósticos de la Lotería Primitiva y sus modalidades.
- ❖ Real Decreto 593/1990, de 27 de abril, por el que se establece un tratamiento diferenciado del régimen jurídico de las Máquinas Recreativas con y sin premio y se hace más estricto el procedimiento de homologación.
- ❖ Real Decreto 2110/1998, de 2 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento de Máquinas Recreativas y de azar (B.O.E. nº 248/1998, 16.10.1998)
- ❖ Resolución de 17 de octubre de 2001, de Loterías y Apuestas del Estado, por la que se aprueban las normas que rigen los concursos de pronósticos de Lotería Primitiva y sus modalidades.
- ❖ Resolución de 5 de octubre de 2001, de la Secretaría General de Asuntos Sociales, por la que se da publicidad a la modificación de la estructura de premios y precios de los sorteos periódicos del cupón de la Organización Nacional de Ciegos Españoles a partir del día 1 de enero de 2002. (B.O.E. nº 312, 29.12.2001)
- ❖ Orden INT/2499/2002, de 4 de octubre, de modificación del Reglamento del Bingo aprobado por Orden de 9 de enero de 1979. (B.O.E. nº 244, 11.10.2002).
- ❖ Resolución de 6 de febrero de 2004, de Loterías y Apuestas del Estado, por la que se aprueban las normas que rigen los concursos de pronósticos del juego común europeo denominado Euromillones, como modalidad de la Lotería Primitiva o de Números (B.O.E. nº 4, 9.2.2004).
- ❖ Orden HAC/430, de 19 de febrero, sobre creación de sucursales de la Red Básica de Loterías y Apuestas del Estado (B.O.E. del 24).
- ❖ Resolución de 30 de enero de 2004, de la Secretaría General de Asuntos Sociales, por la que se da publicidad al Reglamento regulador del sorteo del cupón de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (B.O.E. del 24).
- ❖ Real Decreto 716/2005, de 20 de junio, por el que se restablece el funcionamiento de apuestas hípcas externas de ámbito nacional y se autoriza su explotación a la entidad pública empresarial Loterías y Apuestas del Estado (B.O.E. de 21).
- ❖ Orden EHA/2566/2005, de 20 de junio, por la que se autoriza a Loterías y Apuestas del Estado la comercialización y explotación de sus productos a través de Internet o de otros sistemas interactivos (B.O.E. de 6 de agosto).
- ❖ Resolución de 23 de agosto de 2005, de Loterías y Apuestas del Estado, por la que se aprueban las normas que regulan la validación, a través de Internet, de las apuestas relativas a los concursos de pronósticos de Apuestas Deportivas y de Lotería Primitiva, en sus diversas modalidades (B.O.E. de 27).
- ❖ Real Decreto 1336/2005, de 11 de noviembre, por el que se autoriza a la Organización Nacional de Ciegos Españoles la explotación de una lotería instantánea o presorteada (B.O.E. de 23).
- ❖ Resolución de 3 de enero de 2006, de Loterías y Apuestas del Estado, por la que se modifican las normas que han de regir la modalidad de concursos de pronósticos de las Apuestas Deportivas, denominada El Quinigol (B.O.E. de 9).
- ❖ Orden ITC/3748/2006, de 22 de noviembre, por la que se regula el control metrológico del Estado sobre los contadores incorporados a las máquinas recreativas y de azar de tipo “B” y “c” (B.O.E. de 9 de diciembre).

### Cuadro 6.1. Evolución legislativa del Juego Patológico en España: Normativa Estatal.

En el Cuadro 6.1 quedan reflejadas las normas que en su día representaron un cambio significativo respecto a la legislación sobre el Juego que existía previamente, y las más recientes normas regularizadoras sobre el mismo, de ámbito estatal.

El control y la regulación del juego siguen siendo necesarias en estos momentos y para ello se tendrían que esclarecer al máximo las condiciones en que el juego puede causar problemas y qué personas pueden verse afectadas por él.

A lo largo de los últimos años y paralelamente a la información más veraz que se ha ido recibiendo referida al trastorno del juego patológico, algunas normas, relativamente recientes, han querido advertir de este peligro y, en las máquinas recreativas tipo B, que se estima son las responsables, junto con las de tipo A del 75% de los casos de juego patológico en España (Becoña, 1993, 1996, Bombín 1992; Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1994), es obligatoria la aparición de una advertencia escrita, en sitio visible, que haga referencia al riesgo a que se expone, quien juega en ellas, de sufrir ludopatía. Con el mismo objetivo se prohibió la propaganda del juego desde la misma máquina, bien anunciando los premios que daba o bien emitiendo una característica música cuando nadie jugaba, para “recordar” que seguía allí.

Hay que decir que el Reglamento de Máquinas Recreativas y de Azar, diferencia tres tipos de máquinas: Máquinas recreativas de tipo A, que no conceden premios en metálico sino un tiempo de juego; máquinas recreativas de tipo B, que, a cambio de dinero, ofrecen la posibilidad de conseguir un premio en metálico; y máquinas recreativas tipo C, que se diferencian del tipo anterior en la cuantía, más elevada, tanto de la apuesta como del premio.

Una norma que sí ha trabajado en la dirección de la prevención, sobre todo de recaídas, es la posibilidad que se le ofrece a toda persona, de autoprohibirse la entrada a Bingos y/o Casinos, desde el ámbito Autonómico hasta el Estatal y por un periodo de tiempo que puede llegar a ser indefinido. Cuando alguien con problemas de juego se autoexcluye de estos lugares de juego y recibe simultáneamente tratamiento, es probable – y quizás conviniese realizar algunos estudios que lo corroborasen – que esa acción facilitase el éxito de los primeros momentos del tratamiento, que suelen ser los más delicados y los de mayor riesgo de abandono y recaída, y que se diera una baja tasa de personas que anulasen la autoprohibición.

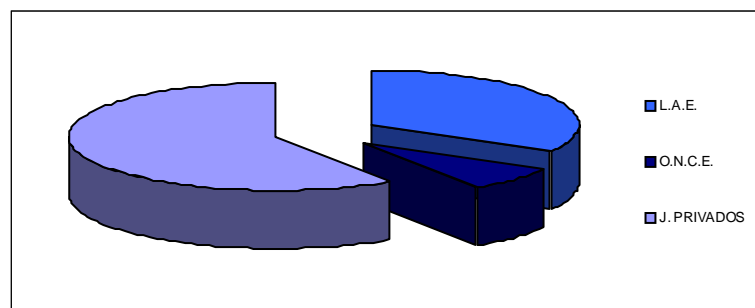
Lo que no se termina de entender es cómo no se permite la autoprohibición para Salas de Juego donde predominan las máquinas recreativas con premio.

## 6.2 CIFRAS DE JUEGO DE AZAR EN ESPAÑA.

Conviene comenzar diferenciando los conceptos de cantidad jugada y gasto efectivo, aunque esta diferenciación interesa particularmente a las empresas de juegos y a los gestores administrativos de los mismos y no al jugador para quien, la mayoría de las veces que juega, el gasto efectivo y la cantidad jugada representan la misma cantidad. El gasto real es el resultado de restar a lo jugado aquellas cantidades que son devueltas a los jugadores en forma de premios.

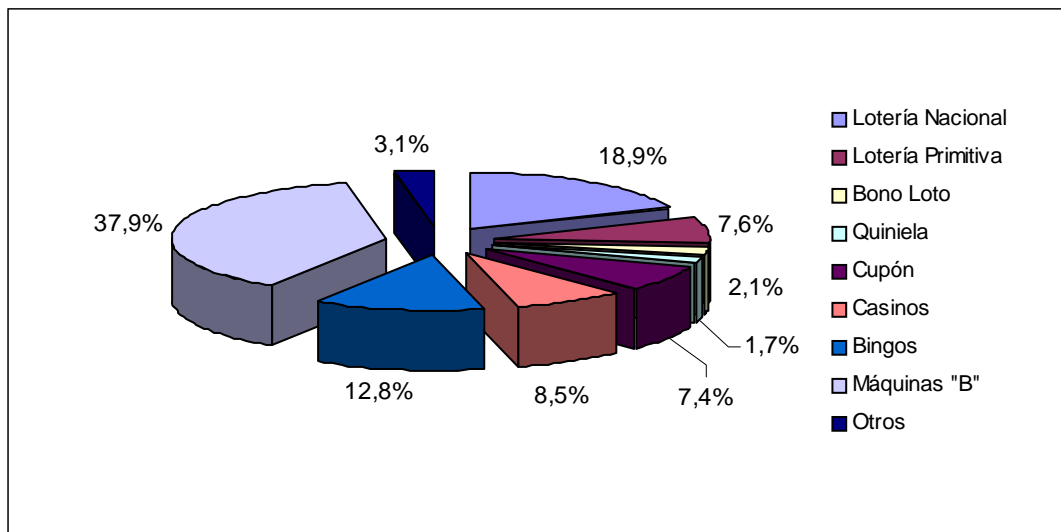
La cantidad jugada en 2006 en España entre el conjunto de los distintos tipos de juegos regulados ascendió a 28881,65 millones de euros, mientras que el gasto real fue en ese mismo periodo de 9330,23 millones de euros, que representa aproximadamente el 32,3% de la cantidad jugada.

El 33,4% de la cantidad total jugada lo recaudó Loterías y Apuestas del Estado, el 59,2% se gastó en juegos privados y el 7,4% en los diversos cupones que gestiona la Organización Nacional de Ciegos (Figura 6.1)



**Figura 6.1.** Importe de cantidades jugadas en 2006. Distribución porcentual por tipo de gestión.

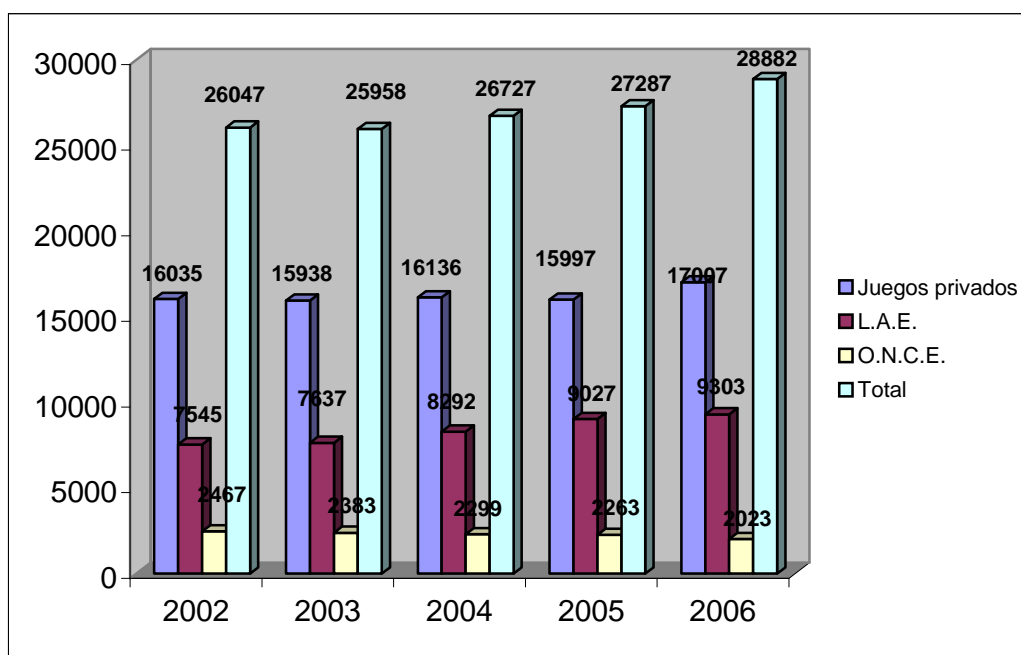
La distribución porcentual por juegos, refleja que las máquinas recreativas tipo B han recaudado el 37,9% de la cantidad jugada, siguiéndole, con un porcentaje que representa la mitad (el 18,9%), la Lotería Nacional; y los Bingos, con un 12,8% de recaudación. A pesar de existir muchos menos casinos que kioscos de la O.N.C.E. que forman parte del paisaje urbano, el dinero que se jugó en los casinos (12,8%) es superior al invertido en cupones de la O.N.C.E., que fue 8,5% del total. (Figura 6.2)



**Figura 6.2.** Importe de cantidades jugadas en 2006. Distribución porcentual por juegos.

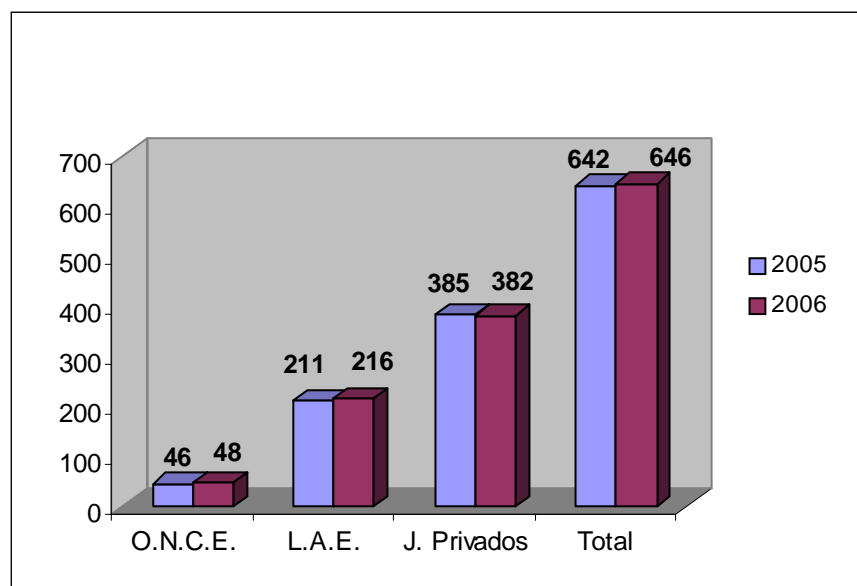
Todos los juegos evolucionaron al alza excepto los bingos, que descendieron un 3,63%. El total absoluto aumentó un 1,92%, lo que equivale a 546,67 millones de euros.

El resultado de los cinco últimos años muestra que los juegos de gestión privada se incrementan una media del 7,25%, destacando el de casinos, que aumenta el 32,69% en este periodo. La O.N.C.E. decrece el 10,12%. El incremento global de las cantidades jugadas desde el 2002 se sitúa en el 11,26%. (Figura 6.3)



**Figura 6.3.** Cantidades Jugadas "Evolución 2002-2006" (Millones de euros).

Cifras más manejables y que nos pueden dar más luz de cómo está el panorama del gasto en juego, son las que indican las cantidades que por término medio juegan todas las personas, o sea, las cantidades jugadas por habitante y año. En el conjunto de los juegos, se da un aumento del 0,54%, representativo de 3,49 euros, de forma que cada español se gastó en juego en el 2006 una media de 646 euros (frente a los algo más de los 642 que gastó en el 2005) (Figura 6.4), de los que 244 los empleó en jugar a las máquinas recreativas tipo B y 122 euros en jugar a la Lotería Nacional.



**Figura 6.4.** Valores medios de cantidades jugadas por habitante/año (euros).

En la Tabla 6.2 están reflejadas las variaciones interanuales desde 2002, de las cantidades jugadas por habitante y año.

Juegos	2002	Var. % 2002/01	2003	Var. % 2003/02	2004	Var. % 2004/03	2005	Var. % 2005/04	2006	Var. % 2006/05	Var. % 2006/02
Casinos	45	9.90	45	-0.64	47	4.91	55	17.93	55.02	-0.73	22.03
Bingos	90	-1.05	92	1.77	88	-4.73	87	-0.83	82.62	-4.93	-8.58
Máquinas "B"	252	-2.11	241	-4.47	229	-4.90	243	6.17	244.67	0.59	-2.98
Total juegos privados	388	-0.60	378	-2.57	364	-3.70	386	6.00	382.31	-0.85	-1.38
Lotería Nacional	107	1.91	111	3.88	114	2.16	119	4.53	121.96	2.80	14.03
Lotería Primitiva	55	3.31	56	2.80	54	-4.57	51	-5.22	49.25	-3.04	-9.85
Bono-Loto	13	2.19	14	9.89	13	-6.13	14	1.41	13.42	-1.69	2.83
Quiniela	11	-13.88	12	12.24	12	-2.63	11	-7.83	10.74	-4.07	-3.37
Otros*					13		17	32.57	20.40	22.59	
Total L.A.E.	186	1.22	194	4.48	205	5.76	211	2.76	215.77	2.30	16.16
O.N.C.E.	58	-3.03	54	-7.14	51	-4.39	46	-10.84	47.91	4.42	-17.34
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>631</b>	<b>-0.30</b>	<b>626</b>	<b>-0.91</b>	<b>620</b>	<b>-0.82</b>	<b>642</b>	<b>3.53</b>	<b>645.99</b>	<b>0.56</b>	<b>2.32</b>

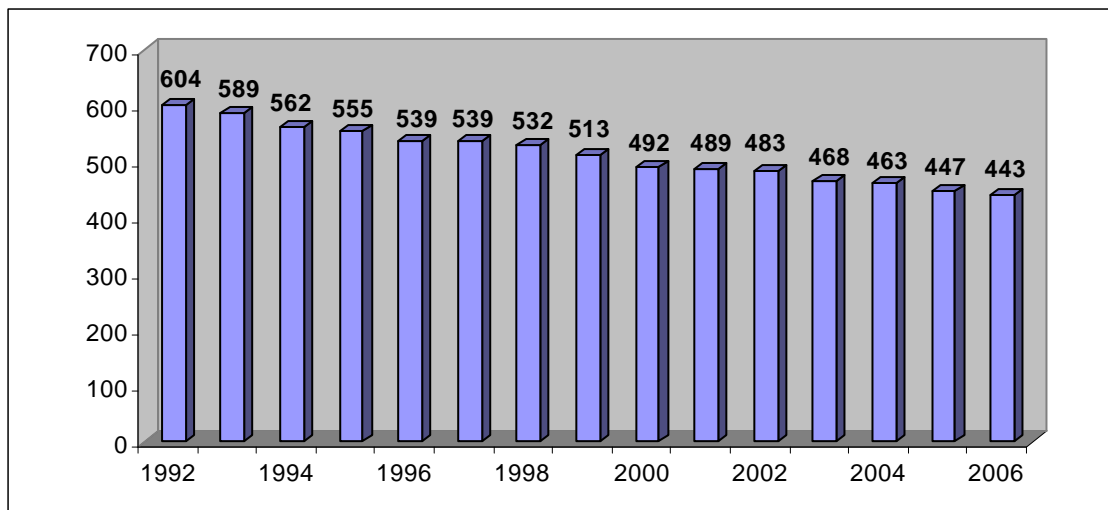
\* Incluye también la cantidad jugada en el canal Internet.

**Tabla 6.2.** Variación interanual 2006/2002 de las cantidades jugadas por habitante/año en todos los juegos (Euros)

Quizás porque la práctica totalidad de los jugadores que acuden a consulta lo hace sufriendo como juego problema las máquinas recreativas, el bingo o el casino, convenga dar unos datos de la situación actual de estos tres tipos de juego y de su evolución inmediata.

El número de casinos en la actualidad es de 39, más dos salas apéndice, las dos en la Comunidad Valenciana. El último año han abierto dos casinos nuevos, uno en Andalucía y otro en la Comunidad de Madrid. La evolución del gasto no cesa de crecer desde el año 2003, en el que se jugaron 1914,12 millones de euros, hasta el 2006, en el que dicha cantidad subió hasta los 2459,62 millones.

El número de Salas de Bingo ha ido descendiendo, año a año, y sin ningún repunte desde 1992, en el que había 604 salas abiertas, hasta el 2006, con 443 salas. Esta evolución se aprecia bien en la Figura 6.5.



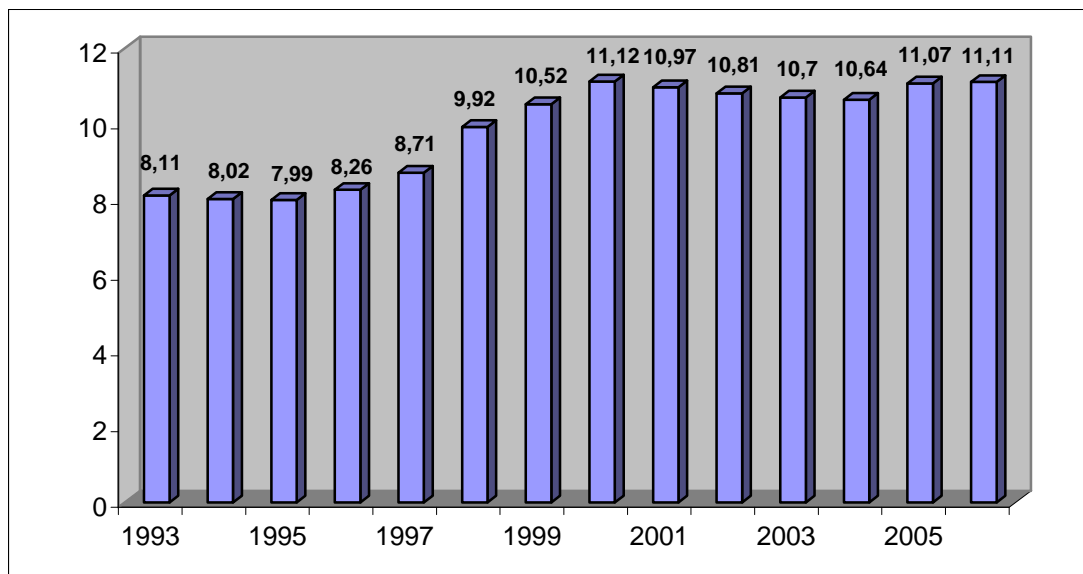
**Figura 6.5.** Evolución del número de salas de bingo.

Los ingresos por venta de cartones también han evolucionado negativamente desde el 2004, con 3.854,14 millones de euros hasta el 2006, en que se ingresaron por venta de cartones en total de las salas de bingo, 3.694,18 millones.

Es curioso el dato de la evolución experimentada en el Registro de Prohibidos, donde aparecen como incluidas las personas que cada año deciden autoprohibirse la entrada a bingos y/o a casinos. Pues bien, en el año 2006, se incluyeron en dicho registro 1.657 personas, frente a las 2.410 que se habían incluido en el año 2003. Paralelamente, de las 1.968 personas incluidas en el Registro de Prohibidos de los casinos en 2003, se ha bajado a 1.564 en el año 2006. Quizás convenga tener en cuenta y analizar esta tendencia.

En cuanto al número de Máquinas Recreativas tipo A, la tendencia también es a descender. A finales del año 2005, había 115.159 máquinas de tipo A en explotación, mientras que al término del 2006, dicho número había decrecido aproximadamente un 15%, situándose en 100.019.

Las de tipo B muestran una evolución positiva, creciendo a lo largo del 2006 en 2830 unidades, para alcanzar una cifra, en todo el Estado, de 248.796, que resultaron obtener una recaudación media de 11.118 euros por máquina, que equivale a un aumento del 0.42% respecto al año anterior. En la Figura 6.6 puede apreciarse la evolución de la recaudación media de este tipo de máquinas desde 1993.



**Figura 6.6.** Recaudación media por máquina en máquinas "B".(Miles de euros)

La gran permisividad que se alía con este tipo de Máquinas en nuestro territorio, que posibilita ubicarlas tanto en Casinos como en Salas de Juego, en Salones Recreativos y en establecimientos de hostelería o en otro tipo de locales, así como las características del propio juego, hizo que el acercamiento a ellas fuese masivo y rápido, y contribuyó en gran medida a situar a España a la cabeza de gasto en juego per cápita y a que presente una de las más altas cifras de prevalencia en problemas de juego del mundo (Becoña, 1996).

Todas las cifras anteriores se han obtenidas del *Informe Anual del Juego en España 2006*, ofrecido por el Ministerio del Interior.

### 6.3 JUEGO ONLINE

En la actualidad, y pese a que las cifras de juego, como se ha visto en el apartado anterior, siguen incrementándose moderadamente año tras año, este sector tradicional del juego se enfrenta a una potente competencia: la de las apuestas online, un sector que no está regulado y que, por lo tanto, no paga impuestos a la Administración Pública. Según el diario El País (28-08-2007), “*mientras la Administración permanece de manos cruzadas, el sector europeo de las apuestas online lanza un órdago a los Gobiernos y crece y se consolida pese a las prohibiciones*”. Para ilustrar esta

afirmación ofrece algunas cifras: PartyGaming cerró 2006 con ingresos de 1104 millones, Sportingbet con 620 millones, Betfair con 295 millones y la empresa 888, con 290 millones de euros.

Estas empresas, por regla general tienen su sede fuera de España e incluso de Europa y aprovechan la falta de regulación del juego online en la mayoría de los países. Los mismos portales de juegos de apuestas reconocen que el hecho de que las empresas estén en el extranjero o en paraísos fiscales como Malta, Costa Rica y algunos países del Caribe, puede suponer un freno de entrada y recomiendan a quien apuesta, que sólo deposite su dinero en webs que tengan “licencias de juego en algún país europeo o fiable”.

Si tenemos en cuenta que en el mundo hay más de 53000 páginas Web dedicadas al juego en sus distintas modalidades, difícilmente podrá el jugador discernir cuál es fiable y cuál no, por lo que alguna de las más de 12 millones de personas que las utilizan y que mueven en juego por Internet más dinero que todos los casinos de Las Vegas juntos, se han visto y se verán inmersas en alguno de los fraudes que se han divulgado. Como el que saltó a la prensa el 5 de Noviembre de 2007: utilizando un nombre comercial importante, una empresa fraudulenta conseguía los datos personales y bancarios de usuarios de Internet a los que les comunicaba que habían sido agraciados con un premio muy importante de Lotería.

Loterías y Apuestas del Estado ofrece la posibilidad de jugar por Internet a seis de las nueve modalidades de juego que gestiona. Quedan excluidas de este sistema de juego el Lototurf el Quíntuple Plus y la Lotería Nacional, aunque para el sorteo de Navidad de 2007, un Servidor de Telefonía Móvil ofrecía participaciones de Lotería Nacional cuyo costo se incrementaba a la factura mensual del teléfono. Según LAE, el mercado de Internet tiene ventas escasas pero crecientes. El Informe Anual del Juego en España saca a la luz que, en el 2006, la cantidad de dinero generado por el Canal Internet, ascendió a 5,21 millones de euros.

El tipo de apuesta online con más éxito es la deportiva, principalmente de fútbol nacional, aunque también cotizan los torneos europeos, el tenis y el motociclismo. En un segundo lugar quedan los juegos de azar, las cartas y las loterías. La explicación que

dan a este hecho desde las empresas de juego online es que en la apuesta deportiva, el usuario tiene más control en lo que va a apostar, decide el acontecimiento y puede comprobar el resultado a muy corto plazo.

La oferta de juegos por Internet se completa con los casinos virtuales, los bingos virtuales y los sorteos, siempre que éstos no sean de ámbito estatal.

Según la legislación vigente, las apuestas deportivas online se encuentran prohibidas en España ya que exclusivamente se permite la comúnmente conocida como “Quiniela”, la cual es gestionada por la Administración de Loterías y Apuestas del Estado; asimismo, están prohibidas las salas de bingo o casinos virtuales. Exclusivamente se reconocen como juegos el listado (Orden de 9 de Octubre de 1979), que la Comisión del Juego relaciona en su memorando, de los que se excluyen todas las modalidades, que se reconocen en el citado listado, que incluyan una operativa online.

El mencionado listado o catálogo lo “heredaron” las Comunidades Autónomas y lo modificaron cada una en su ámbito. En ninguna de ellas está permitido el juego online.

En cuanto a la publicidad, la ley 34/1987, de 26 de Diciembre, de potestad sancionadora de la Administración pública en materia de juegos, suerte, envite o azar, deja clara la prohibición de efectuar publicidad de los juegos de azar o de los establecimientos donde se practiquen, sin la debida autorización. Basta con mirar cómo se anuncian empresas de juego online en las camisetas de algunos de los mayores equipos deportivos para comprobar cómo se deja de cumplir la ley.

Respecto a las cantidades invertidas en España, en juego online, la Asociación Española de Apostadores por Internet (AEDAPI) estima en un 1,50% el aumento de las cantidades jugadas en Internet en el año 2005 respecto de 2004; estudió 15 Casas de Apuestas europeas que desarrollan su actividad en España y cifró el volumen de apuestas en el año 2005 en 255 millones de euros; el del 2006 en 413 millones y hace una previsión de gasto en este tipo de juego para el 2010 de 4200 millones de euros.

Como conclusión, parece claro que urge una ley reguladora del juego por Internet, que coloque a las empresas que ofrecen este tipo de juego al mismo nivel legal

que las autorizadas hasta ahora. La Red va a convertirse, en un futuro no muy lejano, en un lugar común de la gran mayoría de las personas; si acceder a juegos como el de las apuestas deportivas, de resultado inmediato y costo reducido, empieza a ser ya tema de conversación, seguramente dentro de un tiempo, si no se intenta remediar con una información adecuada, el número de este tipo de jugadores que acaben desarrollando una conducta de juego se podría asemejar, o incluso llegar a superar a los de Máquinas Recreativas con premio en metálico.

## 7 TRATAMIENTOS DEL JUEGO PATOLÓGICO

Antes de exponer las técnicas de intervención, hay que considerar la división de los procedimientos de intervención según los objetivos a conseguir. Inicialmente, al considerarse la ludopatía como una adicción más, se suponía que el objetivo terapéutico debía ser que la persona no volviera a jugar (lo mismo que el alcohólico no debía probar el alcohol). Se la suponía, de acuerdo con la noción del adicto, como un “enfermo” que si probaba su adicción (juego o alcohol), volvería a caer en ella. Posteriormente, lo mismo que en el caso del alcoholismo, se ha considerado que un objetivo alternativo puede ser el enseñar a las personas a jugar de forma controlada.

Las voces a favor del juego controlado han sido escasas hasta hace relativamente poco tiempo. Puede que los criterios de éxito basados solamente en la abstinencia estén ignorando índices importantes de mejora, como la reducción de la frecuencia, intensidad y urgencia del juego y, como consecuencia, posibles mejoras económicas, sociales y familiares (Prieto, 2007). Recientemente se empieza a aceptar como posibilidad este objetivo terapéutico para determinados jugadores (Blaszczynski, Ladouceur y Shaffer, 2004), pues quizás este pueda ser un objetivo válido para jugadores problemáticos pero no para los jugadores patológicos (Ladouceur, Sylvain, Boutin, Lachance, Doucet y Leblond, 2003).

A continuación se indican los tipos de tratamientos del juego patológico más relevante que se han aplicado desde los años sesenta del siglo pasado.

### 7.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La justificación del empleo de medicamentos, se apoya en la presunta existencia de una alteración biológica en los jugadores patológicos, aunque puede que también haya contribuido a la aplicación de psicofármacos consideraciones clínicas que ponen de manifiesto la presencia de estados de ánimo alterados en los jugadores o el parecido entre las conductas de juego y el trastorno obsesivo-compulsivo. Grant, Kim y Potenza (2003), consideran que el empleo de medicamentos puede potenciar la eficacia de los

tratamientos psicológicos, sobre todo cuando el juego patológico está asociado a multiimpulsividad o a depresión.

Los medicamentos más utilizados para el juego patológico han sido: estabilizadores del humor, antagonistas del receptor opioide  $\mu$ , inhibidores de la recaptación de serotonina y antipsicóticos típicos y atípicos.

### 7.1.1 Estabilizadores del humor: litio, carbamazepina y ácido valproico.

Algunos autores (Hollander, Buchalter, De Caria, 2000; Haller, Hinterhuber, 1994; Grant, Kim, Potenza, 2003), hablan de buenos resultados en jugadores patológicos, con el uso de litio, carbamazepina y ácido valproico, pero señalan que limitaciones en la metodología utilizada y deficiencias en la descripción de las características de los pacientes, hacen de estos medicamentos todavía un campo que se debe investigar más profundamente.

### 7.1.2 Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS)

La serotonina ha sido postulada como uno de los mecanismos implicados en los trastornos del control de los impulsos y del trastorno obsesivo-compulsivo; por esta razón, para quienes el juego patológico es una entidad básicamente relacionada con el pobre control de impulsos y para quienes lo consideran dentro del espectro obsesivo-compulsivo, la serotonina y los medicamentos que actúan modificando su recaptación, se convierten en esenciales en el tratamiento de jugadores patológicos. Se han documentado pocas concentraciones de serotonina en pacientes con esta patología, específicamente escasas cantidades de MAO plaquetaria y de ácido-5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo (De Caria, Hollander, Crossman, Wong, Mosovich, Cherskasky, 1996; Hollander, Buchalter, DeCaria, 2000; Grant, Kim, Potenza, 2003).

### 7.1.3 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Se han investigado la fluvoxamina, la paroxetina, el citalopram y la fluoxetina en el tratamiento para el juego patológico, y se ha encontrado efectividad en todas pero a dosis mayores que las utilizadas en trastornos depresivos y obsesivo-compulsivos (Grant, Kim, Potenza, 2003). Según estos autores, estos medicamentos reducen los

síntomas a corto plazo y son efectivos independientemente de si hay o no comorbilidad con depresión.

Existe un estudio doble ciego (Grant y Potenza, 2006) de manejo de pacientes que presentaban juego patológico y ansiedad, con escitalopram. Los investigadores compararon los resultados del medicamento con los de un placebo, en una muestra de trece participantes, y observaron resultados positivos con dicha molécula.

#### 7.1.4 Antagonistas de los receptores de opioides: Naltrexona

El sistema de receptores opioides  $\mu$  está implicado en la respuesta al dolor, el placer y la recompensa, por esto ha sido investigada dentro de la fisiopatología del juego patológico y se ha asociado además este mecanismo a la sensación de urgencia implicada en el mismo (Grant, Kim, y Potenza, 2003). La Naltrexona se ha utilizado en patologías psiquiátricas donde la urgencia es el síntoma predominante, como la dependencia de sustancias opiáceas, de alcohol, de nicotina o de cocaína. La utilización de este medicamento para el juego patológico, confirma el apoyo a la teoría de que el juego patológico es una entidad que pertenece al grupo de las adicciones.

#### 7.1.5 Antipsicóticos

Basados en la comorbilidad entre esquizofrenia y trastornos relacionados con adicciones (entre ellas el juego patológico), diversos autores han descrito una disminución de los comportamientos adictivos en pacientes esquizofrénicos atípicos (Potenza y Chambers, 2001; Grant, Kim y Potenza, 2003). No hay acuerdo para determinar el tiempo que debe durar el tratamiento con estos medicamentos para los jugadores patológicos, ni guías específicas que indiquen cómo debe iniciarse un tratamiento para este tipo de jugadores. (Ver Bahamón, 2006).

La eficacia del tratamiento farmacológico para el juego patológico procede en general de observaciones sobre un escaso número de pacientes o de estudios no controlados (Ibáñez y Sáiz, 2000). Además, el número de estudios realizados es escaso y mucho no reúnen las condiciones metodológicas necesarias.

De todas formas, aunque pudiera establecerse la existencia de alteraciones bioquímicas, no se pueden soslayar aspectos de gran relevancia, como son los principios de aprendizaje, las distorsiones cognitivas, las deudas y las múltiples alteraciones que provoca la conducta de jugar en exceso, y que contribuyen a su mantenimiento, que precisan de una específica intervención terapéutica.

## 7.2 GRUPOS DE AUTOAYUDA

Los primeros grupos de autoayuda y los más conocidos, son los de Jugadores Anónimos (Gamblers Anonymous, G.A.), organización fundada en 1957 en Los Ángeles (California). Concibe el juego como una enfermedad crónica progresiva, que puede ser detenida pero no curada; de forma que la participación en cualquier forma de juego, conducirá irremisiblemente a la pérdida del control y a la recaída. La mayoría de las Asociaciones de Autoayuda en España se basaron, para comenzar, en la filosofía de Jugadores Anónimos, y siguen considerándola válida a tenor del escaso cambio experimentado desde el inicio.

Estos grupos de autoayuda, actúan mediante reuniones en grupo semanales, en las que cada jugador expone su caso, su problema, el tiempo que lleva sin jugar y la catadura que se le supone a una persona capaz de llevar a cabo la conducta que ellos reconocen en sí mismos. De esta manera, se fuerza al jugador a reconocer su problema y sus efectos, a la vez que se le ofrece, a partir de la experiencia de los otros, la posibilidad de aprender conductas adecuadas para hacer frente a las situaciones de riesgo de volver a jugar, y a desenmascarar los mecanismos de autoengaño frecuentes en el jugador patológico. Los grupos, además, constituyen una red de apoyo social que anima a sus miembros a continuar controlando su problema y al que pueden recurrir en momentos de dificultad (McCormick y Ramírez, 1988). Estos grupos son (Lesieur, 1990), acercamientos no profesionales que se basan en la mezcla del modelo médico, del que adoptan el etiquetamiento, con un modelo espiritual.

Son escasos los datos que evalúan la eficacia de estos grupos de autoayuda, debido a que las características propias de tales organizaciones, dificultan este tipo de estudio (Echeburúa y Báez, (1990):

- A) El anonimato de los miembros dificulta el registro de los sujetos en cuanto al seguimiento individual de las recaídas, la duración de la abstinencia o si el sujeto ha abandonado o sigue en el tratamiento.
- B) La fuente de información dimana de la comunicada por los sujetos, por lo que es incompleta tratándose de conductas adictivas.
- C) Los sujetos que forman parte de estos grupos, tienen que tener una actitud positiva hacia este sistema y aceptar todas las normas establecidas por ellos, por lo que pueden representar una muestra no representativa de la población de jugadores patológicos. Tampoco hay grupos de control y al final no se puede saber si lo que se está evaluando es la eficacia de esta modalidad terapéutica o la motivación hacia el tratamiento.
- D) Es difícil comprobar la fiabilidad o validez de los cuestionarios utilizados, por que los miembros de los grupos son muy cambiantes en cada reunión: sujetos nuevos, miembros de otros grupos, asistentes esporádicos, sujetos que han experimentado recientemente una recaída, etc.

El abandono de estos grupos es muy alto y la abstinencia baja (Petry, 2005), estimándose como causa más importante la resistencia a asumir que su problema es una enfermedad crónica y debe ser tratado como tal (Custer, 1984). Stewart y Brown (1988), constataron una pérdida del 22% de los sujetos tras la primera reunión, del 50% tras la tercera y del 70% tras la décima; por lo que al cabo de diez reuniones, sólo quedaban tres de cada diez de la muestra original. En este mismo estudio se consiguió el éxito terapéutico (la abstinencia total), en un 8% de los casos, al cabo de un año y en un 7% al cabo de dos años, aunque todavía un 15% de sujetos mantiene un contacto regular con la asociación que impartió el tratamiento.

A pesar de los datos anteriores, es posible que este procedimiento pueda ser útil en algunos casos, bien como procedimiento único, o más probablemente como un procedimiento útil en conjunción con otros procedimientos de intervención. Algunas indicaciones señalan al respecto que este programa puede ser de mayor eficacia en aquellos pacientes con una dependencia muy arraigada del juego, pero no así en pacientes que buscan ayuda en las primeras fases del problema (Echeburúa y Báez,

1990); también señalan la posibilidad de que estas asociaciones puedan ser útiles para conseguir evitar recaídas, pero no tanto para manejar a los pacientes que las han experimentado (Brown, 1987).

En resumen, la filosofía de estas asociaciones es muy peculiar. Por una parte, considerar el problema como una enfermedad no parece lo más adecuado para buscar soluciones eficaces, y considerarlo incurable mucho peor. No es deseable por ninguna persona que, tras largos años sin jugar, tenga que seguir pensando que todavía es y será para toda la vida un jugador patológico; un episodio aislado de juego tras un tiempo de abstinencia, desde la óptica del jugador tratado en este tipo de grupos, es una prueba de que jamás se dejará de ser un jugador.

### 7.3 TÉCNICAS AVERSIVAS

Han sido unas de las primeras técnicas utilizadas con el objetivo de abordar eficazmente el problema del juego patológico. Se fundamenta en la supuesta analogía entre otras adicciones y el juego patológico; Si una persona lleva a cabo una conducta de juego en exceso, es porque las consecuencias de esas respuestas le resultan agradables. Si se consiguiera que esas conductas fueran seguidas de consecuencias aversivas, las personas aprenderían a asociar la emisión de esas conductas a estas consecuencias desagradables, con lo que perderían su atractivo.

Los estudios que ilustran los distintos procedimientos de aplicación de las técnicas aversivas, muestran que las basadas en la teoría del Condicionamiento Clásico fueron las primeras en utilizarse para el tratamiento del juego patológico.

Estos trabajos refieren básicamente estudios de casos, como los de Barker y Miller (1968), Goorney (1968), Seager, Pokorny y Blak (1966) y Seager (1970). El modo de proceder en estas intervenciones consistía en asociar una descarga eléctrica con la conducta de juego, teniendo en cuenta los parámetros técnicos necesarios de acuerdo con los principios del Condicionamiento Clásico.

La Sensibilización Encubierta ha sido otro procedimiento aversivo que se ha utilizado; se asocian estímulos aversivos a la conducta de juego, si bien los estímulos

aversivos no son físicos, sino imaginarios (Cotler, 1971). En algunos casos, la sensibilización encubierta se ha combinado con otras técnicas no aversivas o con aversivas que utilizaban estímulos físicos (Cotler, 1971; Bannister, 1977; Greenberg y Rankin, 1982).

Estudios controlados más recientes, encaminados a determinar la eficacia diferencial de la terapia aversiva en el tratamiento del juego patológico (McConaghy et al., 1983; 1991), han mostrado que en ningún caso se consigue la abstinencia y que el porcentaje de jugadores que controla o ha reducido su conducta de juego no supera al obtenido con las otras técnicas utilizadas, como Desensibilización Sistemática, Exposición y Relajación.

No hay estudios actuales que empleen técnicas aversivas, en especial técnicas aversivas que recurran a estímulos físicos. Aunque se pueda establecer una asociación eficaz entre conducta de juego y estímulos aversivos, los efectos de las técnicas aversivas suelen ser sólo temporales; si la persona no ha aprendido a desarrollar conductas alternativas a las el juego, y no utiliza otras técnicas para descubrir y controlar los estímulos responsables de dicha conducta, ésta aparecerá de nuevo.

## 7.4 TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN

### 7.4.1 Desensibilización sistemática

El empleo de esta técnica se justifica en el hecho de que la conducta de juego se asocia en muchos casos con alteraciones en el nivel de activación fisiológica, y también con el aumento del nivel de ansiedad. Hay autores que justifican la aplicación de la Desensibilización Sistemática por la relevancia atribuida al Mecanismo de Ejecución Conductual (McConaghy, 1980, 1983) como teoría explicativa del mantenimiento del juego. Para estos autores, el factor que mejor explicaría la persistencia en el juego de los jugadores patológicos no sería la búsqueda de estimulación, sino un intento de evitar los niveles de activación inadecuados, que son percibidos como aversivos junto a los efectos producidos por el Mecanismo de Ejecución Conductual (Blaszczynski, Wilson y McConaghy, 1986).

Para comparar la eficacia de los procedimientos aversivos con los dirigidos a reducir la ansiedad, se llevó a cabo en Australia un estudio riguroso de comparación de las dos técnicas (McConaghy, Armstrong, Blaszczynski y Allcock, 1983), con una muestra de veinte jugadores patológicos. Estos autores recogieron unos resultados muy superiores en términos de reducción de la conducta de juego cuando emplearon la desensibilización sistemática en imaginación que con la aplicación de la modalidad aversión-alivio, de terapia aversiva. En concreto, tras la evaluación de los pacientes al mes y al año de tratamiento con un evaluador independiente, un 70% de los sujetos tratados con desensibilización imaginada, o no jugaba o lo hacía muy moderadamente, frente al 20% de los sujetos tratados con terapia aversiva.

En 1988, estos mismos autores aplicaron la técnica de desensibilización imaginada y relajación en dos muestras distintas de jugadores patológicos. Ambas técnicas se mostraron eficaces para controlar el impulso de jugar y para reducir la conducta de juego. La tasa de éxito, total o parcial, obtenida en el grupo donde se aplicó la desensibilización fue del 50%, mientras que los que fueron entrenados en relajación, ofrecieron una tasa del 70% de abstinencia o mejoría.

En un estudio de revisión de resultados terapéuticos (con una media de cinco años de seguimiento), en los que se habían empleado desensibilización sistemática, exposición en vivo, terapia aversiva y relajación (McConaghy, Blaszczynski y Frankova, 1991), se encontró una diferencia significativa a favor de la desensibilización sistemática, como la intervención que obtuvo un porcentaje mayor de éxito: un 78% de abstinencia o juego controlado, frente a un 53% conseguido con cualquiera de las otras técnicas.

Para resumir, hay que poner en evidencia el salto cualitativo que representó la aplicación de este tipo de técnicas respecto a la terapia aversiva empleada anteriormente, así como los resultados obtenidos con ellas.

De todos modos, y a pesar de estos resultados tan incuestionables, si se aplica este tipo de tratamiento en exclusiva, no se están abarcando todos los aspectos implicados en la conducta de juego, y si bien es cierto que se puede controlar la ansiedad, y que controlándola se puede reducir la conducta de juego patológico, este

acercamiento no permite manejar aspectos como la forma de resolver problemas, la ilusión de control, la relación con el dinero y la idea sobre el mismo, las relaciones sociales, etc., que son factores que en una u otra medida pueden estar afectando esta conducta, y que habría que controlar.

#### 7.4.2 Exposición con prevención de respuesta

Con el objetivo de conseguir que la persona lleve a cabo una conducta distinta a la del juego ante situaciones en las que con anterioridad jugaba, se han desarrollado técnicas que consisten en exponer regularmente a los sujetos a tales situaciones, pero sin permitirles jugar y facilitando que realicen conductas alternativas (González, 1989). Se trataría de conseguir que se habitúe el sujeto a los estímulos que anteceden a la conducta de jugar, facilitando la extinción de ella y, al mismo tiempo, favorecer que la persona lleve a cabo conductas alternativas ante situaciones que derivaban habitualmente en jugar.

A los procedimientos implicados en cambiar la capacidad estimular de la situación para controlar la conducta de juego, se les conoce también como *técnica de control de estímulos*. La exposición en vivo suele aplicarse en combinación con el control de estímulos. Esta última técnica, ayuda a corto plazo a impedir la conducta de juego, facilitando la posterior aplicación de la exposición con prevención de respuesta. Una vez conseguidas las habilidades adecuadas para hacer frente con éxito a los estímulos desencadenantes de la conducta de jugar, se retiran paulatinamente los controles establecidos.

Combinando estas dos técnicas se han llevado a cabo algunos programas de tratamiento para el juego patológico. Greenber y Rankin (1982), que emplearon la exposición con prevención de respuesta –que incluía parada de pensamiento o sensibilización encubierta ante la urgencia de jugar- más control estimular, obtuvieron unos resultados modestos. Tras seis sesiones con asistencia irregular, con más del 50% de abandonos y un nivel medio de seguimiento no sistemático de 8,5 meses, de los 26 pacientes tratados, 5 se mantenían abstinentes (19%), 7 habían mejorado (27%) pero recaían de forma intermitente y 14 (54%) seguían jugando de forma descontrolada.

Otros estudios, realizados en España, ofrecen resultados mucho más esperanzadores (González et al., 1990; Aranda et al., 1991; Arribas y Martínez, 1991; Báez y Echeburúa, 1995; Sevilla y Pastor, 1996; Fdez-Alba, 1999; Labrador y Fernández-Alba, 2002). Cabe resaltar el 75% de abstinentes, de una muestra de 16 participantes al cabo de los seis meses y del 68,8% de abstinentes al cabo de un año, que obtuvieron Echeburúa et. al. (1994, 1996) aplicando control estimular más exposición con prevención de respuesta.

La valoración de este tipo de procedimientos de intervención va en la dirección de la ofrecida en el caso de los de reducción de la ansiedad. Son procedimientos eficaces para controlar alguno de los factores que parecen implicados en el inicio o en el mantenimiento del problema del juego por lo que su utilidad queda restringida al control de esos factores solamente. El resto de los factores que contribuyen también a que la conducta de juego se mantenga, tendrán que controlarse por otros procedimientos.

## 7.5 TERAPIA COGNITIVA

Este tipo de terapia se centra en la identificación de ideas erróneas sobre el juego y su sustitución por otras más realistas.

Los primeros estudios realizados aplicando estas técnicas, se remontan a la década de los setenta del siglo pasado. El más antiguo, posiblemente sea el de Bannister (1977), en el que se aplican conjuntamente Terapia Racional Emotiva, Sensibilización Encubierta y Valium a un jugador patológico de 46 años. La intervención se llevó a cabo durante tres semanas con un total de 9 sesiones de una hora de duración. Un seguimiento de dos años y medio mostró que el sujeto seguía sin jugar, no manifestaba deseos de jugar y había mejorado su autoimagen.

Ladouceur, Boisvert y Dumont (1994), aplicaron otro tratamiento cognitivo-conductual a cuatro jugadores adolescentes que cumplían los criterios del DSM-III-R. El tratamiento incluía cinco componentes: información sobre el juego, intervención cognitiva, entrenamiento en resolución de problemas, prevención de recaídas y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados muestran cambios significativos

en todos los sujetos, que al cabo de dos seguimientos, a los 3 y a los 6 meses, seguían abstinentes.

En 1996, Ladouceur informa de los resultados obtenidos al aplicar las mismas técnicas a 29 jugadores problema, según los criterios del DSM-III-R; se les aplicó el tratamiento durante una media de 17 horas. Los resultados muestran una clara mejoría en todas las variables dependientes establecidas: Criterios de juego en el DSM-III-R, percepción del control sobre el juego, percepción de autoeficacia, criterios de juego del SOGS y deseo de jugar.

Aunque los estudios de resultados mediante la aplicación de este tipo de intervención no comenzaron a prodigarse hasta la década de los 90, actualmente es una de las técnicas más utilizadas para el tratamiento del juego patológico (Tavares et al., 2003), y Ladouceur posiblemente sea el investigador que más ha contribuido con sus estudios a esta realidad y quien ha señalado el camino para las investigaciones en este campo.

El procedimiento de aplicación propuesto por Ladouceur (Ladouceur et al., 2002), precisa, en primer lugar, la observación y la auto-observación retrospectiva de una sesión de juego reciente, con el objetivo de detectar las ideas equivocadas sobre el juego y sobre las estrategias establecidas para ganar. A partir de ellas, se intervendrá con el jugador para conseguir de él que se dé cuenta de la naturaleza destructiva de los juegos de azar, que incremente la motivación de cambio, que entienda el concepto de azar, que “vea” cuales son los pensamientos erróneos que están determinando la conducta de jugar y sus consecuencias, y que sustituya estos pensamientos por otros más realistas y adecuados que le ayuden a dejar de jugar.

Del mismo autor y de su equipo han partido las investigaciones encaminadas a verificar la eficacia de la terapia cognitiva. Al margen de estudios de casos, Sylvain, Ladouceur y Boisvert (1997), señalan una tasa de abstinencia del 71% al cabo de los seis meses en una muestra de 14 sujetos, con un 29% de abandono. Otro estudio controlado (Ladouceur, Sylvain, Boutin, Lachance, Doucet y Leblond, 2003) muestra unos resultados similares: el 67% de abstinentes a los 6 meses en una muestra de 34

jugadores, aplicando reestructuración cognitiva más prevención de recaídas en la modalidad de terapia de grupo.

Otros autores (Fernández-Alba, 1999; Labrador y Fernández-Alba, 2002) han aplicado la terapia cognitiva como uno de los elementos componentes del programa de intervención, y han obtenido tasas de abstinencia entre el 15-55% cuando la reestructuración cognitiva constituía del elemento central del tratamiento.

Esta discrepancia de resultados según comunicación personal de Ladouceur, (Fernández-Alba, 2004), puede deberse a una forma de realización de la terapia cognitiva más directiva y a un número de sesiones también menor, así como la inclusión de los abandonos a lo largo de la intervención en la tasa de fracaso terapéutico.

González-Ibáñez (2005), describe un tratamiento específico que podría adaptarse a cada uno de los subgrupos de Blaszczynski (2000). Esta autora propone un tratamiento cognitivo conductual abierto o cerrado, individual o grupal, para los subgrupos 1 y 2.

La presencia de distorsiones cognitivas en el juego patológico resulta mucho más abrumadora que en el resto de los trastornos adictivos (Ochoa y Labrador, 1994); por ello, resulta poco probable la efectividad de un tratamiento que, sin dejar de ayudar a controlar la activación fisiológica y al desarrollo de nuevas conductas, no tome en cuenta, específicamente, la intervención desde el nivel cognitivo-conductual.

## 7.6 TERAPIA DE GRUPO

Aunque ya se ha visto la importancia que se le da al grupo en las asociaciones de autoayuda y aunque algunos autores han señalado la conveniencia de la terapia de grupo (Lesieur y Custer, 1984; González, 1989; Bombín, 1992), sola o en combinación con terapia individual, para el control del juego patológico, no hay muchas descripciones del tipo de terapia de grupo utilizada, ni resultados descritos sobre la eficacia de este enfoque, ni mucho menos estudios diferenciales de este tipo de terapia respecto de otras modalidades de tratamiento.

La utilización de este tipo de terapia ha sido recomendada por distintos autores, argumentando que tienen más éxito porque capacitan al terapeuta para aprovechar los recursos terapéuticos del grupo (Lesieur y Custer, 1984), o porque desarrolla la cohesión del grupo y la catarsis (Adkins, Taber y Russo, 1984), o porque es una buena manera de aumentar las habilidades sociales y de comunicación (Blackman, Simone y Thoms, 19996) o bien resaltan que el grupo es importante para conseguir la identificación con otros jugadores que luchan contra sus impulsos, y para el aprendizaje de habilidades de autocontrol (McCormick y Ramírez, 1988).

En algunos trabajos sobre el tratamiento del juego patológico mediante terapia de grupo, se incluye a algún familiar dentro del grupo. Así, Boyd y Bolen (1970), consideraban que el juego patológico forma parte de una relación de pareja deteriorada y llevaron a cabo una terapia de pareja con nueve jugadores y sus cónyuges; Al cabo de un año, obtuvieron unos resultados de 8 jugadores que habían dejado de jugar totalmente o jugaban muy poco; González (1989), propone, en el marco de un programa de tratamiento más amplio, una terapia de grupo con y sin familiar. Mercade, González, Pastor y Aymamí (1990), describen las técnicas utilizadas en un programa de tratamiento en grupo. Incluyen a los familiares en las sesiones con la finalidad de que la familia comprenda el problema y se pueda implicar en el proceso de tratamiento; también para prestarle atención específica puesto que su estado emocional suele estar alterado y para utilizar el contexto grupal con la intención de restablecer relaciones familiares deterioradas. Las técnicas que utilizaron a lo largo de las sesiones son las siguientes: El contrato terapéutico, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, instrucciones y autoinstrucciones, “feedback”, reforzamiento, compromiso con el grupo, prevención de recaídas y otros procesos de aprendizaje como el aprendizaje vicario y el modelado. Los resultados obtenidos al cabo de los cuatro meses primeros de tratamiento, con esta terapia, muestran que 8 de los 16 participantes mantenían la abstinencia, y otros 2, habían tenido alguna recaída (Turón, Salgado, González y Vicente, 1990).

Otros autores, sin embargo, desaconsejan este tipo de terapia al considerar que, sobre todo en las sesiones iniciales, se corre el riesgo de que aparezca algún tipo de hostilidad que hasta entonces había permanecido latente (Lesieur y Custer, 1984). Estos

autores aconsejan llevar a cabo la terapia de grupo solamente con jugadores y paralelamente otra intervención con sus familiares.

Un trabajo reciente (Rubio, 2005), pretendía comprobar la eficacia de un tratamiento psicológico diseñado para abordar el juego patológico y comparar dicha eficacia cuando el mismo tratamiento es aplicado de manera individual y en terapia de grupo. Ambos grupos estaban compuestos por 20 participantes. Los componentes terapéuticos del programa de intervención fueron: Exposición con prevención de respuesta, reestructuración cognitiva, solución de problemas, conductas alternativas al juego y prevención de recaídas. Se completaron 9 sesiones de terapia y los resultados más importantes de la investigación señalan la eficacia del programa de intervención en sus dos formas de aplicación. En el postratamiento se obtuvo un 85% y un 65% de abstinencia en el tratamiento grupal y en el tratamiento individual, respectivamente. Al cabo de un año, ambas modalidades se igualan en eficacia terapéutica mostrando, en los dos tipos, un 55% de participantes abstinentes.

La terapia de grupo, tanto aplicada de forma exclusiva o en combinación con una intervención individual, con familiares integrados en los grupos de terapia o no, puede que sea una forma eficaz de intervención en el problema del juego patológico; pero teniendo en cuenta la diversidad de las propuestas ofrecidas hasta ahora, sin apenas evidencia empírica que las respalde, hay que reconocer el carácter provisional de este enfoque y esperar futuras investigaciones controladas para determinar su eficacia real.

## 7.7 PROGRAMAS MULTICOMPONENTES

Con el objetivo de atender no solamente a uno de los factores que pueden estar determinando el mantenimiento de la conducta de juego, y tener en cuenta mucho más a los problemas colaterales como los conflictos de pareja, la depresión, las relaciones sociales, problemas económicos, etc., que además de limitar la calidad de vida de los pacientes pueden actuar como factores desencadenantes de episodios de recaída, se han desarrollado una serie de programas multicomponentes; entendiendo por tal a los programas que engloban diferentes técnicas con el objetivo de controlar distintos aspectos de la ludopatía. Estos programas se empezaron a aplicar en régimen de internamiento y posteriormente, también en régimen ambulatorio.

### 7.7.1 Programas multicomponentes en régimen de internamiento

Durante mucho tiempo los programas multicomponentes más usuales se han desarrollado en régimen de internamiento en un intento de generalización de otros programas ya existentes para el alcoholismo y que habían sido útiles para el control de pacientes con conductas o ideas de suicidio y sin un sistema de apoyo familiar o social (Lesieur y Custer, 1984; Peck, 1986).

De entre estos programas, destaca por la precisión con que está descrito el de la Brecksville Unit of Cleveland Veterans Administration Medical Centre (Ohio, E.E.U.U.). Es el primer programa de este tipo que se comenzó a implantar en Estados Unidos; concretamente en el año 1972.

Tenía una duración de 30 días y sus objetivos consistían en conseguir la abstinencia del juego, reducir el impulso de jugar y restablecer un funcionamiento social adecuado.

Las técnicas utilizadas fueron: presentaciones didácticas sobre la adicción, educación para la salud, terapia de grupo, participación regular en Jugadores Anónimos en el mismo hospital y planificación detallada de la recuperación financiera.

A excepción de la terapia de grupo y la asistencia a Jugadores Anónimos, el programa se impartió conjuntamente a pacientes con problemas de juego y de alcohol.

Los resultados de este programa (Russo, Taber, McCormick y Ramírez, 1984), indican alrededor de un 67% de abstinencia a los seis meses y de un 55% al año de seguimiento; resultados que, un abandono a lo largo del seguimiento del 52%, se restringen a un 32% y a un 26% de abstinencia, a los seis y doce meses, respectivamente. Un estudio posterior con el mismo programa obtuvo un 48% de abstinencia a los seis meses y un 38% al año de seguimiento. En ambos estudios, los pacientes más mejorados eran los que tendían a formar parte de Alcohólicos Anónimos y/o se sometían a algún tipo de terapia psicológica cuando abandonaban el hospital.

En otro estudio, 72 pacientes que padecían dependencias múltiples fueron tratados en la unidad de toxicomanías de un hospital privado de E.E.U.U. (Lesieur y Blume, 1991). El programa consistió, básicamente, en terapia individual y de grupo, educación sobre los efectos del alcohol, del juego y de las drogas, terapia de apoyo familiar, psicodrama y asistencia a las reuniones de Alcohólicos y Jugadores Anónimos. La tasa de abstinencia tras un seguimiento de seis a catorce meses –teniendo en cuenta que se perdió a un 58% de los pacientes durante el seguimiento- hay que situarla entre un 28% y un 37% del total de pacientes con los que se comenzó el estudio. Merece mención que el 51% de los jugadores abstinentes atribuyen su éxito a la terapia de grupo.

Por último, en otro estudio (Schwartz y Lindner, 1992) con 58 jugadores patológicos ingresados en Alemania, en una unidad de toxicomanías, se aplicó durante cuatro meses a los que no tenían otra adicción (el 36% de la muestra), un tratamiento consistente en psicofármacos, terapia de grupo, tratamiento individual, terapia ocupacional, laborterapia, hidroterapia, relajación, ejercicio físico, terapia de grupo familiar, terapia cognitiva y educación para la salud. La tasa de abstinencia real fue del 50% y del 22% al cabo de uno y de dos años respectivamente.

En resumen, estos programas tienden a mostrarse efectivos del 20% al 50%. Teniendo en cuenta, además de lo poco deseable que se percibe el estar internado, el gasto económico que supone el internamiento y la posibilidad de que estos resultados puedan obtenerse en régimen ambulatorio llevando a cabo estos programas u otros similares, parece obvio que no se puede aconsejar este tipo de intervención como el mejor tratamiento a la hora de abordar el problema del juego patológico. Posiblemente resulte más apropiado para comorbilidades severas (Petry, 2005).

### 7.7.2 Programas multicomponentes en régimen ambulatorio

La recomendación actual, fruto de las investigaciones anteriores, es el abordaje del problema del juego patológico con programas multicomponentes integrados por técnicas encaminadas a tratar aspectos concretos involucrados en el mantenimiento del juego junto con otras técnicas específicas que se determinen para cada paciente, pero en régimen ambulatorio.

De entre los programas de este tipo propuestos, se destacan cuatro, y se hace porque: se han diseñado teniendo en cuenta los factores que, según las investigaciones, parecen desempeñar un papel relevante en el mantenimiento del juego, como son las distorsiones cognitivas y los efectos de la activación fisiológica; las técnicas empleadas han sido diseñadas para un tipo concreto de juego y porque los programas aludidos se apoyan en estudios que controlan bien su eficacia.

*1. Programa de Ladouceur en la Universidad de Laval (Caval)*

Es un programa de amplio espectro (Ladouceur, 1991b; Ladouceur, Gaboury y Duval, 1988; Ladouceur, Sylvain, Duval, Gaboury y Dumon, 1989) que incide en diferentes conductas y problemas del jugador. Se centra sobre todo en los aspectos cognitivos del juego patológico.

Para Ladouceur, el desarrollo de distorsiones cognitivas y la sensación de control son los responsables de que el jugador crea que puede establecer una estrategia capaz de ganarle al azar.

El objetivo es modificar y controlar las distorsiones cognitivas referidas al azar, para que el jugador pierda interés por el juego.

El componente principal del programa es la reestructuración cognitiva que lleva implícito: a) El análisis de los hábitos del juego para averiguar si existe un juego y/o un lugar percibido con una mayor probabilidad de ganar, así como los rituales, hábitos y supersticiones sobre el juego; b) Información sobre el juego y el azar; c) Explicación de la noción de irracionalidad; d) Identificación de los pensamientos irracionales, con el fin de aumentar la capacidad del jugador para descubrir sus distorsiones cognitivas; e) Comprensión de la noción de racionalidad, y f) Corrección cognitiva, o sustitución de ideas irracionales por pensamientos más realistas.

Las técnicas complementarias del programa son: solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y prevención de recaídas.

Los resultados obtenidos tras la aplicación de este tipo de programa en diferentes momentos van, del 33% de abstinencia total a los seis meses (Sylvain y Ladouceur, 1992) hasta el 75% (Ladouceur et. al., 1994) al cabo del mismo tiempo de seguimiento.

Bujold et. al. (1994), encontró una abstinencia del 100% al cabo de nueve meses, aplicando este tipo de programa.

Conviene señalar algunas consideraciones al margen de los resultados: 1) El número de verbalizaciones irracionales disminuye, mientras que aumenta el de racionales durante el tratamiento, manteniéndose el cambio durante el seguimiento. 2) La modificación de las distorsiones cognitivas se ve afectada por la intensidad y por la persistencia de los hábitos de juego, siendo más resistentes al cambio las referidas a hábitos más acusados. 3) La reestructuración cognitiva no elimina totalmente los hábitos de juego. 4) No se producen cambios en el nivel de motivación de los jugadores.

## *2. Programa del profesor E. Echeburúa en la Universidad del País Vasco*

Es un programa que tiene como objetivo terapéutico la abstinencia y que va dirigido a jugadores de máquinas recreativas con premio. Los autores llevaron a cabo un estudio controlado con una muestra compuesta por 64 jugadores patológicos (Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1994, 1996) que tenía por objetivo analizar la eficacia diferencial de la Terapia cognitivo-conductual y la Terapia de exposición gradual en vivo con prevención de respuesta más control de estímulos. Se utilizó un grupo de control y tres grupos experimentales que recibieron, cada uno, uno de los siguientes tratamientos: a) Terapia individual de control de estímulos y exposición gradual en vivo con prevención de respuesta; b) Terapia de grupo cognitivo-conductual y c) Tratamiento combinado a+b.

En la terapia individual se utiliza como componente fundamental el control de estímulos más exposición gradual en vivo con prevención de respuesta. Se comienza aplicando el control de estímulos, principalmente el manejo de dinero y las situaciones o circuitos “de riesgo”, para continuar con la exposición gradual en vivo cuyo objetivo es reducir o eliminar la potencia de los estímulos de riesgo y generar expectativas de autoeficacia, provocando, para ello, que los pacientes experimentasen el deseo de llevar a cabo la conducta de juego ante tales estímulos, pero previniendo dicha respuesta.

Como técnicas complementarias se aplican, en el tratamiento individual, el desarrollo de conductas alternativas al juego y prevención de recaídas.

Se lleva a cabo en seis sesiones de una hora (la segunda sesión, de hora y media) de duración, con una periodicidad semanal.

La terapia de grupo tiene como componente fundamental la terapia cognitiva, que se centra fundamentalmente en la identificación y corrección de las creencias irracionales; su aplicación en terapia de grupo se justifica porque se supone que son más fáciles de aflorar con la participación de otros jugadores.

Como técnicas complementarias, se aplican: desarrollo de conductas alternativas al juego, entrenamiento en solución de problemas y prevención de recaídas.

Se llevan a cabo seis sesiones de grupo, de una hora de duración y periodicidad semanal. Los grupos los dirige un terapeuta y están formados por cinco o seis pacientes.

Se define el éxito terapéutico en este trabajo como la abstinencia o la ocurrencia de uno o dos episodios aislados de juego durante los doce meses siguientes a la terapia, siempre que lo gastado en total no supere la cantidad gastada en juego en una semana durante el pretratamiento. En la tasa de fracaso se incluyen también los abandonos.

Los resultados indican que las tres modalidades son igualmente eficaces para detener rápidamente la conducta del juego, aunque no tanto para mantener la abstinencia (Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1996). Con el tratamiento individual se observa una abstinencia del 75% a los seis meses y del 68% al cabo del año, frente al 62% y al 37% que se da en el tratamiento de grupo al cabo de los seis y doce meses respectivamente. La abstinencia con el tratamiento individual más grupal fue de un 37% al cabo de los seis meses y se mantuvo constante al año. Asociada a la abstinencia se da una mejoría en el funcionamiento familiar, social y psicológico.

### 3. *Estudio posterior del profesor Echeburúa (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1999, 2000)*

En un estudio posterior trabajan con una muestra compuesta por 69 jugadores patológicos (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1999, 2000) con el objetivo de establecer la eficacia del componente de prevención de recaídas. Este estudio constó de dos fases; en la primera, a todos los pacientes se les aplicó un programa individual de tratamiento basado en control de estímulos y exposición gradual en vivo con prevención

de respuesta durante seis sesiones de periodicidad semanal. En la segunda fase, los sujetos fueron distribuidos aleatoriamente en una de las tres modalidades de intervención: a) Prevención de recaídas individual; b) Prevención de recaídas grupal y c) Grupo de control sin prevención de recaídas.

La prevención de recaídas se llevó a cabo durante cuatro sesiones de periodicidad semanal, de una hora de duración cada una, en la modalidad individual y de dos horas en la grupal. En la Tabla 7.1 se expone un esquema del contenido del Programa de prevención de recaídas (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

Sesión	Contenido
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación sobre el hábito de abstinencia, el fenómeno de la disonancia cognitiva y la diferencia entre caída y recaída.</li> <li>- Identificación de las situaciones de alto riesgo para la recaída.</li> <li>- Valoración de las estrategias de afrontamiento del paciente y evaluación de la autoeficacia percibida.</li> <li>- Entrenamiento en respiraciones profundas y relajación progresiva.</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reestructuración cognitiva de las ideas erróneas que presente el paciente acerca de los efectos negativos del juego a largo plazo.</li> <li>- Psicoeducación sobre los efectos del abuso de alcohol en la utilización de estrategias de afrontamiento adecuadas y en el aumento de la probabilidad de recaída.</li> <li>- Planificar con el paciente la administración del dinero.</li> <li>- Aprendizaje de habilidades de afrontamiento ante situaciones específicas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* Presión social: asertividad.</li> <li>* Situaciones de alto riesgo particulares de cada paciente.</li> </ul> </li> <li>- Exposición a las situaciones de alto riesgo para la recaída.</li> <li>- Práctica de actividades alternativas al juego.</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprendizaje de habilidades de afrontamiento ante situaciones específicas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* Conflictos personales e interpersonales: entrenamiento en solución de problemas.</li> <li>* Situaciones de alto riesgo, particulares de cada paciente.</li> </ul> </li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprendizaje de habilidades de afrontamiento ante situaciones específicas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* Estados emocionales negativos: reestructuración cognitiva + puesta en práctica de actividades lúdicas y sociales.</li> <li>* Situaciones de alto riesgo particulares de cada paciente.</li> </ul> </li> </ul>
<p>En cada sesión, se indican exclusivamente las técnicas o contenidos nuevos, entendiéndose que en cada una de ellas, se revisan y repasan las técnicas y tareas de las sesiones previas.</p>	

**Tabla 7.1.** Esquema del contenido del programa de prevención de recaídas (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). Fuente: Fernández-Alba y Labrador, 2002.

Los resultados indican que a los tres meses la tasa de éxito de los dos grupos experimentales es del 91%, frente al 61% del grupo de control. A los seis meses dicha tasa es del 87% en ambos grupos experimentales y del 56,5% en el grupo de control. Al cabo de doce meses se observa una diferencia, aunque no significativa en términos estadísticos, entre la tasa de éxito de los dos grupos experimentales, siendo del 82,6% la del programa individual y 78,3% la del grupal.

4. *Estudio experimental de F. J. Labrador y A. Fernández-Alba.*

Este estudio, (Fdez.-Alba, 1999), se hizo con el objetivo de determinar la eficacia diferencial de las dos técnicas que hasta el momento parecen cosechar mejores resultados: La reestructuración de las distorsiones cognitivas referidas al juego y la exposición con prevención de respuesta.

Se formaron cuatro grupos experimentales a los que se les aplicó la técnica fundamental y las complementarias siguientes:

- Grupo a<sub>1</sub>: La técnica fundamental fue tratamiento cognitivo. Las técnicas complementarias fueron: entrenamiento en solución de problemas y prevención de recaídas.
- Grupo a<sub>2</sub>: Las técnicas fundamentales fueron las dos que motivan el estudio, aplicando en primer lugar la terapia cognitiva y finalmente exposición en vivo con prevención de respuesta. Las técnicas complementarias fueron, entrenamiento en solución de problemas y prevención de recaídas.
- Grupo a<sub>3</sub>: La técnica fundamental fue la exposición en vivo con prevención de respuesta. Las técnicas complementarias que se aplican fueron, control de estímulos, actividades gratificantes alternativas, entrenamiento en solución de problemas y prevención de recaídas.
- Grupo a<sub>4</sub>: Las técnicas fundamentales aplicadas fueron las mismas que en el grupo a<sub>2</sub>, pero aplicadas en el orden inverso, es decir, en primer lugar la exposición en vivo con prevención de respuesta y en segundo lugar la terapia cognitiva. Las técnicas complementarias utilizadas fueron, control de estímulos, actividades gratificantes alternativas, entrenamiento en solución de problemas y prevención de recaídas.

Cada grupo experimental estaba formado por veinte sujetos, todos varones con diagnóstico de juego patológico, siendo su juego problema principal el de las máquinas recreativas con premio.

El formato de la intervención fue individual y constaba de 8 sesiones para los grupos que sólo recibían una técnica fundamental, y de 12 sesiones para los dos grupos que, en uno o en otro orden, recibieron los dos tratamientos fundamentales. El criterio de éxito fue el mismo que el que se estableció en el trabajo del profesor Echeburúa referido anteriormente.

Los resultados oscilan entre el 15-55% de éxito al año de seguimiento. Los tratamientos que obtienen un porcentaje de éxito menor son los cognitivos (15%). El de exposición alcanza el 30% de éxito y el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas llega al 55%.

En cuanto a los porcentajes de caída y recaída, destaca el tratamiento cognitivo como aquél en que ocurren más recaídas en los sucesivos seguimientos, y el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas como el que presenta el más pequeño porcentaje al año de seguimiento.

Los autores extraen tres conclusiones en función de los resultados: La necesidad de incluir el componente de exposición con prevención de respuesta en el tratamiento del juego patológico; mayor eficacia en el tratamiento cuando se incluyen los componentes exposición con prevención de respuesta y reestructuración cognitiva; y relevancia del orden en la aplicación de los componentes: 1º exposición y 2º reestructuración cognitiva.

Los dos últimos trabajos que se van a comentar, son dos propuestas de tratamiento multicomponente; uno para llevarlo a cabo en régimen ambulatorio y el otro, un tratamiento autoaplicado. Estas propuestas intentan controlar un gran número de factores de riesgo comunes a la inmensa mayoría de los jugadores patológicos, por lo que se antoja que son una referencia que no se tendría que obviar a la hora de diseñar un programa de tratamiento que pretenda el mayor grado de eficacia.

5. *Propuesta de un programa de intervención, por Fernández-Alba y F. J. Labrador, de la Universidad Complutense de Madrid.*

Esta propuesta de tratamiento (Fdez.-Alba y Labrador, 2002), que se sustenta en el estudio experimental anterior, llevado a cabo por los mismos autores, recoge también

las aportaciones más relevantes y novedosas en el área de la investigación del juego patológico.

El programa de intervención se ha diseñado para el colectivo de jugadores patológicos cuyo problema principal son las máquinas recreativas con premio, teniendo en cuenta que los estudios epidemiológicos llevados a cabo en España destacan a las máquinas recreativas con premio como una de las actividades de juego predominante en este país, y siendo, además, este tipo de juego el que más demanda de tratamiento ofrece y el que más facilita el desarrollo de los problemas de juego patológico.

EL objetivo terapéutico inicial es la abstinencia, aunque no descartan los autores que en determinados casos se pueda plantear otro objetivo intermedio como la reducción de la frecuencia, intensidad o duración de la conducta de juego.

Las técnicas principales seleccionadas son la reestructuración de las distorsiones cognitivas referidas a los juegos de azar, y la exposición con prevención de respuesta precedida por el control de estímulos; a esta decisión se llega ante la evidencia de los datos sobre el estado actual del conocimiento sobre el juego patológico que, por una parte, indica que las distorsiones cognitivas referidas al azar adquieren un papel preponderante como factor explicativo del mantenimiento de la conducta problema y, por otra, la eficacia que la técnica de exposición ha demostrado en diversas investigaciones controladas.

Con objeto de aumentar la eficacia de la intervención, añaden como técnicas complementarias la prevención de recaídas y, en los casos pertinentes, el entrenamiento en solución de problemas y el desarrollo de conductas gratificantes alternativas al juego.

Aunque en su propuesta de esquema de tratamiento proponen ocho sesiones, consideran que este es el número mínimo necesario que permite alcanzar el objetivo terapéutico de la abstinencia, aunque, añaden, este número puede variar en la práctica, en función de la decisión de aplicar más o menos técnicas opcionales y de la cantidad de tiempo necesario para alcanzar los distintos objetivos en un paciente concreto. Por otra parte, el orden de las técnicas puede variar siempre que se empiece con el control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta.

Se considera que el contacto regular con el entorno del jugador se hace imprescindible para contrastar la información aportada por el paciente y tomar las medidas oportunas en el caso de que se detecte un desinterés por el tratamiento o engaños continuados.

En esta propuesta, que incluye en todas las sesiones la instrucción de realizar alguna o algunas tareas para casa, y que los primeros minutos de cada interacción se destinan a su revisión, no se considera a la realización y a la revisión de tareas como un componente complementario más del tratamiento y es posible que se merezcan dicha consideración. No es extraño escuchar que determinadas tareas se han llevado a cabo “para demostrar que quiero colaborar”, aún siendo tareas que sólo resultan reforzantes y útiles para los pacientes cuando se han llevado a cabo durante algún tiempo, por lo que el hecho de tener que dar cuenta de ellas, sobre todo en el periodo inicial del tratamiento, pudiera estar contribuyendo en alguna medida a aumentar la adhesión al mismo.

#### 6. Programa autoaplicado de Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997)

Esta propuesta de autoayuda tiene como objetivo inicial la abstinencia completa y está dirigido a jugadores cuya conducta de juego principal son las máquinas tragaperras con premio.

Las técnicas para dejar de jugar que se mencionan son el control de estímulos y la exposición gradual en vivo con prevención de respuesta.

El control de estímulos incluye el control de dinero, el control de los préstamos, evitación de los circuitos de riesgo, evitar a los amigos jugadores, autoprohibición de bingos y casinos en el caso de que alguno de estos juegos se practique simultáneamente con el de la máquina recreativa, y establecimiento de un plan de devolución de deudas.

La exposición gradual en vivo con prevención de respuesta se lleva a cabo graduando la jerarquía en función de la presencia o no del colaborador: con el colaborador; mientras el colaborador espera fuera del local; el colaborador está en casa por si se demanda ayuda de él; y llevar a acabo la exposición independientemente del colaborador. En la Tabla 7.2 se refleja el plan para cada una de las cinco semanas que dura la aplicación de este programa.

Semana	Actividades
1	- Control de estímulos.
2	- Continuar con el control de estímulos, según las normas establecidas la semana pasada. - Realizar las tareas de exposición en compañía de un colaborador.
3	- Proseguir con el control del dinero y de los amigos, así como de la entrada en establecimientos de juego por su cuenta. - Continuar con la exposición, pero ahora el colaborador se queda fuera del local, esperándole. - Practicar las actividades alternativas al juego. - Recompensarse por los éxitos obtenidos hasta la fecha.
4	- Proseguir con el control del dinero (pero menos estricto) y de los amigos, así como de la entrada en establecimientos de juego por su cuenta. - Continuar con la exposición, pero ahora el colaborador se queda en casa y permanece allí por si tiene algún problema - Practicar las actividades alternativas al juego.
5	- Eliminar totalmente el control sobre el dinero, las tarjetas y las libretas. - Proseguir con la exposición, pero ahora lo tendrá que hacer por su propia cuenta, sin depender del colaborador. - Seguir sin frecuentar amigos jugadores. - Practicar las actividades alternativas al juego. - Recompensarse con premios planificados a medio plazo por los éxitos obtenidos hasta la fecha.

**Tabla 7.2.** Plan de trabajo del programa autoaplicado (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). Fuente: Fernández-Alba y Labrador, 2002.

Para prevenir recaídas recomiendan:

- Relajación progresiva para evitar el descontrol debido a la tensión o el nerviosismo.
- Práctica de actividades reforzantes alternativas al juego, que sean agradables, para mantenerse ocupado.
- Evitar la soledad.
- Identificar y evitar pensamientos erróneos sobre los efectos negativos del juego. Aconsejan hacer una lista de las consecuencias negativas derivadas de su adicción al juego y una lista de las ventajas y los beneficios obtenidos desde que no juegan.
- Moderar el consumo de alcohol, porque el exceso de alcohol disminuye la capacidad de afrontar con éxito situaciones de juego peligrosas.

- Aprender a resistir la presión social, sobre todo a quien le ofrezca una sesión de juego.
- Identificar bien un conflicto personal y no confundirlo con el deseo o necesidad de jugar, aplicando la técnica de resolución de problemas.
- Aprender a superar los estados emocionales negativos identificando los pensamientos automáticos, disputarlos y encontrar una respuesta racional adecuada.
- Poner en práctica las estrategias de afrontamiento adecuadas en caso de un episodio de juego después de un periodo de abstinencia. Se trataría de seguir la siguiente secuencia:
  - 1) Pensar que un episodio de juego sólo es una señal que indica que se está en situación de peligro.
  - 2) No sentirse culpable por lo ocurrido. Un episodio de juego es un error, una oportunidad para aprender, no una señal de fracaso.
  - 3) Renovar el compromiso pensando en los beneficios que se obtendrán a largo plazo y recordando las razones que se tenían para dejar el juego al comienzo del tratamiento.
  - 4) Revisar la actuación que le condujo a jugar esa vez, intentando descubrir qué se pudo haber hecho y no se hizo.
  - 5) Preparar inmediatamente un plan para recuperarse, deshaciéndose inmediatamente de todos los estímulos asociados al juego que puedan ser tentadores.
  - 6) Pedir ayuda. Contar a alguien de confianza el mal momento y pedir su apoyo de la forma que pueda.

La revisión histórica muestra cómo, desde los comienzos, se ha intentado abordar el problema del juego patológico, bien desde la conceptualización del mismo, bien actuando sobre los síntomas que en los distintos momentos se han creído

responsables en gran parte del mantenimiento del juego; como consecuencia, la idea de que suprimiendo el síntoma se podía mitigar su efecto, dirigía el diseño de los tratamientos. El problema del juego patológico es algo más complejo que su simple conceptualización como adicción o no y no siempre se mejora con sólo actuar sobre los estados psicofisiológicos de los jugadores. Actualmente se tiende a aplicar programas de tratamientos multicomponentes que incorporan como componentes fundamentales la Terapia Cognitiva y la Exposición Gradual en vivo con prevención de respuesta, y como componentes complementarios distintas técnicas encaminadas a reducir la necesidad de jugar, a enseñar al jugador a resistir los deseos de jugar o a prevenir las recaídas. Con este tipo de tratamientos parece que se le puede poner cerco al problema del juego patológico; sin embargo se antoja que quizás sea necesario un análisis más personalizado del problema para poder establecer qué diferencia a cada jugador de los demás para, además del tratamiento común, aplicar a cada paciente una parte de tratamiento personal. Los autorregistros que se le demandan en cada sesión pueden convertirse, si así se lo propone el terapeuta, en una fuente de información de donde extraer datos para esa intervención más particular.

También puede que se haga necesario incorporar, en los programas de tratamiento, un componente motivacional que actuaría al menos en dos direcciones: Se puede conseguir que a priori se alcance un nivel muy alto de confianza en los resultados del tratamiento y como consecuencia el control estimular no solamente se llevaría a cabo sin más, sino que se llevaría a cabo con una actitud positiva, necesaria para que lleguen los resultados deseados.

De todas maneras, hoy por hoy se puede pensar que se está en el buen camino para disponer a no muy largo plazo de un tratamiento todavía mucho más eficaz para reducir al máximo la conducta del juego excesivo.

## PARTE EMPÍRICA



## 8 OBJETIVOS E HIPÓTESIS

### 8.1 INTRODUCCIÓN

El de las máquinas recreativas con premio es la modalidad de juego que más ingresos genera de entre todas las que se ofertan actualmente; de fácil acceso, bajo costo y premio inmediato puede crear la ilusión, en algunas personas, de que está al alcance de la mano obtener unos beneficios interesantes con una mínima inversión. Fatal error de percepción que determina que sean también los jugadores de este tipo de máquinas los que en mayor medida demandan tratamiento al comprobar que el control de su conducta de juego se les ha escapado de las manos.

Al no existir una red asistencial, ni pública ni privada, que dé cobertura a las necesidades terapéuticas que este trastorno precisa, la mayoría de estos sujetos acude a alguna asociación de autoayuda. En estas instituciones el jugador recibe la orientación y el consejo de personas que tienen su mismo problema pero que, si bien es cierto que puede que sean quienes más conocen el mismo, no son los que mejor pueden ayudar a solucionarlo.

Últimamente desde la Psicología, que es desde donde se le está poniendo cerco a este problema, se han desarrollado programas multicomponentes que se pueden llamar de última generación ya que consideran el juego patológico como una entidad independiente que, como tal, precisa de un abordaje específico y diferenciado. Estos tratamientos están poniendo en evidencia que hay dos componentes terapéuticos con los que se tiene que contar: una técnica de exposición, con el objetivo de extinguir las respuestas de activación condicionada, y una terapia cognitiva enfocada a la corrección de sesgos cognitivos.

Para dispersarse lo menos posible, convendría tener a mano, a la hora de aplicar un tratamiento de estas características, un manojo de ideas irracionales de las que sepa de antemano que están presentes en la mayoría de los jugadores, con el objetivo de incidir sobre ellas de forma que el tratamiento resulte, por una parte, eficaz y, por otra, más eficiente en términos de economía de tiempo.

Si también se identificasen, de las ideas irracionales tratadas, aquellas que han sido cambiadas por la mayoría de los sujetos que alcanzan el éxito terapéutico, se podría orientar a los terapeutas que trabajan en este campo hacia las ideas que no conviene obviar.

Por otra parte, no hay que fiar la eficacia de un tratamiento a sus componentes terapéuticos. Se duda de la eficacia de un programa ambicioso y bien diseñado si no es percibido por el jugador como una buena oportunidad para dejar de jugar si él pone interés en llevar a cabo las instrucciones que reciba, o si no confía o no presta la atención adecuada a los estímulos que recibe del terapeuta. Por ello, conseguir del paciente una actitud colaboradora y de confianza en los resultados se antoja necesario, bien en una fase previa al tratamiento o al comienzo del mismo formando parte de él. Por regla general, antes de acudir a tratamiento, el jugador ha visto frustrados todos sus intentos de abandonar el juego; además, en los medios de comunicación se suele asociar su problema a palabras o frases como enfermedad crónica, jugador para toda la vida, nunca podrá jugar a nada ni llevar dinero encima, etc., que consiguen que el jugador vea el del juego como un camino sin retorno. Cuando comprende que la realidad es otra y percibe que es posible que su problema tenga solución, entonces afrontará el tratamiento con una motivación adecuada y más facilitadora del éxito.

El programa de intervención diseñado para la presente tesis añade a los dos componentes fundamentales del mismo –terapia cognitiva y exposición gradual al estímulo con prevención de respuesta-, además de distintas estrategias para controlar los factores de riesgo de volver a jugar, una estrategia encaminada a conseguir la motivación adecuada, con la ilusión de estar contribuyendo así a ayudar a quienes dedican buena parte de su tiempo a encontrar un programa de tratamiento, para el juego de máquinas recreativas con premio, cada vez más eficaz y eficiente.

## 8.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos que se pretenden alcanzar son los siguientes:

1. Describir las variables sociodemográficas y de historia de juego de una muestra clínica de jugadores de máquinas recreativas con premio.

- Describir los parámetros de la conducta de juego de una muestra clínica de jugadores de máquinas recreativas con premio.
- Identificar las ideas irracionales sobre las que más conviene actuar para conseguir éxito en un tratamiento para el juego patológico de máquinas recreativas con premio.
- Identificar las ideas irracionales que más comparten los jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio
- Determinar en qué medida el programa de tratamiento aplicado es eficaz para eliminar la conducta de juego, en jugadores de máquinas recreativas con premio.

### 8.3 HIPÓTESIS

1. El porcentaje de éxito terapéutico en el postratamiento será mayor en el grupo experimental que en el grupo de control.
  2. Las distorsiones cognitivas en relación con:
    - a) La conducta de juego serán más numerosas en el pretratamiento que en el postratamiento, en los sujetos que alcancen el éxito terapéutico.
    - b) La adicción al juego serán más numerosas en el pretratamiento que en el postratamiento, en los sujetos que alcancen el éxito terapéutico.
- El aspecto atribucional y el locus de control en relación con la adicción al juego será más racional (adecuado) en el postratamiento que en el pretratamiento, en los sujetos que alcancen el éxito terapéutico.
  - En el postratamiento, las distorsiones cognitivas.
    - a) En relación con la conducta de juego, serán más numerosas en los sujetos del grupo de control que en los del grupo experimental
    - b) En relación con la adicción al juego serán más numerosas en los sujetos del grupo de control que en los del grupo experimental.

- En el postratamiento, el aspecto atribucional y el locus de control en relación con la adicción al juego, será más racional (adecuado) en los sujetos del grupo experimental que en los del grupo de control.
- El porcentaje de éxito terapéutico en los seguimientos será mayor en el grupo experimental que en el grupo de control.
- Las distorsiones cognitivas en relación con:
  - a) la conducta de juego serán más numerosas en el pretratamiento que en los seguimientos, en los sujetos que alcancen el éxito terapéutico.
  - b) La adicción al juego serán más numerosas en el pretratamiento que en los seguimientos, en los sujetos que alcancen el éxito terapéutico.
- El aspecto atribucional y el locus de control en relación con la adicción al juego será más racional (adecuado) en los seguimientos que en el pretratamiento, en los sujetos que alcancen el éxito terapéutico.
- En los seguimientos, las distorsiones cognitivas.
  - a) En relación con la conducta de juego, serán más numerosas en los sujetos del grupo de control que en los del grupo experimental
  - b) En relación con la adicción al juego serán más numerosas en los sujetos del grupo de control que en los que lo alcancen en el grupo experimental.
- En los seguimientos, el aspecto atribucional y el locus de control en relación con la adicción al juego, será más racional (adecuado) en los sujetos del grupo experimental que en los del grupo de control.

# 9 MÉTODO

## 9.1 DISEÑO

Diseño cuasi-experimental de dos grupos con medidas repetidas.

## 9.2 VARIABLES Y DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

### 9.2.1 Variable independiente

La variable independiente es la intervención psicológica, es decir, el programa de tratamiento del juego patológico aplicado a jugadores de máquinas recreativas con premio, con el objetivo de conseguir la abstinencia en este tipo de juego. Este único factor adopta dos niveles que constituyen los dos grupos presencia y ausencia:

- a) Grupo experimental: Tratamiento individual multicomponente.
- b) Grupo de control: Primera sesión del tratamiento aplicado al grupo experimental; es decir, aplicación del componente motivacional.

### 9.2.2 Variables dependientes.

Las variables dependientes analizadas fueron las siguientes:

1. Resultados de la intervención
2. Conducta de juego
3. Distorsiones cognitivas

A continuación se describen operativamente cada una de ellas.

#### 9.2.2.1 Resultado de la intervención.

Esta variable se operativiza de la siguiente manera: *Resultado final*.

Es una variable cualitativa que toma dos valores:

- a) Éxito.- Abstinencia total: No ha ocurrido ningún episodio de juego en máquinas recreativas con premio, transcurrido un año desde que terminó el tratamiento.
- b) Fracaso.- Ocurrencia de algún episodio de juego en máquinas recreativas con premio antes de transcurrido un año desde que terminó el tratamiento, o abandono o expulsión de alguna de las siguientes formas:
  - Recaída durante el tratamiento
  - Abandono del tratamiento
  - Expulsión del tratamiento (por faltas injustificadas o por la no realización de las tareas)
  - Recaída durante el seguimiento
  - Abandono durante el seguimiento

#### 9.2.2.2 Conducta de juego.

La definición operativa de esta variable cuantitativa incluye los tres parámetros de la conducta de juego medidos en los periodos pre y postratamiento y en los tres seguimientos posteriores:

- *Frecuencia* de la conducta de juego en máquinas recreativas con premio, medida por el número de veces semanales que se acude a jugar.
- *Gasto* en juego llevado a cabo en máquinas recreativas con premio, medido en euros semanales.
- *Tiempo* dedicado a jugar en máquinas recreativas con premio, medido en horas semanales.

#### 9.2.2.3 Distorsiones cognitivas.

- *Método de autoinforme*.- Esta variable cuantitativa se midió utilizando las puntuaciones establecidas en el Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

### 9.2.3 Variables extrañas o contaminadoras.

#### *a. Asignación de los sujetos a los grupos experimentales.*

Se trató de que la asignación a un grupo experimental o a otro fuese aleatoria. Como se indica en el apartado de procedimiento hay, a priori, la misma probabilidad de que los participantes esperasen en una sala con número par o en una de número impar, pero no se controló si la elección de una u otra se produjo aleatoriamente o si influyó algún otro factor como, por ejemplo, la preferencia personal por los números pares o impares, o cualquier otro.

#### *b. Terapeuta.*

Todos los participantes fueron tratados por el mismo terapeuta. El autor de esta tesis es el terapeuta que ha llevado a cabo la selección, evaluación y el tratamiento de los pacientes.

#### *c. Lugar de las sesiones.*

Todas las sesiones de tratamiento se llevaron a cabo en una de las salas que la Asociación Terapéutica del Juego dispone al efecto. Todas ellas reúnen las características básicas necesarias de privacidad, silencio y confortabilidad.

## 9.3 PARTICIPANTES

La muestra está formada por 50 jugadores de máquinas tragaperras. Todos ellos jugadores que acudieron a la Asociación Terapéutica del Juego durante el período de diciembre del 1997 hasta agosto del 2000, en busca de ayuda por sus problemas de juego.

Los **criterios de selección** han sido:

- Que el problema de juego tenga como único componente el juego a las máquinas recreativas con premio.

- Que acudan en busca de tratamiento.
- Que estén dispuestos a someterse a todas las condiciones del tratamiento.
- Que acudan acompañados de una persona cercana dispuesta a actuar de coterapeuta durante el tratamiento.
- Que obtengan una puntuación superior a 4 en el Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS).

Con el objetivo de poder generalizar los resultados del experimento a una población lo más representativa posible de adictos al juego de máquinas tragaperras, se estableció como único criterio de exclusión el no cumplimiento de alguno de los criterios de admisión; De esta forma fueron excluidas veinte personas debido a las siguientes razones:

- Por considerar que no necesitaban tratamiento..... : 8
- Por alternar, con similar frecuencia y gasto, el juego a las máquinas tragaperras, con otros juegos..... : 5
- Por negarse a ser acompañado..... : 1
- Por negarse a someterse a las condiciones del tratamiento..... : 6

De estos seis últimos, cinco manifestaron negativa a someterse al control del dinero y uno a hacer la exposición a la máquina.

El período de tiempo que se estuvo recibiendo sujetos, en sesiones de tratamiento, abarca desde diciembre de 1997 hasta julio de 1999; las sesiones de seguimiento finalizaron en el mes de agosto del año 2000.

## 9.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

En este apartado se describen todos los instrumentos utilizados en la evaluación y que están recogidos en el Anexo 3.

### **1. Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS) (Lesieur y Blume, 1987; Validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994b).**

El SOGS es un cuestionario de fácil aplicación que consta de veinte ítems y que se adapta a los criterios del DSM-III para el juego patológico. Es un instrumento fiable y válido para el diagnóstico del juego patológico y uno de los más utilizados.

Se validó para la población española (cfr. Echeburúa et al., 1994b) con una muestra de 72 jugadores patológicos y 400 sujetos normativos. En nuestro país presenta una fiabilidad test-retest de 0.98 ( $p < 0.001$ ) y un índice de constancia interna, obtenido mediante el alfa de Cronbach, de 0.94.

Presenta una validez convergente de 0.92 ( $p < 0.001$ ) con los criterios diagnósticos del DSM-III-R.

Discrimina adecuadamente entre los jugadores patológicos y la población normal, tanto a nivel de puntuación global en el cuestionario ( $t = 53.34$ ;  $p < 0.001$ ) como a un nivel más específico la de cada ítem.

Los autores de la validación española proponen un punto de corte de 4 para una eficacia diagnóstica del 98%. Esta propuesta ha servido de criterio para poder establecer el punto de corte en este trabajo.

### **2. Inventario de pensamientos sobre el juego (Echeburúa y Báez, 1994a)**

Está formado por un listado de 27 ítems binarios y su finalidad es detectar los pensamientos irracionales del jugador patológico.

Consta de tres subescalas:

- Subescala a): Detecta los sesgos cognitivos que presenta el jugador en relación con la conducta del Juego. Consta de 15 ítems con un rango que oscila entre 0 y 15.
- Subescala b): Detecta los sesgos cognitivos que presenta el jugador en relación con su adicción al juego. Consta de 6 ítems, con rango que oscila entre 0 y 6.
- Subescala c): Proporciona información sobre el estilo atribucional y el locus de control del jugador respecto a su problema y a la posibilidad de superarlo. Consta de 6 ítems, con un rango que oscila entre 0 y 6. El rango total del instrumento es de 0-21 porque no se considera la puntuación de la subescala c en la puntuación final.

Se trata de un instrumento útil para evaluar los principales sesgos cognitivos que caracterizan a los jugadores patológicos (Fernández-Montalvo et al., 1996).

### **3. Entrevista estructurada**

Se trata de un modelo de entrevista desarrollado para este trabajo en el que se recogen los datos personales y los relacionados con la historia del sujeto como jugador, las deudas contraídas y los antecedentes familiares de juego.

### **4. Autorregistro del alcance actual de su problema de juego (Fernández.-Montalvo, Echeburúa, 1997)**

Instrumento de autorregistro en el que el jugador ha de anotar la frecuencia, el dinero que gasta y el tiempo que invierte a la semana en jugar, antes de iniciar el tratamiento.

### **5. Autorregistro de los problemas que el juego le causa en la actualidad (Fernández.-Montalvo, Echeburúa, 1997)**

Instrumento de autorregistro en el que el jugador ha de anotar los problemas que el juego le ha ocasionado en las áreas que se le proponen: personal, económica, laboral, familiar, social y problemas con la Justicia.

## **6. Autorregistro de pensamientos sobre el juego**

Se trata de un autorregistro fácil de completar, que permite detectar pensamientos irracionales sobre el juego así como conductas inadecuadas tras un pensamiento racional.

El jugador, ante un pensamiento relacionado con el juego, anota en la hoja confeccionada al efecto, la hora y el lugar donde se produjo ese pensamiento, qué fue lo que pensó, qué pudo ocasionar ese pensamiento y que hizo o cómo actuó tras él.

## **7. Autorregistro de pensamientos y sensaciones durante la exposición**

Consta de una serie de columnas donde el paciente anota el tiempo que duró la exposición a la máquina tragaperras, el nivel subjetivo de ansiedad al comienzo y al final y los pensamientos y las sensaciones que experimentó durante la exposición.

Se utiliza para detectar nuevos pensamientos irracionales.

## **8. Inventario de pensamientos sobre el juego con la redacción cambiada**

Teniendo en cuenta que los items del apartado a) del Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa, Báez, 1994), están formulados para ser respondidos por un sujeto que en ese momento es jugador, y que esa formulación no era válida para una persona que no juega, se cambió la redacción de los items para obtener información en el postratamiento y en el seguimiento de cuáles eran los pensamientos de los sujetos sobre las mismas cuestiones a las que respondieron en el pretratamiento.

Con él se pretende valorar los cambios cognitivos, con relación al juego, experimentados por los sujetos a lo largo del tratamiento.

## 9.5 PROCEDIMIENTO

### 9.5.1 Selección de Sujetos

La selección de sujetos se hizo de entre los que acudieron a la Asociación Terapéutica del Juego (ATEJ) de Madrid en busca de información y/o ayuda, pensando que podían tener un problema con el juego a las máquinas tragaperras.

En esta Asociación, recibe por primera vez a los jugadores otro jugador ya rehabilitado.

Generalmente, los jugadores que deciden incorporarse a las terapias de ATEJ. tienen que esperar algún tiempo debido a que los grupos de terapia existentes están completos.

En esta ocasión, el jugador rehabilitado, tras haberlo pactado con el experimentador, le ofrecía al sujeto cuyo juego problemático fuese el de las máquinas recreativas con premio dos posibilidades: pasar a lista de espera hasta que le pudiesen ofrecer el tratamiento estándar de la asociación, o bien empezar de inmediato un tratamiento individual con el experimentador.

Con aquellos sujetos que optaban por el tratamiento individual, el experimentador mantenía una conversación telefónica, y, tras ratificarle el sujeto que deseaba ayuda profesional porque arrastraba un problema relacionado con el juego a las máquinas tragaperras, los citaba en la sede de la Asociación.

Les indicaba, también telefónicamente, que debería presentarse con una persona que será quien actúe, durante todo el tratamiento, como coterapeuta y quien le ayudará en los momentos difíciles y en tareas como el control del dinero, la exposición y la confección del programa de devolución de deudas.

Se trató de que eligiese como coterapeuta a la persona más cercana. En el supuesto de que el sujeto estuviese casado, sería el cónyuge la persona más adecuada. Si

estuviese soltero y viviese con sus padres, sería uno de estos. En cualquier caso, a ser posible, una de las personas con las que el paciente conviviese.

Cuando el paciente acudía a la primera sesión se confirmaba que cumplía tres de los cinco criterios de admisión:

- Que su juego problema era el de las máquinas tragaperras.
- Que deseaba tratamiento.
- Que acudía acompañado de una persona dispuesta a actuar de coterapeuta durante el tratamiento.

Posteriormente se le explicaba, en líneas generales, en qué iba a consistir el tratamiento y el seguimiento, la duración y el número de sesiones.

### 9.5.2 Formación de los grupos

Los 50 sujetos que forman la muestra fueron distribuidos en dos grupos de 25 sujetos cada uno, 25 en el grupo experimental y 25 en el grupo de control.

Los sujetos del grupo experimental iban a recibir seis sesiones de tratamiento y los del grupo de control, solamente la primera de estas seis sesiones.

La asignación al grupo experimental o al grupo de control se hizo así: Cuando acudían por primera vez preguntando por el experimentador, la persona encargada de recibirles les invitaba a esperarle en una de las cuatro salitas de espera, numeradas del 1 al 4, del local donde se llevó a cabo el experimento. Los pacientes que eligieron esperar en una salita numerada con un número impar fueron asignados al grupo experimental, El resto lo fueron al grupo de control. Se completó así, primeramente el grupo experimental cuando aún faltaban dos de los cincuenta pacientes. Estos pasaron directamente al grupo de control sin tener en cuenta el anterior criterio.

### 9.5.3 Evaluación Pretratamiento

Una vez admitida, por parte del sujeto, su disponibilidad durante el tiempo de tratamiento y su disposición a aceptar las condiciones del mismo, se evaluaba la probabilidad de ser un jugador patológico aplicándole el Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS). Si la puntuación obtenida era mayor de 4 se le consideraba apto para recibir el tratamiento.

Las restantes medidas de evaluación que se utilizaron a continuación fueron:

- El Inventario de Pensamientos sobre el Juego.
- Entrevista estructurada.
- Hoja registro del alcance actual de su problema de juego.
- Hoja registro de los problemas que el juego le ocasiona actualmente.

La experiencia clínica aconsejó al experimentador ser él mismo quien cumplimentase todas las hojas con las respuestas del paciente, en lugar de hacer que éste las rellenara.

### 9.5.4 Estudio Piloto

Con el objetivo de estudiar las posibles dificultades a la hora de impartir el tratamiento, medir el tiempo aproximado de cada sesión y entrenarse el experimentador, se hizo un estudio piloto con siete sujetos, cinco de los cuales lo recibieron completo y los otros dos solamente recibieron una única sesión, igual a la que posteriormente recibirían los sujetos del grupo de control durante el experimento.

## 9.5.5 Tratamiento

### 9.5.5.1 Grupo experimental

#### 9.5.5.1.1 *Objetivo*

El **objetivo** terapéutico del programa de tratamiento aplicado es la abstinencia, en consonancia con las conclusiones obtenidas a través de la revisión teórica.

#### 9.5.5.1.2 *Recursos Terapéuticos*

Los **recursos terapéuticos** empleados fueron, en líneas generales: Motivación, control estimular, exposición con prevención de respuesta, reestructuración cognitiva y diversas técnicas para controlar y evitar factores de riesgo.

#### 9.5.5.1.3 *Sesiones*

El **número de sesiones** fue de seis.

#### 9.5.5.1.4 *Duración*

La **duración** de cada una de las seis sesiones del programa de tratamiento con cada paciente del grupo experimental fue de una hora aproximadamente excepto la primera sesión y la sexta que tuvieron una duración aproximada de dos horas: una hora para la evaluación y, aproximadamente otra hora, para la motivación y la explicación de las tareas, en la primera sesión. La larga duración de la sexta sesión se debe, sobre todo, al tiempo que demanda el punto dedicado a prevenir recaídas.

#### 9.5.5.1.5 *Periodicidad*

La **periodicidad** de las sesiones fue semanal.

#### 9.5.5.1.6 *Programa de tratamiento*

Desde la primera sesión de intervención con el paciente se aplica el control estimular, que progresivamente se va atenuando hasta el final del tratamiento.

A partir de la segunda sesión y hasta la sexta, se trabajaron cognitivamente las distorsiones cognitivas detectadas, tanto en el inventario de pensamientos sobre el juego como en los autorregistros.

En la tercera sesión se le explica la técnica de exposición, la cual llevará a cabo a diario durante cuatro semanas consecutivas

En el siguiente cuadro se ofrece el esquema seguido en cada una de las sesiones.

<p style="text-align: center;">PRIMERA SESIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivación.</li> <li>- Tareas.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">SEGUNDA SESIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de tareas.</li> <li>- Trabajo cognitivo.</li> <li>- Plan de devolución de deudas.</li> <li>- Estrategia para superar el deseo de jugar.</li> <li>- Tareas.</li> </ul>
<p style="text-align: center;">TERCERA SESIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de tareas y reforzamiento.</li> <li>- Trabajo cognitivo.</li> <li>- Técnica para afrontar la presión social.</li> <li>- Exposición a la máquina.</li> <li>- Tareas.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">CUARTA SESIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de tareas y reforzamiento.</li> <li>- Trabajo cognitivo.</li> <li>- Estrategia para evitar el autoengaño.</li> <li>- Exposición gradual.</li> <li>- Tareas.</li> </ul>
<p style="text-align: center;">QUINTA SESIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de tareas y reforzamiento.</li> <li>- Trabajo cognitivo.</li> <li>- Estrategia para afrontar el decaimiento.</li> <li>- Tareas.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">SEXTA SESIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de tareas y reforzamiento.</li> <li>- Trabajo cognitivo.</li> <li>- Estrategia de afrontamiento en caso de episodio aislado de juego.</li> <li>- Exposición gradual.</li> <li>- Prevención de recaídas.</li> </ul>

**Tabla 9.1.** Esquema de las sesiones del tratamiento.

Un resumen de las sesiones puede verse en el Anexo IV.

El desarrollo del programa, con las explicaciones e instrucciones, puede consultarse en el Anexo V-I: Desarrollo de las sesiones de tratamiento.

### 9.5.5.2 Grupo de Control

A los sujetos que fueron asignados de manera aleatoria, al grupo de control, se les atendió en el mismo lugar, donde recibieron tratamiento, los sujetos del grupo experimental, respetando el orden de llegada a la Asociación Terapéutica del Juego, en demanda de ayuda.

#### 9.5.5.2.1 Programa de tratamiento

Se aplicó solamente la primera sesión de tratamiento que recibe el Grupo Experimental, con las restricciones obligadas al tener en cuenta que no iban a volver a una segunda sesión.

Se siguió la siguiente secuencia:

- Recibimiento e información.
- Evaluación.
- Motivación.
- Tareas.

Un resumen de la única sesión puede verse en el Anexo IV.

El desarrollo de la sesión, con las explicaciones e instrucciones, puede consultarse en el Anexo V-II: Desarrollo de la sesión de intervención.

### 9.5.5.3 Evaluación postratamiento

Como en la sexta sesión de tratamiento se ordenaron tareas cuya realización podía influir en los resultados y, por tanto, parecía lógico dejar un periodo prudencial de tiempo hasta la primera evaluación de estos tras el tratamiento, la evaluación postratamiento tuvo lugar al cabo de un mes de la sexta sesión de tratamiento. Se procedió así:

- Se le leyó la hoja de autorregistro del alcance actual de su problema de juego y se le dio la orden de que respondiese a las tres cuestiones allí planteadas.

- Se le pidió que identificase los problemas que actualmente le ocasiona el juego en cualquiera de las seis áreas que se abarcan en la hoja de autorregistro que se le leyó con ese objetivo.
- Se le indicó que marcase sí o no, según estuviese o no de acuerdo, con las proposiciones enunciadas en el Inventario de Pensamientos sobre el Juego, redactado para personas no necesariamente jugadoras, en los items que se habían trabajado durante el tratamiento, según se les iba leyendo.
- Respondió de nuevo a las cuestiones planteadas en el S.O.G.S.
- Se reforzaron de nuevo las conductas alternativas al juego que le hubieran resultado gratificantes.
- Se le mostraron los cambios que había experimentado su vida, haciendo especial hincapié, en aquellos que se relacionaban con sus propios objetivos, cuando acudió por primera vez.
- Se le felicitó por todo lo que había conseguido, y se le animó a continuar.

#### 9.5.5.4 Evaluación en el seguimiento

El objetivo de estas sesiones es el de evaluar los resultados del tratamiento al cabo del tiempo.

Se llevaron a cabo tres sesiones, de aproximadamente una hora de duración, con los pacientes de uno y otro grupo que no habían vuelto a jugar.

Se consideró postratamiento a la sesión que tuvo lugar al cabo del mes de la sexta de tratamiento. En esta sexta sesión de tratamiento, se ordenaron tareas cuya realización podía influir en los resultados, y parecía lógico dejar un periodo prudencial de tiempo hasta la primera evaluación de éstos tras el tratamiento.

Las sesiones tuvieron lugar a los tres, seis y doce meses de la última sesión de tratamiento.

La evaluación de los resultados se llevó a cabo utilizando las mismas medidas de evaluación que en el pretratamiento:

- Autorregistro del alcance actual de su problema de juego.
- Autorregistro de los problemas que el juego le causa en la actualidad.
- Inventario de pensamientos sobre el juego, redactado para personas no necesariamente jugadoras.
- Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks.

En los casos en que un paciente del grupo experimental aportaba, anotados, pensamientos sobre el juego que él había considerado significativos, se leían junto a él y se le aclaraban las dudas.

En cada sesión de seguimiento se le felicitaba por lo conseguido y se le animaba a seguir.

## 9.6 TERAPEUTA

Todos los participantes fueron evaluados y tratados directamente por el autor de esta tesis. Es licenciado en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid y desarrolla su trabajo como psicólogo y director técnico en la Asociación Terapéutica del Juego de Madrid, desde el año 1992. En esta asociación se aplica un programa de tratamiento de grupo para la ludopatía y también se tratan otros trastornos adictivos que no implique el consumo de alguna sustancia

El exjugador patológico que colaboró en la primera sesión de cada participante, observaba una abstinencia de más de cinco años después de recibir tratamiento.



# 10 RESULTADOS

## 10.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

### 10.1.1 Variables personales y sociodemográficas

Las características de los pacientes respecto de la **edad y sexo** se presentan en la Tabla 10.1 y la Tabla 10.2. El número de varones fue 36 (72%), mientras que el de mujeres fue 14 (28%) (Figura 10.1).

La edad media de los participantes de la muestra es de 39 años (D.T. = 12,139), con un rango que oscila entre 19 y 68 años, siendo la edad media de las mujeres 40 años y la de los hombres 38 (Tabla 10.4).

En la Tabla 10.3 está representada la distribución por edades, donde puede observarse que prácticamente dos terceras partes de los participantes de la muestra están comprendidos en un segmento de edad que va de los 25 a los 45 años, estando el 50% de las mujeres comprendidas entre 36 y 45 años. Estos datos se aprecian gráficamente en la Figura 10.2.

Respecto al **nivel de estudios**, dos son licenciados universitarios y otros dos diplomados; los 46 restantes no tienen estudios superiores.

En la Tabla 10.5 se refleja la distribución de la muestra en cuanto a la **profesión**. Los cuatro pacientes con estudios universitarios ejercen su profesión. Hay cuatro estudiantes, de los cuales tres lo son de Formación Profesional y uno realiza estudios superiores. Del resto, tres son amas de casa, cuatro jubilados, cuatro trabajadores en paro, siete funcionarios, 4 agentes comerciales, 6 conductores y 14 trabajadores por cuenta ajena con un nivel adquisitivo por debajo de la media de la población española. Se observa que los conductores y agentes comerciales, que forman el 20% de la muestra corresponde exclusivamente a hombres. En la Figura 10.3, Figura 10.4 y Figura 10.5 se aprecia la distribución en función de la profesión, tanto de la muestra como de los hombres y las mujeres.

### 10.1.2 Variables de historia de juego.

En cuanto a la **historia de juego** se advierte que algunos jugadores que comenzaron a jugar hace muchos años no recordaban con exactitud ese tiempo y su información se tiene que considerar como aproximada, aunque válida para la investigación. No ocurría lo mismo con aquellos cuya historia de jugador comienza más recientemente, que lo recuerdan con mayor exactitud. Resultó, de esta manera, que 22 pacientes (44%) tenían una historia de juego de menos de cinco años, 21 (42%) de entre cinco y diez años y 7 (14%) reconocían que jugaban durante un tiempo superior a diez años (Tabla 10.6). En la Figura 10.6 se aprecian gráficamente estos datos.

En la Tabla 10.7 se muestran las medias en meses de la historia de juego y del tiempo transcurrido desde que comenzaron a considerar su conducta como problemática hasta que buscaron ayuda profesional. En este último apartado se observa cómo, aunque la amplitud es notable -entre dos meses y doce años-, 25 de los participantes, lo que representa el 50% de la muestra, acuden a buscar tratamiento antes de transcurrido un año desde que perciben el problema, siendo el porcentaje de hombres que acude en ese intervalo, del 58% frente al de las mujeres que lo hace en un 29% (Figura 10.7, Figura 10.8 y Figura 10.9).

El tiempo medio transcurrido desde que comenzaron a jugar hasta que comenzaron a considerar como un problema su conducta de juego se observa en la Tabla 10.8. Se destaca la amplitud de estos tiempos que va de 6 hasta 246 meses. En la Tabla 10.9 se observan las diferencias entre hombres y mujeres en esta variable. En la Figura 10.10 se aprecian, gráficamente, estas diferencias.

	N	$\bar{x}$	Rango
<b>EDAD</b>	50	39	19 - 68

Tabla 10.1. Número y media de edad de los participantes de la muestra.

	N	MUJERES		HOMBRES	
		N	%	N	%
<b>SEXO</b>	50	14	28	36	72

Tabla 10.2. Porcentaje de hombres y mujeres en la muestra.

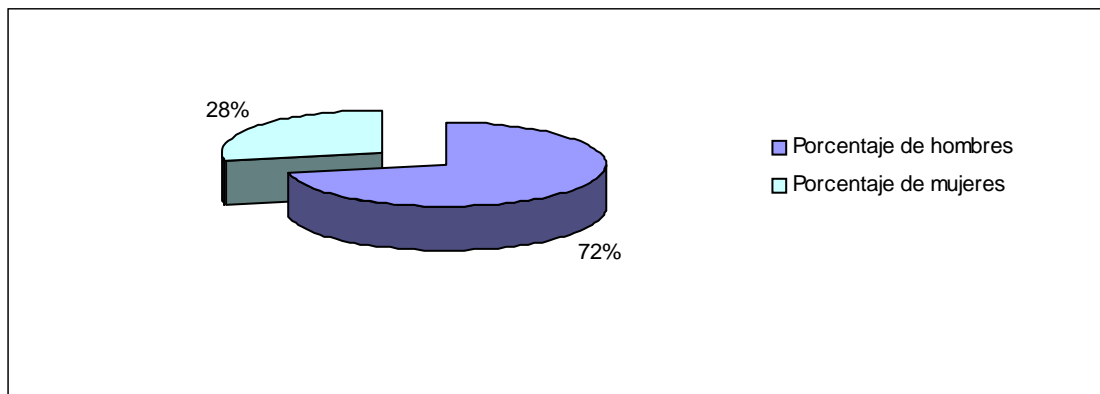


Figura 10.1. Proporción de hombres y mujeres de la muestra.

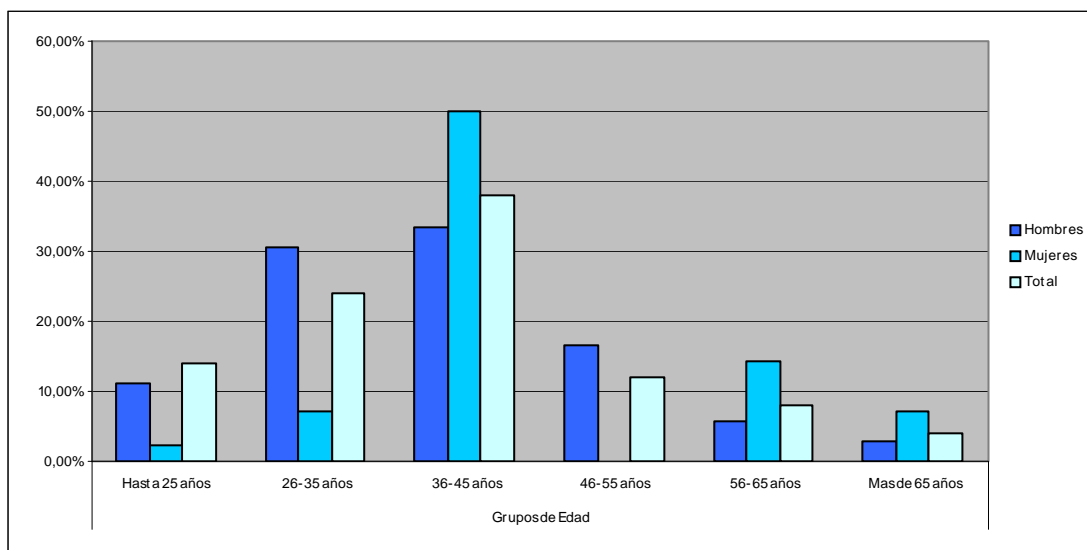


Figura 10.2. Distribución por edades de la muestra.

GRUPOS DE EDAD	MUESTRA (N=50)		HOMBRES (N=36)		MUJERES (N=14)	
	N	%	N	%	N	%
Hasta 25 años	7	14	4	11,1	3	2,4
De 26 a 35 años	12	24	11	30,5	1	7,1
De 36 a 45 años	19	38	12	33,3	7	50
De 46 a 55 años	6	12	6	16,7	0	0
De 56 a 65 años	4	8	2	5,6	2	14,3
Más de 65 años	2	4	1	2,8	1	7,2

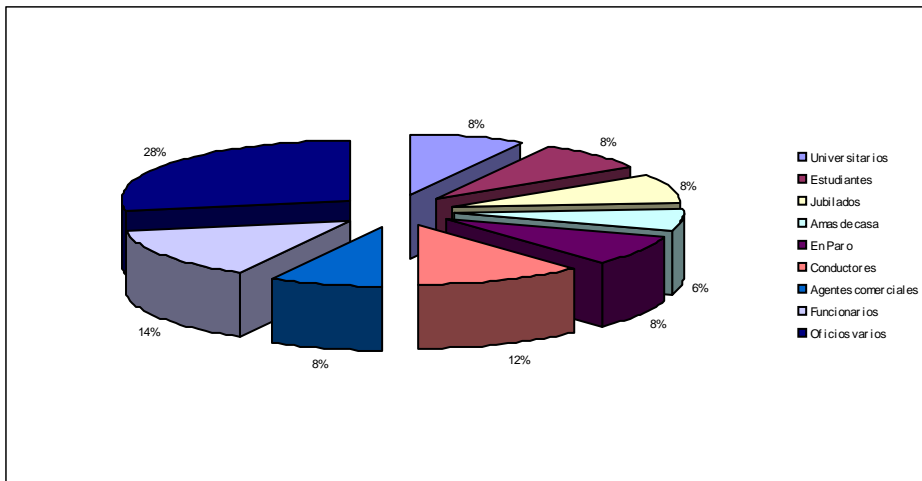
Tabla 10.3. Número de participantes y porcentaje según edad.

	N	$\bar{x}$	RANGO
MUJERES	14	40	20-66
HOMBRES	36	38	19-68

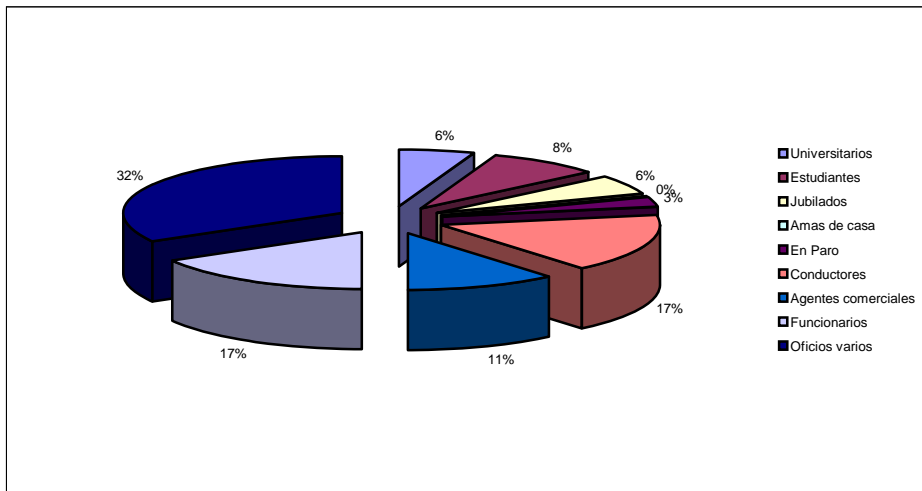
Tabla 10.4. Número de participantes y media de edad según el sexo.

PROFESIÓN	N	%
Médicos	1	2
Economistas	1	2
Profesores E.G.B	1	2
A.T.S	1	2
Estudiantes	4	8
Jubilados	4	8
Amas de Casa	3	6
Paro	4	8
Conductores	6	12
Agentes Comerciales	4	8
Funcionarios	7	14
Oficios Varios	14	28

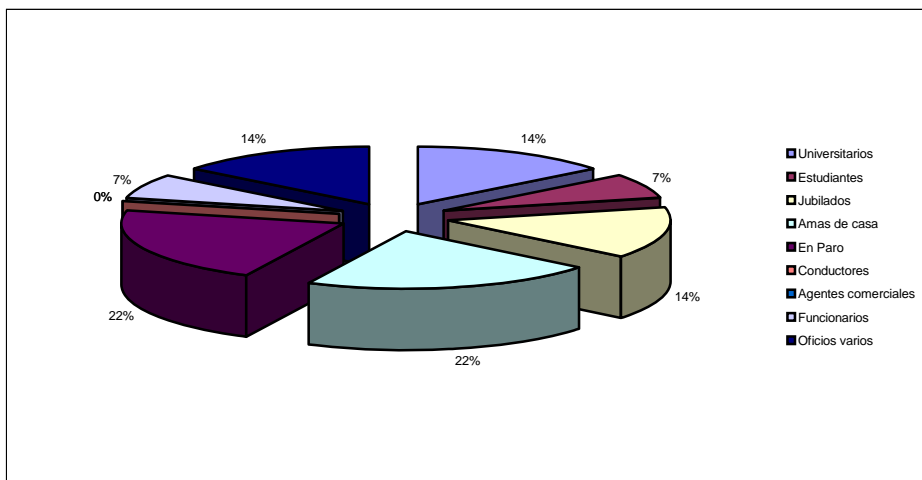
Tabla 10.5. Número de participantes y porcentaje según profesión.



**Figura 10.3.** Distribución de la muestra en función de la profesión



**Figura 10.4.** Distribución de los hombres de la muestra en función de la profesión



**Figura 10.5.** Distribución de las mujeres de la muestra en función de la profesión

Respecto a los **intentos por solucionar su problema** (Tabla 10.10), el 90% de los pacientes de la muestra reconoce haberlo intentado con anterioridad. El 74% lo hizo solamente por sí mismo, sin ayuda profesional, utilizando sus propios recursos, como no salir de casa (caso de un jubilado), no llevar dinero encima o simplemente proponiéndoselo. Los resultados obtenidos van desde no conseguir ni un solo día de abstinencia hasta un año, acumulándose la mayoría en torno al intervalo que va de una semana a dos meses. El 16% buscó además ayuda especializada en Centros Médicos, en Asociaciones, en Grupos de Autoayuda o en consulta privada. Los resultados, con respecto a este 16%, van desde ningún día de abstinencia hasta tres meses. En esta variable los comportamientos de los hombres y las mujeres fueron similares. En la Figura 10.11 se aprecian, gráficamente, estas diferencias.

Llegaron con **deudas contraídas** por el juego (Tabla 10.11), 39 participantes de la muestra (78%), destacando que el 86% de las mujeres había contraído alguna. En la Figura 10.12, Figura 10.13 y Figura 10.14 se aprecia, gráficamente, el porcentaje de participantes con deuda por juego, tanto de la muestra como de hombres y mujeres. Las cantidades adeudadas por estos participantes oscilaban entre 180 y 21.000 euros, situándose en un intervalo de deuda comprendido entre 600 y 6.000 euros el 50% de la muestra (Tabla 10.12), siendo la deuda media de 2490 euros. Se puede apreciar (Figura 10.15) cómo, aunque es mayor el porcentaje de mujeres con deuda, en el intervalo de menor cantidad adeudada (*inferior a 600 euros*) el porcentaje de mujeres (35,7%) dobla al de los hombres (16,7%).

AÑOS DE JUEGO	MUESTRA		HOMBRES		MUJERES	
	(N=50)		(N=36)		(N=14)	
	N	%	N	%	N	%
Hasta 5 años	22	44	15	41,7	7	50
Entre 5 y 10 años	21	42	15	41,7	6	42,8
Más de 10 años	7	14	6	16,6	1	7,2

Tabla 10.6. Años de juego agrupados por intervalos.

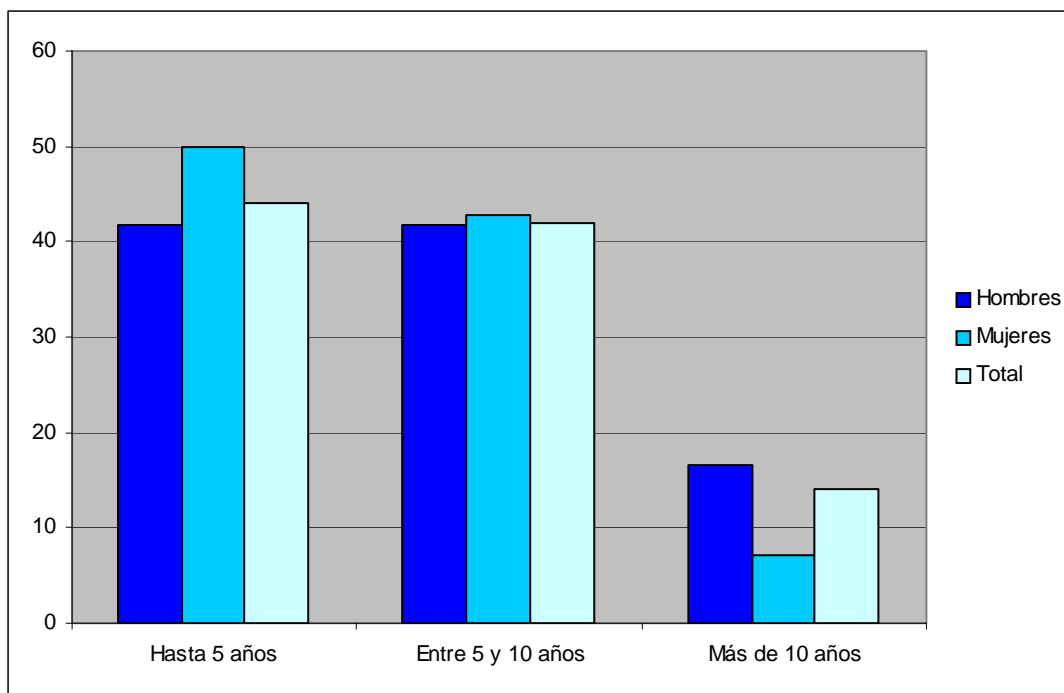


Figura 10.6. Años de juego de la muestra, agrupados por intervalos.

	$\bar{x}$	RANGO
Meses de juego	82	12 - 262
Meses de juego percibido como problema	22	2 - 144

Tabla 10.7. Media de meses de juego y de meses durante los cuales percibe el juego como problema.

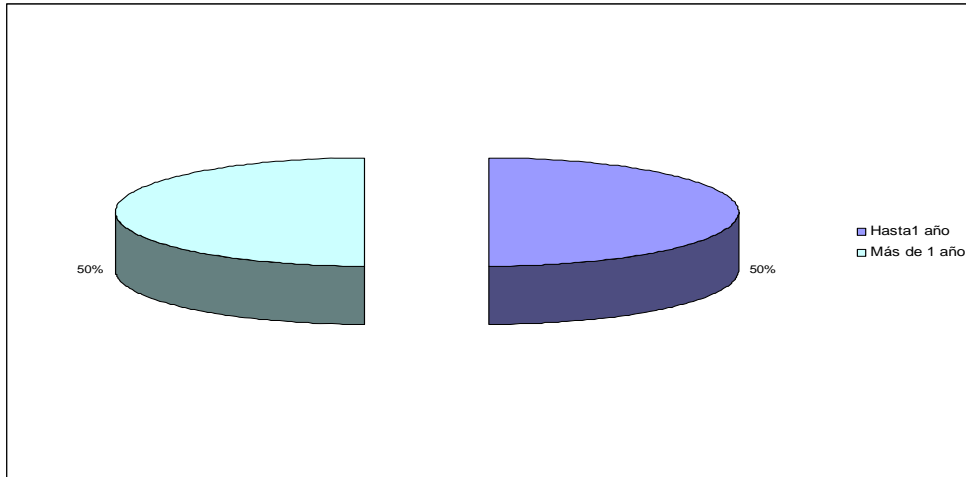


Figura 10.7. Tiempo transcurrido, en años, desde que comenzaron a percibir el juego como problema.

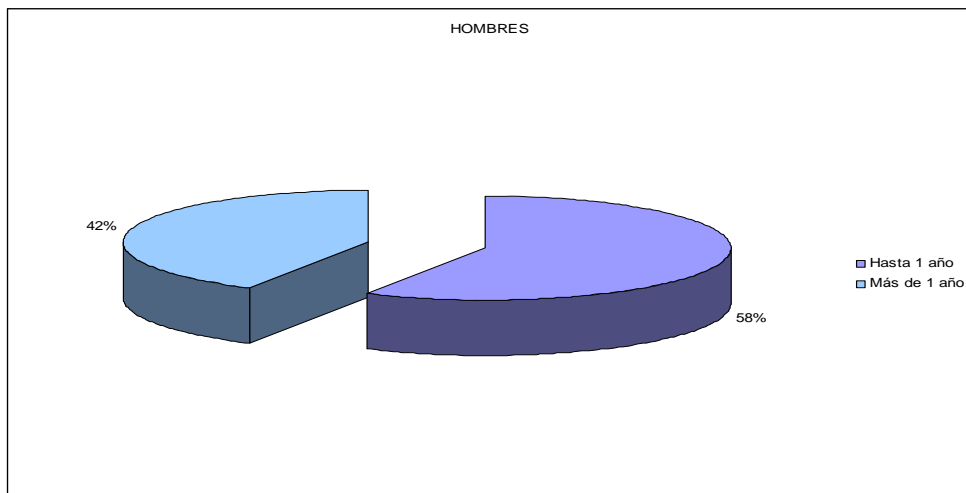


Figura 10.8. Tiempo transcurrido, en años, desde que comenzaron a percibir el juego como problema.  
Hombres.

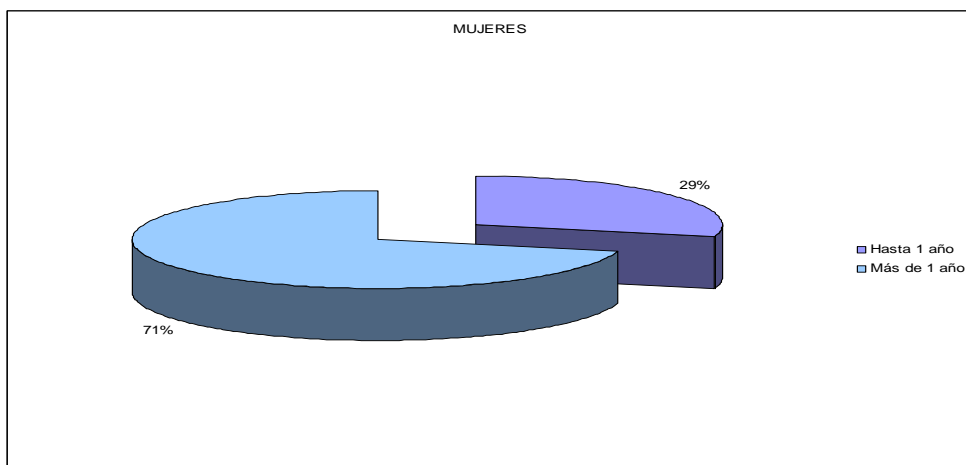


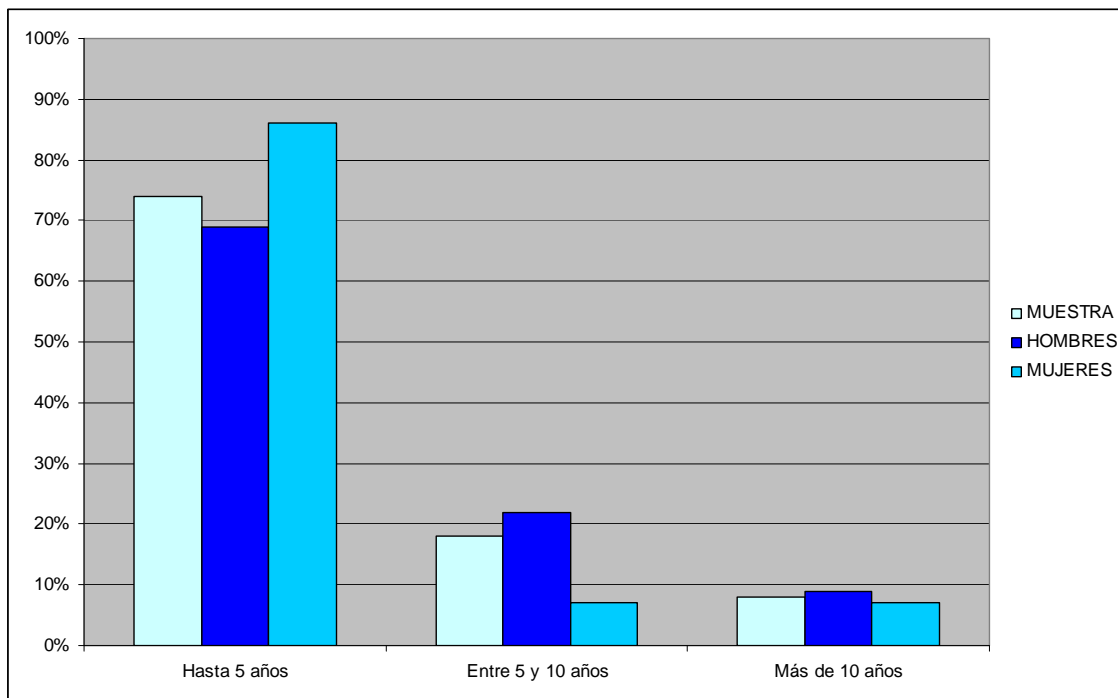
Figura 10.9. Tiempo transcurrido, en años, desde que comenzaron a percibir el juego como problema.  
Mujeres.

	$\bar{x}$	<b>RANGO</b>
<b>Meses de juego no percibido como problema</b>	56	6 - 246

**Tabla 10.8.** Media de meses transcurridos desde que empezaron a jugar hasta que comenzaron a percibir el juego como problema.

<b>AÑOS DE JUEGO NO PERCIBIDOS COMO PROBLEMA</b>	<b>MUESTRA</b>		<b>HOMBRES</b>		<b>MUJERES</b>	
	<b>(N=50)</b>		<b>(N=36)</b>		<b>(N=14)</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Hasta 5 años</b>	37	74	25	69,4	12	85,8
<b>Entre 5 y 10 años</b>	9	18	8	22,2	1	7,1
<b>Más de 10 años</b>	4	8	3	8,4	1	7,1

**Tabla 10.9.** Años transcurridos desde que empezaron a jugar hasta que comenzaron a percibir el juego como problema.



**Figura 10.10.** Años transcurridos desde que empezaron a jugar hasta que comenzaron a percibir el juego como problema.

INTENTOS PREVIOS PARA DEJAR EL JUEGO	MUESTRA		HOMBRES		MUJERES	
	(N=50)		(N=36)		(N=14)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Ninguno</b>	5	10	3	8,3	2	14,3
<b>Por sí mismo</b>	37	74	27	75	10	71,4
<b>Por sí mismo + Tratamiento</b>	8	16	6	16,7	2	14,3

Tabla 10.10. Intentos previos de dejar el juego.

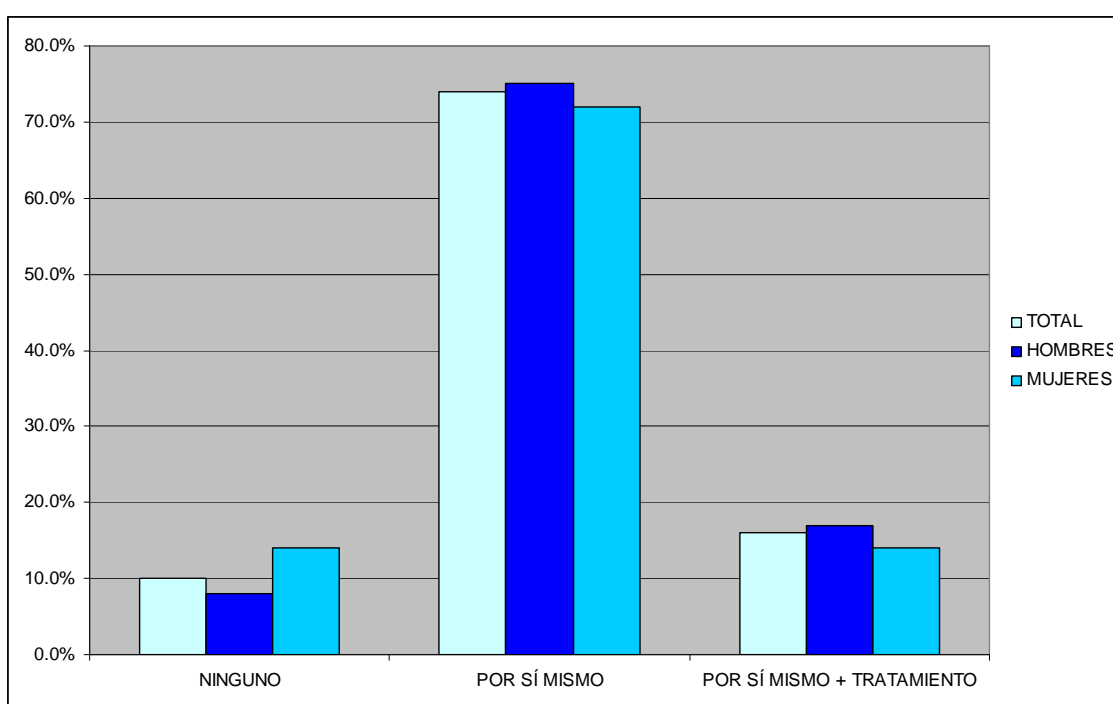
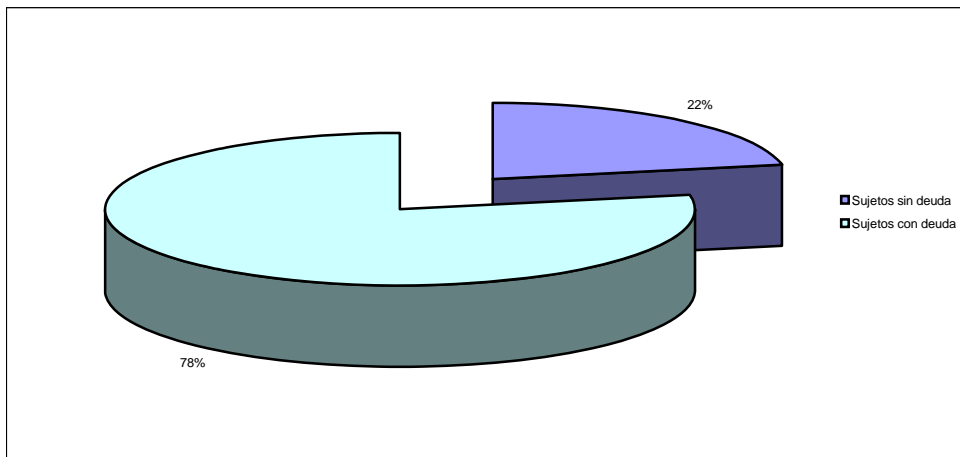


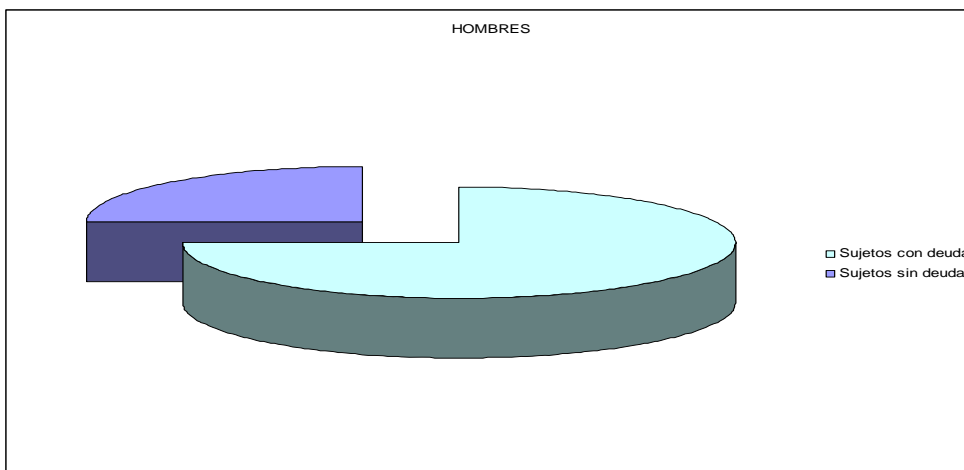
Figura 10.11. Intentos previos por dejar el juego

	MUESTRA		HOMBRES		MUJERES	
	(N=50)		(N=36)		(N=14)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Participantes con deuda</b>	39	78	27	75	12	86
<b>Participantes sin deuda</b>	11	22	9	25	2	14

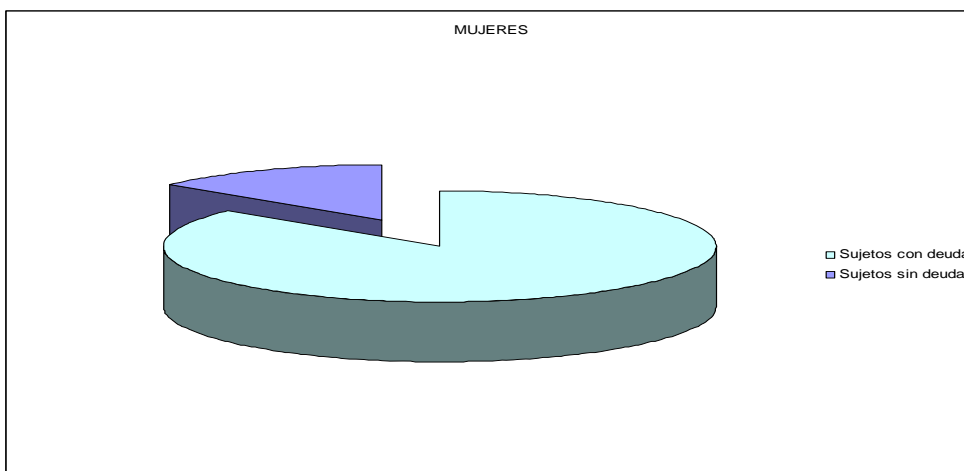
Tabla 10.11. Deudas contraídas por el juego.



**Figura 10.12.** Porcentaje de participantes de la muestra con deuda debida al juego.



**Figura 10.13.** Porcentaje de hombres de la muestra con deuda debida al juego.



**Figura 10.14.** Porcentaje de mujeres de la muestra con deuda debida al juego.

DEUDA CONTRAÍDA POR JUGAR (en euros)	MUESTRA (N=50)		HOMBRES (N=36)		MUJERES (N=14)	
	N	%	N	%	N	%
	<b>Sin deuda</b>	11	22	9	25	2
<b>Inferior a 600</b>	11	22	6	16,7	5	35,7
<b>Entre 600 y 6000</b>	25	50	19	52,7	6	42,9
<b>Superior a 6000</b>	3	6	2	5,6	1	7,1

Tabla 10.12. Deuda contraída por el juego por grupos de deuda.

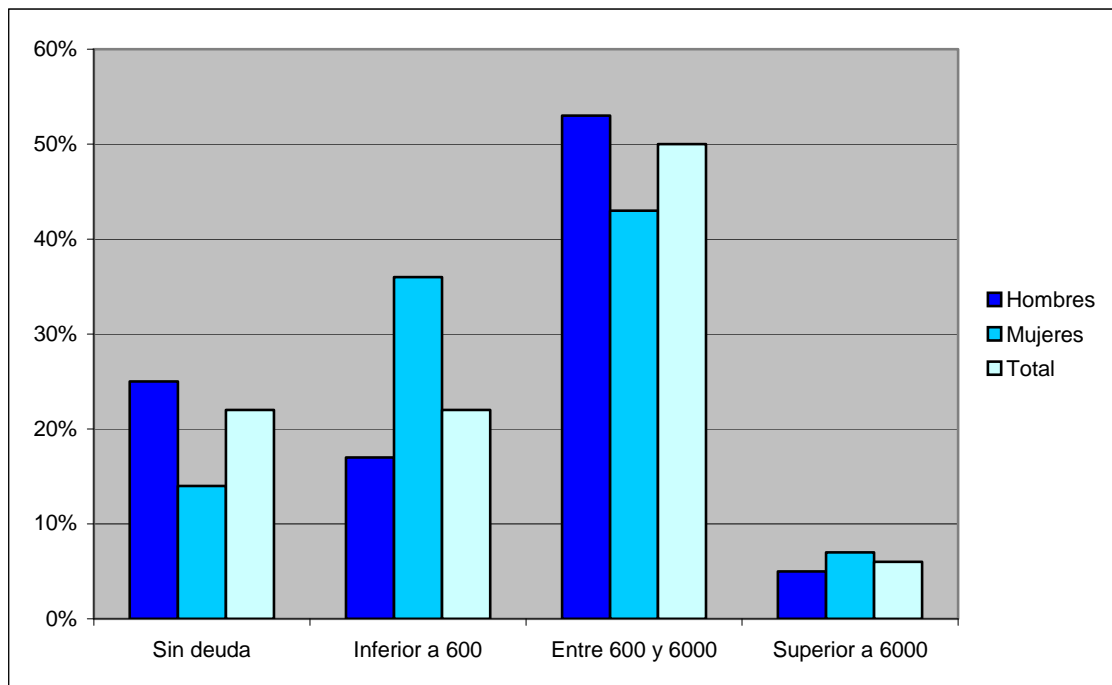


Figura 10.15. Deuda contraída por el juego, por grupos de deuda.

En cuanto a los **antecedentes familiares** relacionados con el juego (Tabla 10.13), se encontró que 16 pacientes (32%) de la muestra afirmaban tenerlos o haberlos tenido entre los parientes de primer grado. En el 75% de los casos, el familiar con problemas de juego era o había sido uno de los progenitores y el 25 % restante correspondía a hermanos o hermanas.

En la Figura 10.16 aparecen estos porcentajes en el total de la muestra. En la Figura 10.17 y en la Figura 10.18 puede observarse que mientras que el porcentaje de hombres con antecedentes familiares es del 28 %, el de mujeres llega al 43%.

En lo que respecta al **establecimiento donde comenzó a jugar**, el 90% de la muestra (Tabla 10.14) comenzó a jugar en un bar o en una cafetería, haciéndolo el 10% restante en una sala de juego. De las 14 mujeres de la muestra, solamente una, (7,14%) comenzó a jugar en una sala de juego. Estos porcentajes se aprecian, gráficamente, en la Figura 10.19, en la Figura 10.20 y en la Figura 10.21.

ANTECEDENTES FAMILIARES	MUESTRA (N=50)		HOMBRES (N=36)		MUJERES (N=14)	
	N	%	N	%	N	%
	Sin antecedentes familiares	34	68	26	72	8
Con antecedentes familiares	16	32	10	28	6	43

Tabla 10.13. Antecedentes familiares de juego.

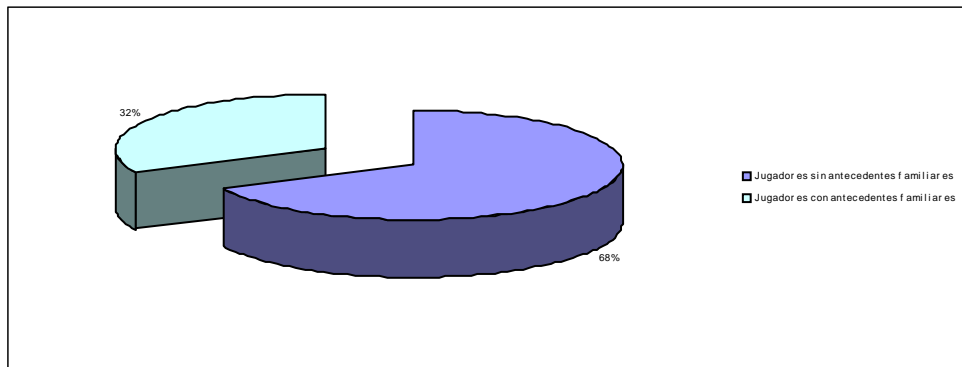


Figura 10.16. Antecedentes familiares de juego.

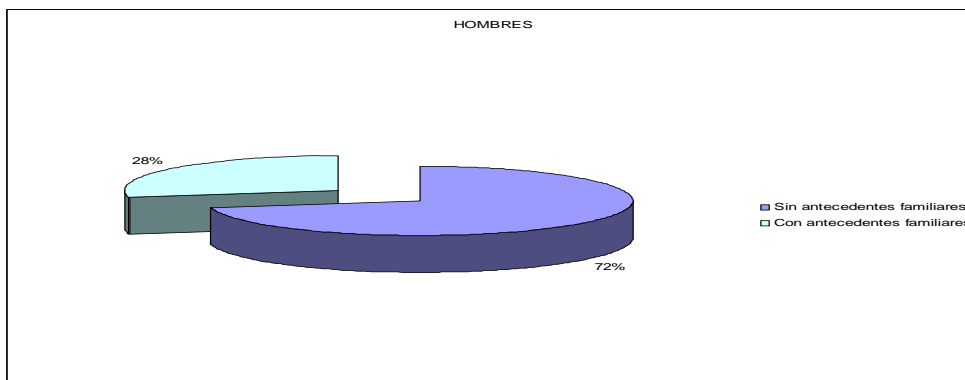


Figura 10.17. Antecedentes familiares de juego. Hombres.

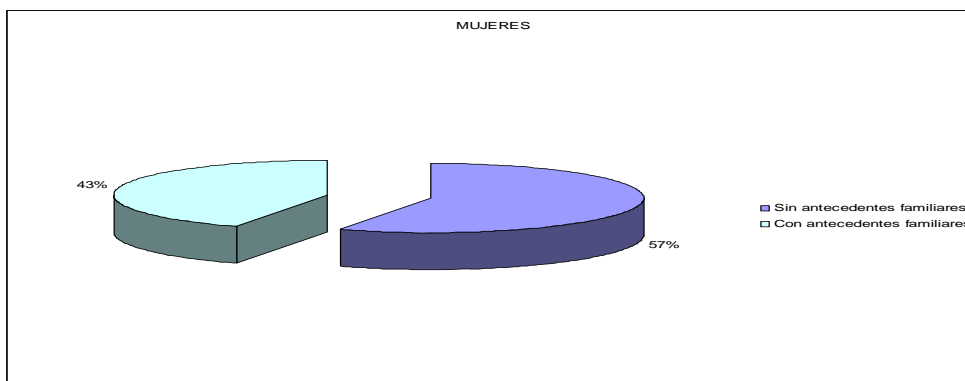


Figura 10.18. Antecedentes familiares de juego. Mujeres.

ESTABLECIMIENTO DE COMIENZO	MUESTRA (N=50)		HOMBRES (N=36)		MUJERES (N=14)	
	N	%	N	%	N	%
En bar	45	90	32	89	13	93
En sala de juego	5	10	4	11	1	7

Tabla 10.14. Establecimiento de comienzo de juego.

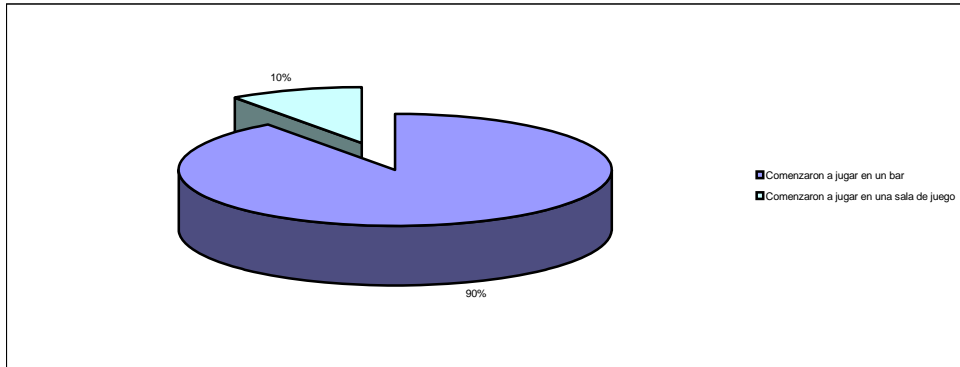


Figura 10.19. Establecimiento de comienzo de juego.

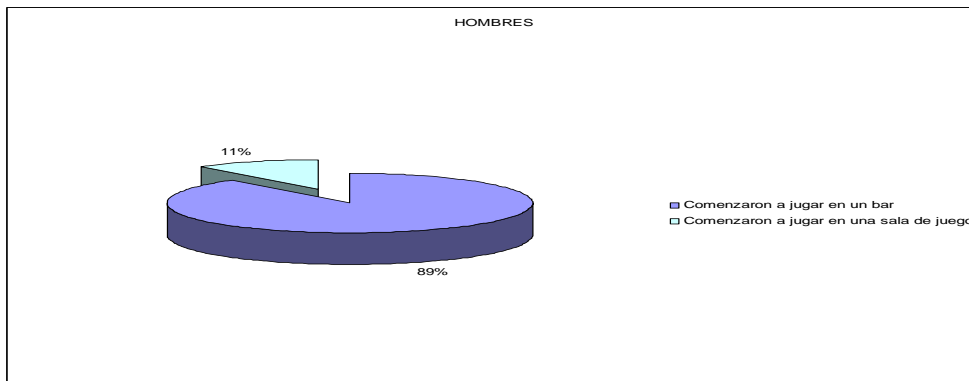


Figura 10.20. Establecimiento de comienzo de juego. Hombres.

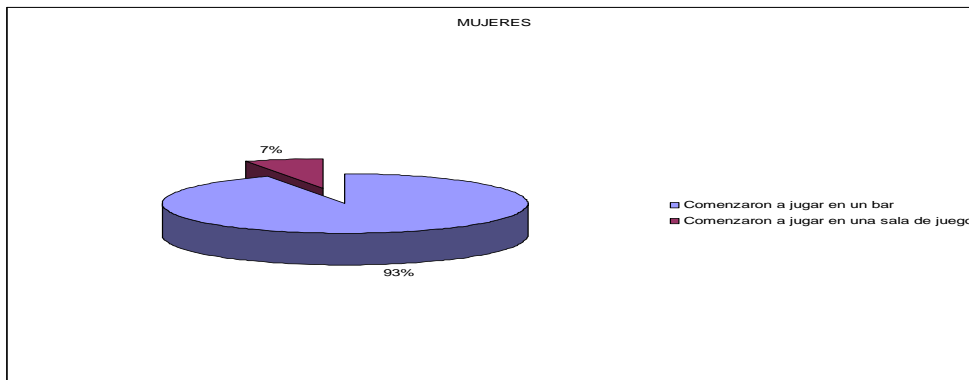


Figura 10.21. Establecimiento de comienzo de juego. Mujeres.

### 10.1.3 Variables de Juego

#### 10.1.3.1 Variables dependientes del juego

En la Tabla 10.15, Tabla 10.16 y Tabla 10.17 se resume la conducta de juego en gasto (euros a la semana), frecuencia (días de juego semanales) y tiempo de juego (horas semanales), tanto del total de la muestra como de los hombres y las mujeres de la misma.

VARIABLES	$\bar{x}$	D.T.	RANGO	
			Mínimo	Máximo
<b>Gasto</b>	163,60	181,27	18	1200
<b>Frecuencia</b>	4,04	1,67	1	7
<b>Tiempo de juego</b>	10,27	7,81	2	40

Tabla 10.15. Caracterización de la conducta de juego de la muestra.

VARIABLES	$\bar{x}$	D.T.	RANGO	
			Mínimo	Máximo
<b>Gasto</b>	172,8	185,2	18	1200
<b>Frecuencia</b>	4,1	1,61	1	7
<b>Tiempo de juego</b>	10,8	8,01	2	40

Tabla 10.16. Caracterización de la conducta de juego de la muestra (Hombres).

VARIABLES	$\bar{x}$	D.T.	RANGO	
			Mínimo	Máximo
<b>Gasto</b>	147	168,2	48	360
<b>Frecuencia</b>	4	1,80	2	7
<b>Tiempo de juego</b>	8,8	7,7	3	14

Tabla 10.17. Caracterización de la conducta de juego de la muestra (Mujeres).

Parece necesario destacar la gran variabilidad entre las conductas de juego exhibidas por los jugadores a juzgar por la amplitud del rango en todas las variables consideradas.

### 10.1.3.2 Variables de diagnóstico

#### 10.1.3.2.1 Juego patológico

VARIABLE	$\bar{x}$	D.T.	RANGO	
			Mínimo	Máximo
Puntuación en el S.O.G.S.	9,98	2,34	6	15

Tabla 10.18. Puntuación media y D.T. en el SOGS.

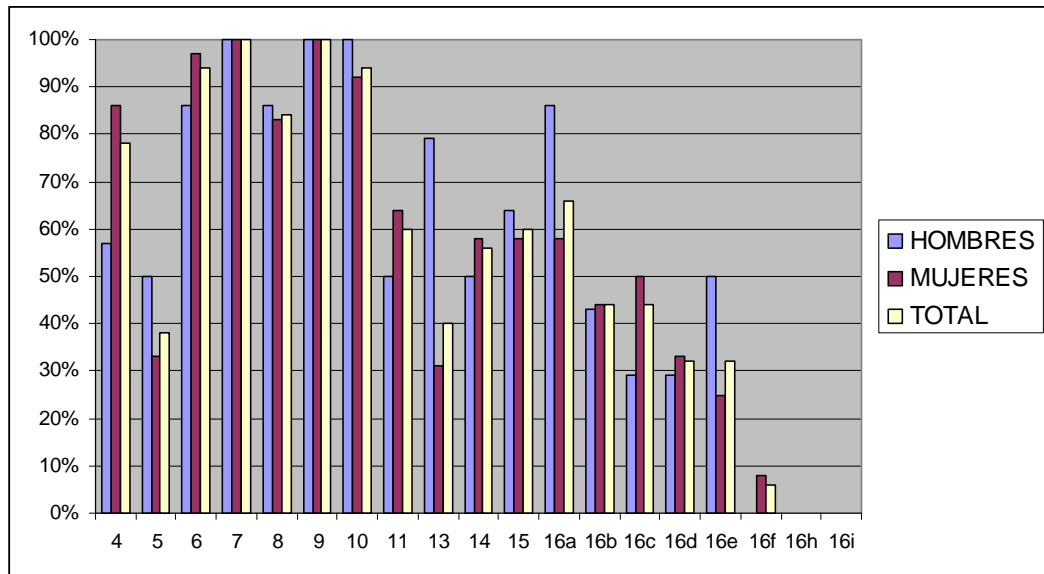
Los autores de la validación española del *South Oaks* (SOGS) proponen el 4 como punto de corte para una eficacia diagnóstica del 98% y todos los participantes de la muestra cumplen con este criterio. El participante con menor puntuación obtuvo un 6 y el de puntuación mayor un 15 (Tabla 10.18).

Además de los datos cuantitativos generales presentados parece conveniente destacar las respuestas a algunos ítems concretos (Tabla 10.19). Así, sobresale el hecho de que el 100% de los participantes han respondido de forma positiva a los ítems 7 (“¿Ha jugado alguna vez más dinero del que tenía pensado?”) y 9 (“¿Se ha sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?”). También destaca que el 94% respondiera de forma afirmativa a los ítems 6 (“¿Creé usted que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?”) y 10 (“¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz?”). Estos porcentajes se aprecian, gráficamente, en la Figura 10.22.

El 66% de los participantes reconoce que ha pedido dinero prestado para jugar o pagar deudas, respondiendo afirmativamente a alguno de los apartados del ítem 16. No obstante la fuente de dicho dinero es muy variada, tres participantes (6%) recurrieron a prestamistas, 33 (66%) recurrieron al dinero de casa, 22 participantes (44%) recurrieron a su pareja o a otros familiares y 16 (32%) lo pidieron a entidades de ahorro o utilizaron la tarjeta de crédito. Ningún participante informó de haber firmado algún cheque en blanco ni haber pedido una cuenta de crédito en el lugar donde jugaba.

ITEMS PUNTUABLES DEL SOGS		Muestra (N=50)		Mujeres (N=36)		Hombres (N=14)		
		N	%	N	%	N	%	
4	¿Cuando usted juega dinero, ¿con qué frecuencia vuelve otra vez a jugar para recuperar lo perdido?	39	78	31	86	8	57	
5	¿Ha afirmado usted alguna vez haber ganado dinero en el juego cuando en realidad había perdido?	19	38	12	33	7	50	
6	¿Cree usted que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?	47	94	35	97	12	86	
7	¿Ha jugado alguna vez más dinero de lo que tenía pensado?	50	100	36	100	14	100	
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?	42	84	30	83	12	86	
9	¿Se ha sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?	50	100	36	100	14	100	
10	¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz?	47	94	33	92	14	100	
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?	30	60	23	64	7	50	
13	¿Se han centrado alguna vez las discusiones de dinero sobre el juego?	22	40	11	31	11	79	
14	¿Ha pedido en alguna ocasión dinero prestado a alguien y no se lo ha devuelto a causa del juego?	28	56	21	58	7	50	
15	¿Ha perdido alguna vez tiempo de trabajo o de clase debido al juego?	30	60	21	58	9	64	
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).							
16	a	Del dinero de casa	33	66	21	58	12	86
	b	A mi pareja	22	44	16	44	6	43
	c	A otros familiares	22	44	18	50	4	29
	d	De bancos y cajas de ahorro	16	32	12	33	4	29
	e	De tarjetas de crédito	16	32	9	25	7	50
	f	De prestamistas	3	6	3	8	0	0
	h	De la firma de cheques falsos o de extender cheques sin fondos	0	0	0	0	0	0
	i	De una cuenta de crédito en el mismo casino	0	0	0	0	0	0

Tabla 10.19. Porcentaje de la muestra que responde afirmativamente a los ítems puntuables del SOGS.



**Figura 10.22.** Porcentaje de la muestra que responde afirmativamente a los ítems puntuables del SOGS.

**10.1.3.2.2 Distorsiones cognitivas**

PUNTUACIONES ESCALAS DEL I.P.J.	$\bar{x}$	D.T.	RANGO	
			Mínimo	Máximo
Subescala A	6,18	2,61	1	13
Subescala B	1,26	1,18	1	4
Total (A+B)	7,44	3,22	2	17
Subescala C	2,6	1,32	0	5

**Tabla 10.20.** Puntuaciones medias de la muestra obtenidas en las escalas del Inventario de Pensamientos sobre el juego (Echeburúa y Báez, 1994a).

La puntuación media obtenida por los participantes de la muestra en la **subescala A** (Tabla 10.20), que, como se dijo en el apartado de instrumentos de evaluación, trata de detectar los sesgos cognitivos que presenta el participante en relación con la conducta de juego, fue de 6,18. En esta subescala puntúan todas las respuestas afirmativas y de esta manera resultó que cinco de los quince ítem obtuvieron un porcentaje de respuestas afirmativas igual o superior al 60%. (Tabla 10.21).

Al ítem 11, “A veces voy con la sensación de que voy a ganar”, respondieron afirmativamente 43 participantes, lo que representa un porcentaje del 86% de la

muestra. Al ítem 4 *“Pienso que si juego el tiempo suficiente recuperaré mis pérdidas”* respondieron afirmativamente 38 participantes, o lo que es lo mismo, el 76% de la muestra. Los ítem 7 *“No pienso en las consecuencias negativas, sólo en que me puede tocar o puedo ganar”* y 10 *“Cuando pierdo y he estado cerca, pienso que casi gano”* fueron contestados afirmativamente por 34 y 33 participantes respectivamente, que representan a más del 65% de la muestra. Los ítem 1 *“Me fijo mucho en los resultados del juego para sacar conclusiones de cómo apostar, cuándo y cuánto”* y 12 *“Creo que ganar es una cuestión de suerte más que de probabilidad”*, obtuvieron 30 y 28 respuestas afirmativas respectivamente, lo que representa prácticamente el 60% de la muestra en ambos casos.

En el lado opuesto, tres ítem no superaron el 8% de respuestas afirmativas. El ítem 9 *“Si pierdo, pienso que es debido a que no estoy concentrado”*, fue contestado afirmativamente sólo por 3 participantes (6% de la muestra) y los ítem 5 *“Cuando gano pienso que soy más listo que los demás”* y 13 *“Tengo manías como llevar la misma ropa, amuletos, juegos mentales con números, etc.”*, obtuvieron cada uno cuatro respuestas afirmativas, lo que en ambos casos representa el 8% de la muestra. De los resultados anteriores se deduce que solamente 6 ítem (el 40% del total) obtuvieron una frecuencia absoluta de respuestas afirmativas comprendidas entre el 8 y el 60% del total de la muestra. En la Figura 10.23 se aprecian, gráficamente, los porcentajes de respuestas puntuables a los ítems de la subescala A del Inventario, tanto por el total de la muestra como por los hombres y las mujeres de ella.

La puntuación media obtenida en la **subescala B** (Tabla 10.20), con un rango de 0 a 6 del I.P.J., fue de 1,26. Esta subescala, como ya se expuso, consta de 6 ítem y trata de detectar los sesgos cognitivos que presenta un participante en relación con la adicción al juego. Destaca el resultado que indica (Tabla 10.22), que el 18% de los participantes no reconoce ser un jugador patológico. El ítem 3 *“Si me tocara mucho dinero se solucionarían todos mis problemas”*, fue el que obtuvo mayor número de respuestas puntuables (15), lo que representa el 30% de la muestra. Al ítem 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...)”* solamente respondieron con respuesta inadecuada 5 participantes (10% de la muestra). En la Figura 10.24 se aprecian, gráficamente, los porcentajes de respuestas

puntuables a los ítems de la subescala B del Inventario, tanto por el total de la muestra como por los hombres y las mujeres de ella.

La puntuación en el Inventario, cuyo rango es de 0 a 21, se obtuvo, siguiendo las indicaciones de los autores, sumando las respuestas puntuables de los apartados a y b. De esta manera se obtuvo una puntuación media de 7,44 con un rango de 2 a 17. (Tabla 10.20).

#### ***10.1.3.2.3 Estilo atribucional y locus de control***

Se utilizó la **subescala C** del I.P.J. con un rango de 0 a 6, para obtener información acerca del estilo atribucional y el locus de control de los participantes respecto a su problema y a la posibilidad de superarlo.

Se obtuvo una puntuación media de 2,6 con un rango de 0 a 5. (Tabla 10.20). Los ítems 2 “*Algo me sucede y entonces pierdo el control*” y 3 “*Cuando algo me incita a jugar no puedo hacer otra cosa*” (Tabla 10.23), fueron los que más frecuencia de respuestas positivas obtuvieron: 39 participantes (un 78%) y 36 participantes (un 72%) respectivamente. En el polo opuesto se puede destacar que al ítem 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.)*” solamente respondió de forma positiva un paciente, lo que significa el 2% de la muestra. Si este ítem no hubiese aparecido en la subescala, la puntuación media obtenida hubiese indicado que más del 50% de las respuestas a esta subescala habría sido positiva. En la Figura 10.25 se aprecian, gráficamente, los porcentajes de respuestas puntuables a los ítems de la subescala C del Inventario, tanto por el total de la muestra como por los hombres y las mujeres de ella.

Cabe destacar que el 82% de los participantes obtiene una puntuación igual o superior a 2 en esta subescala.

ITEMS DEL INVENTARIO DE PENSAMIENTOS SOBRE EL JUEGO. SUBESCALA A		Muestra (N=50)		Hombres (N=36)		Mujeres (N=14)	
		N	%	N	%	N	%
1	Me fijo mucho en los resultados del juego para sacar conclusiones de cómo apostar, cuándo y cuánto.	30	60	24	67	6	43
2	Tengo un "sistema" para ganar en el juego.	8	16	6	17	2	14
3	Si gano, tiendo a pensar que soy hábil y que lo he hecho bien.	11	22	7	19	4	28
4	Pienso que si juego el tiempo suficiente recuperaré mis pérdidas.	38	76	29	81	9	64
5	Cuando gano, pienso que soy más listo que los demás.	4	8	3	8	1	7
6	Pienso que a la larga ganaré.	18	36	12	33	6	43
7	No pienso en las consecuencias negativas, sólo en que me puede tocar o puedo ganar.	34	68	25	69	9	64
8	Si pierdo, pienso que es debido a la mala suerte.	29	58	19	53	10	71
9	Si pierdo, pienso que es debido a que no estoy concentrado.	3	6	1	3	2	14
10	Cuando pierdo y he estado "cerca", pienso que "casi gano".	33	66	22	61	11	79
11	A veces voy con la "sensación" de que voy a ganar.	43	86	31	86	12	86
12	Creo que ganar es una cuestión de suerte más que de probabilidad.	28	56	20	56	8	56
13	Tengo manías, como llevar la misma ropa, amuletos, juegos mentales con números, etc.	4	8	3	8	1	7
14	Pienso en todo lo que puedo comprarme o regalar a alguien, pues es así como me siento bien.	12	24	8	22	4	28
15	Considero el dinero robado para jugar como un préstamo.	15	30	11	31	4	28

Tabla 10.21. Respuestas puntuables a los ítems de la Subescala A del Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1994a).

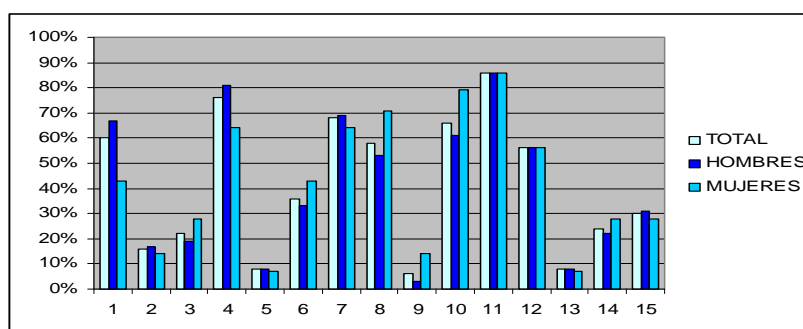


Figura 10.23. Porcentaje de respuestas puntuables a los ítems de la Subescala A del Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1994a)

ITEMS DEL INVENTARIO DE PENSAMIENTOS SOBRE EL JUEGO. SUBESCALA B		Muestra (N=50)		Hombres (N=36)		Mujeres (N=14)	
		N	%	N	%	N	%
1	Yo soy un jugador patológico.	9	18	7	19	2	14
2	Podré jugar como otras personas y no tendré problemas.	12	24	8	22	4	28
3	Si me tocara mucho dinero , se solucionarían todos mis problemas.	15	30	11	31	4	28
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...).	5	10	3	8	2	14
5	Toda mi vida es un fracaso.	11	22	7	19	4	28
6	Suelo malinterpretar los intentos de ayuda de familiares y amigos.	11	22	7	19	4	28

Tabla 10.22. Respuestas puntuables a los ítems de la Subescala B del Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1994a).

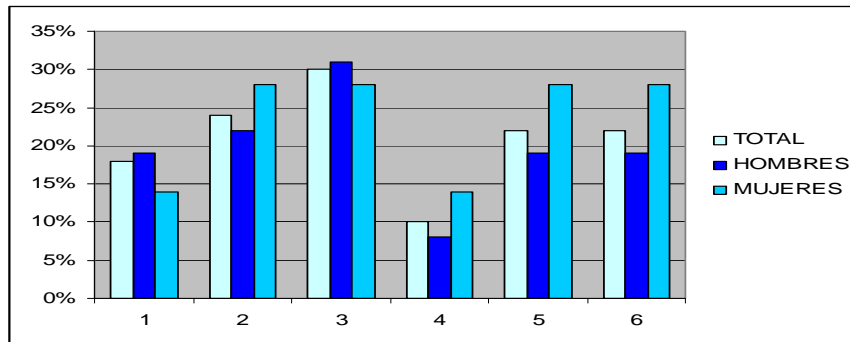


Figura 10.24. Porcentaje de respuestas puntuables a los ítems de la Subescala B del Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1994).

ITEMS DEL INVENTARIO DE PENSAMIENTOS SOBRE EL JUEGO. SUBESCALA C		Muestra (N=50)		Hombres (N=36)		Mujeres (N=14)	
		N	%	N	%	N	%
1	Soy un enfermo, y , por tanto, no tengo ninguna responsabilidad sobre lo que hago.	14	28	11	31	3	21
2	“Algo” me sucede y entonces pierdo el control.	39	78	27	75	12	84
3	Cuando algo me incita a jugar no puedo hacer otra cosa.	36	72	26	72	10	71
4	Siempre pienso que la vida será problemática en todos los aspectos.	14	28	7	19	7	50
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.).	1	2	1	3	0	0
6	Si después de conseguir dejar de jugar, un día juego algo, volveré irremediamente a jugarlo todo.	26	52	18	50	8	56

Tabla 10.23. Respuestas puntuables a los ítems de la Subescala C del Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1994a).

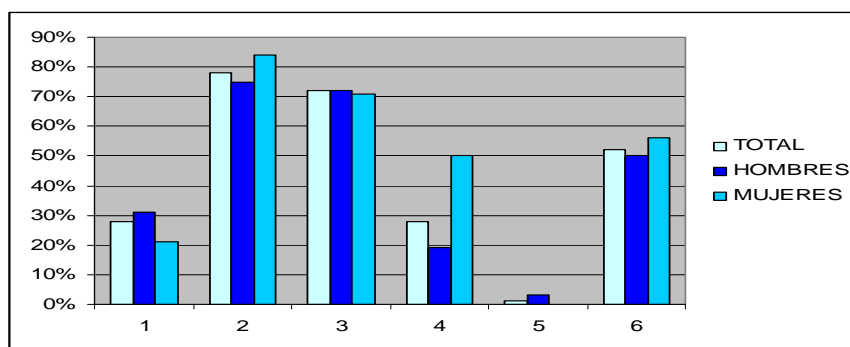


Figura 10.25. Porcentaje de respuestas puntuables a los ítems de la Subescala C del Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1994).

## 10.2 EFICACIA DEL TRATAMIENTO

### 10.2.1.1 Homogeneidad de los grupos

Realizado el análisis estadístico se comprobó la no existencia de diferencias significativas entre los grupos experimentales y en las distintas variables, que pudieran afectar y distorsionar los resultados del tratamiento. Los análisis se llevaron a cabo con el programa SSPS, utilizando el estadístico  $t$  para las variables continuas y  $\chi^2$  para las dicotómicas. Se han asumido varianzas iguales para un nivel de significación mayor de 0,05 y no se han asumido varianzas iguales cuando dicho valor era menor que 0,05.

En la Tabla 10.24 y en la Tabla 10.25, queda reflejada la equivalencia de los grupos en las variables analizadas, por lo que podemos afirmar que en el pretratamiento no ha habido diferencias significativas en las variables sociodemográficas y de historia de juego entre ambos grupos.

### 10.2.1.2 Variables sociodemográficas y de historia de juego

VARIABLES	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL		t	p
	$\bar{x}$	D.T.	x	D.T.		
<b>Edad</b>	36,72	12,59	40,72	11,6	-1,16	0,24
<b>Años de juego</b>	7,44	5,41	6,20	3,53	0,95	0,34
<b>Años percibidos como problema</b>	2,16	2,44	1,56	1,18	1,10	0,27

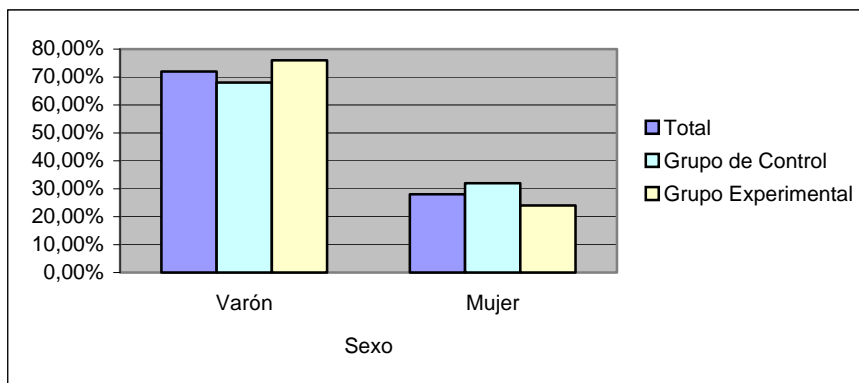
**Tabla 10.24.** Variables edad, años de juego y años percibidos como problema. Comparación entre grupos.

VARIABLES		Grupo EXPERIMENTAL	Grupo CONTROL	$\chi^2$	p
Sexo (% varones)		76	68	0,39	0,75
Edad (años)	Hasta 25	24%	4%	6,62	0,25
	De 26 a 35	20%	28%		
	De 36 a 45	40%	36%		
	De 46 a 55	4%	20%		
	De 56 a 65	8%	8%		
	Más de 65	4%	4%		
Profesión	Licenciados y diplomados universitarios	12%	4%	4,48	0,21
	Funcionarios	8%	20%		
	Oficios varios	44%	24%		
	Sin salario por trabajo	36%	52%		
Años de juego	Hasta 5	44%	44%	1,71	0,42
	De 6 a 10	36%	48%		
	Más de 10	20%	8%		
Años de juego percibido como problema	Hasta 1	48%	56%	0,32	0,77
	Más de 1	52%	44%		
Años de juego no percibidos como problema	Menos de 5	64%	84%	2,67	0,26
	De 5 a 10	24%	12%		
	Más de 10	12%	4%		
Intentos previos de dejar el juego	Ninguno	12%	8%	0,94	0,62
	Por sí mismos	68%	80%		
	Por sí mismos + ayuda	20%	12%		
Deuda económica actual como consecuencia del juego	Sin deuda	24%	20%	3,69	0,29
	Inferior a 100.000 pts.	32%	12%		
	Entre 100.001 y 1.000.000 pts.	40%	60%		
	Superior a 1.000.000 pts.	4%	8%		
Antecedentes familiares de juego	Con familiares jugadores	76%	60%	1,47	0,36
	Sin familiares jugadores	24%	40%		

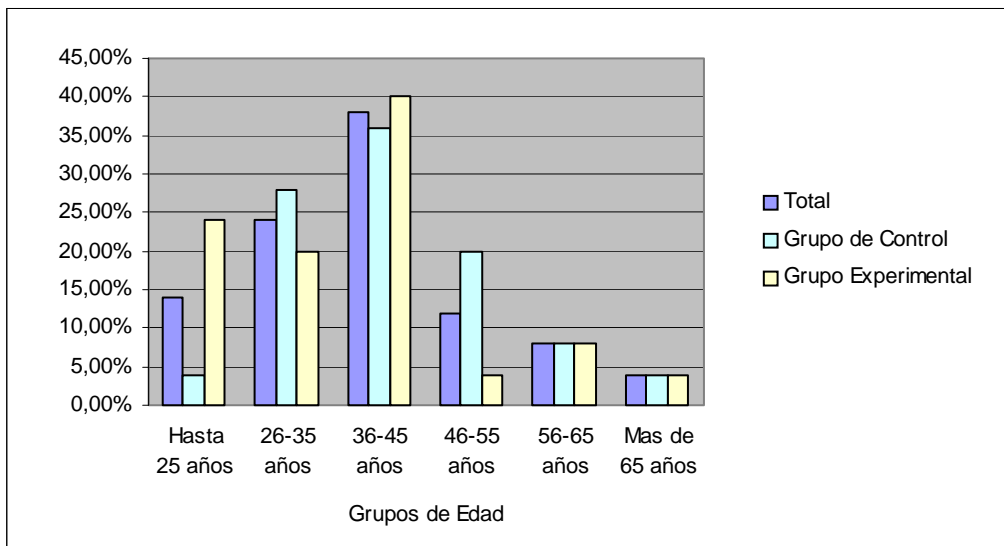
Tabla 10.25. Variables sociodemográficas, agrupadas por intervalos. Comparación entre grupos.

**10.2.1.2.1 Variables sociodemográficas y de historia de juego. Comparación entre grupos (Figuras)**

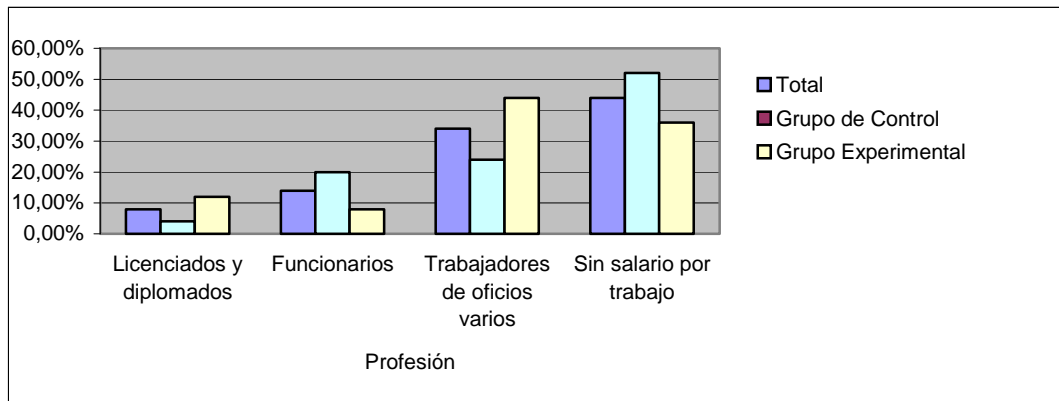
En las siguientes Figuras (desde la Figura 10.26 hasta la Figura 10.34) se aprecia, gráficamente, la comparación entre los dos grupos experimentales en las distintas variables sociodemográficas y de historia de juego estudiadas en el presente trabajo.



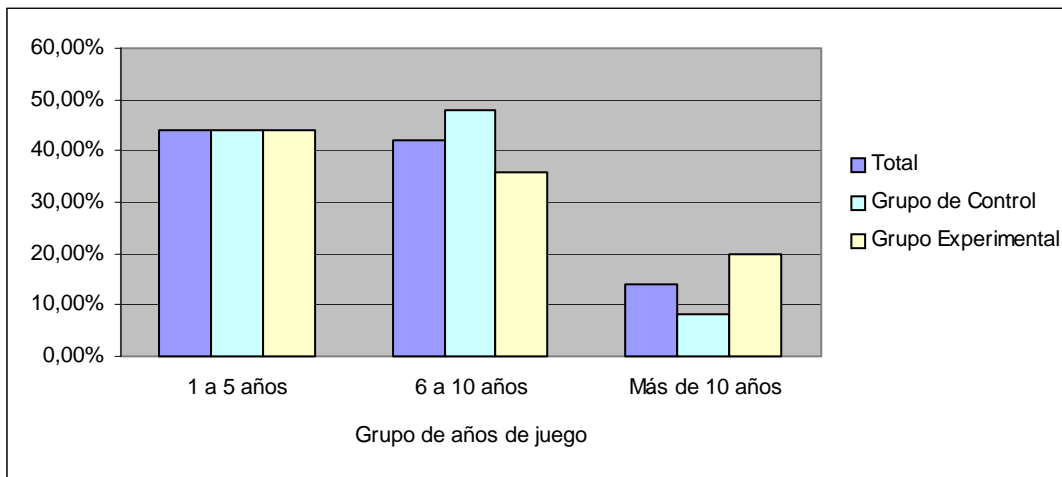
**Figura 10.26.** Variable: Sexo: Comparación entre grupos.



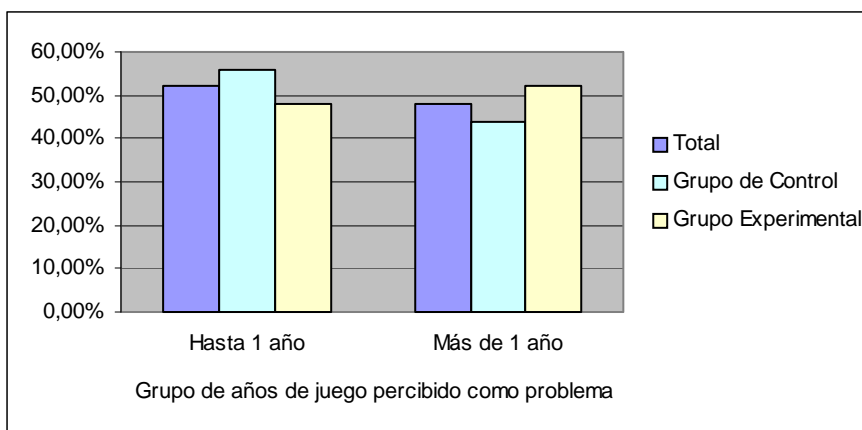
**Figura 10.27.** Variable: Edad. Comparación entre grupos.



**Figura 10.28.** Variable: Profesión. Comparación entre grupos.



**Figura 10.29.** Variable: Años de juego. Comparación entre grupos.



**Figura 10.30.** Variable: Años de juego percibido como problema. Comparación entre grupos.

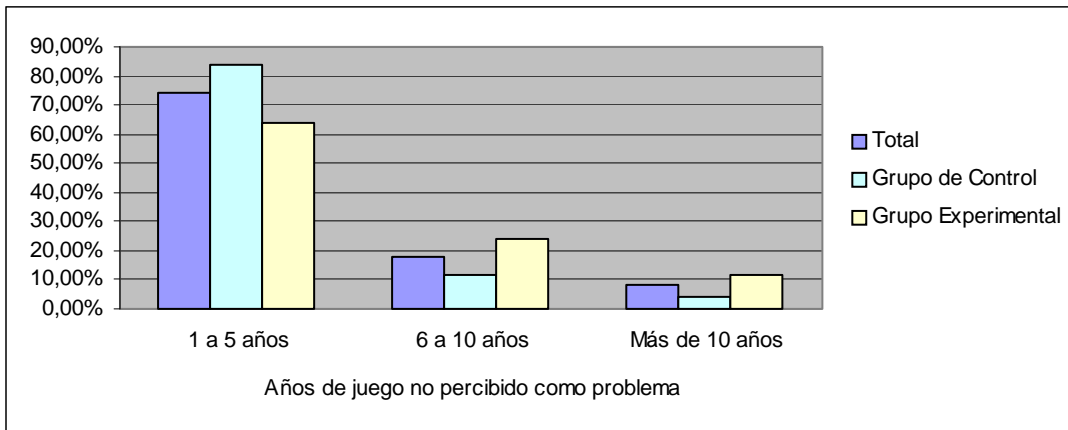


Figura 10.31. Variable: Años de juego no percibido como problema. Comparación entre grupos.

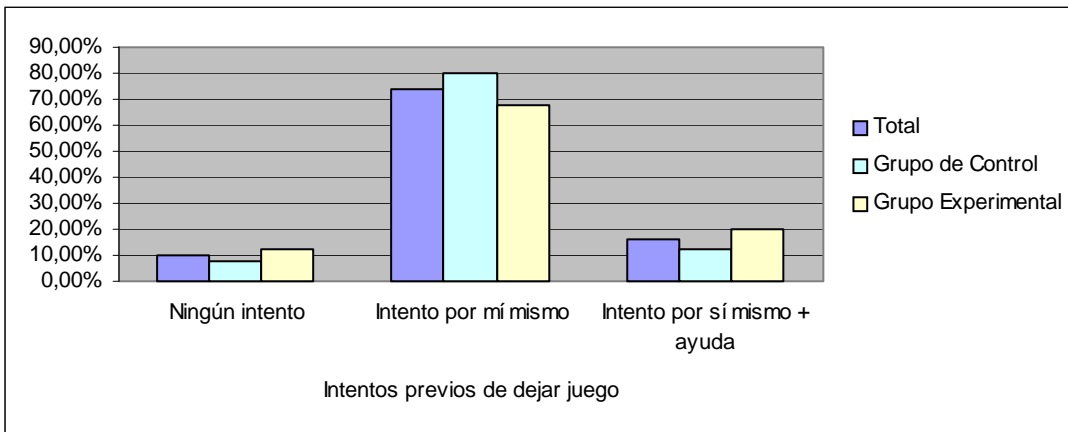


Figura 10.32. Variable: Intentos previos de dejar de jugar. Comparación entre grupos.

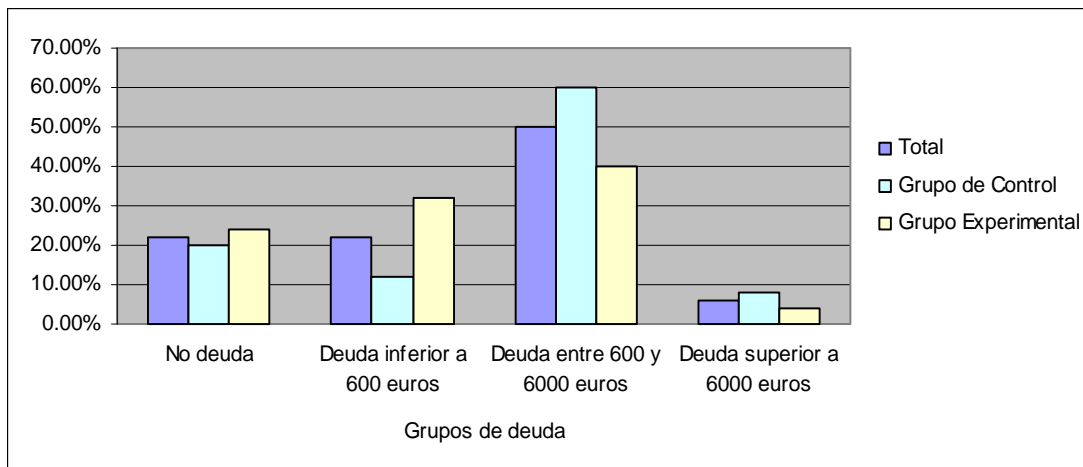


Figura 10.33. Variable: Grupos de deuda. Comparación entre grupos.

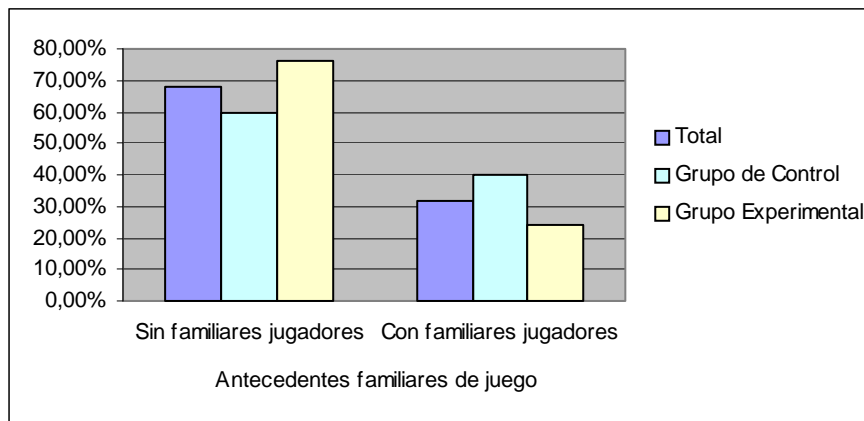


Figura 10.34. Variable: Antecedentes familiares de juego. Comparación entre grupos.

### 10.2.1.3 Variables dependientes del juego obtenidas por autorregistro

En los tres parámetros analizados de la conducta de jugar también han resultado ser equivalentes los dos grupos experimentales (Tabla 10.26).

VARIABLES	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL		t	p
	$\bar{x}$	D.T.	$\bar{x}$	D.T.		
Gasto semanal (miles de pts.)	31,56	38,166	22,88	13,863	1,06	0,29
Frecuencia semanal (días)	4,24	1,71	3,84	1,43	0,89	0,37
Horas semanales	11,20	8,11	9,32	5,25	0,97	0,33

Tabla 10.26. Parámetros de la conducta de juego. Comparación entre grupos.

### 10.2.1.4 Variables diagnóstico del juego obtenidas por cuestionarios

Los resultados muestran que los grupos experimentales son equivalentes, tanto en las puntuaciones del SOGS como en las del Inventario de Pensamientos sobre el Juego (IPJ) (Tabla 10.27).

VARIABLES	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL		t	p	
	$\bar{x}$	D.T.	$\bar{x}$	D.T.			
Puntuación en el S.O.G.S.	10,24	2,74	9,72	1,96	0,77	0,44	
Puntuación escalas del I.P.J.	Subescala A	6,40	2,79	5,96	2,50	0,58	0,56
	Subescala B	1,40	1,11	1,12	1,20	0,85	0,39
	Subescala C	2,48	1,44	2,72	1,20	-0,63	0,52
	Total (A+B)	7,80	3,20	7,08	3,25	0,78	0,43
	Suma de las tres escalas	10,28	4,08	9,80	3,74	0,43	0,66

Tabla 10.27. Variables diagnóstico de juego. Comparación entre grupos.

## 10.2.2 Eficacia de la intervención

### 10.2.2.1 Abstinencia

#### 10.2.2.1.1 En el postratamiento

En la sesión de postratamiento se comprobó que 23 participantes (92%) del grupo de tratamiento manifestaban que mantenían la abstinencia del juego frente al 8% que reconocía haber recaído antes de esta sesión. De los participantes del grupo de control, 15 de ellos (60%) manifestaban que mantenían la abstinencia del juego frente a los 10 restantes (40%) que reconocía haber vuelto a jugar. La diferencia entre los participantes que habían mantenido la abstinencia del juego en ambos grupos resulta significativa (Tabla 10.28).

#### 10.2.2.1.2 En los seguimientos

Conviene recordar que el primer seguimiento se hizo a los dos meses del postratamiento; el segundo seguimiento a los 5 meses y el tercero seis meses después. En la Tabla 10.28 se observa cómo tanto en el primer seguimiento como en el segundo, el 80% de los participantes del grupo experimental mantenían la conducta de abstinencia, siendo este porcentaje de un 72% en el tercer seguimiento.

MOMENTO	Grupo EXPERIMENTAL		Grupo CONTROL		$\chi^2$	p
	N	%	N	%		
<b>Postratamiento</b>	23	92	15	60	7,01	0,01
<b>Primer seguimiento</b>	20	80	11	44	6,87	0,02
<b>Segundo seguimiento</b>	20	80	7	28	13,60	0,01
<b>Tercer seguimiento</b>	18	72	4	16	15,90	0,01

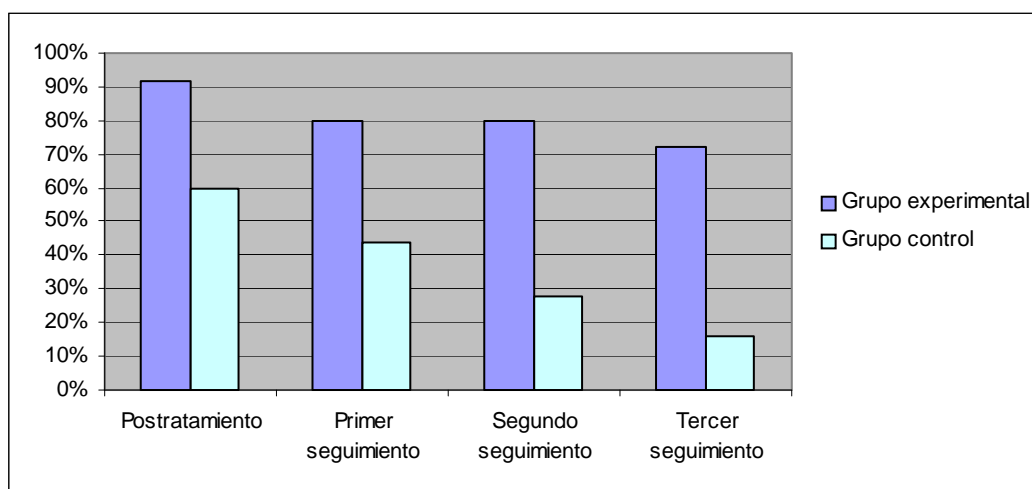
**Tabla 10.28.** Chi cuadrado intergrupos. Abstinencia.

Respecto al Grupo de Control, el porcentaje de participantes que no jugaban fue decreciendo constantemente hasta llegar al 16% en el tercer seguimiento.

Comparando ambos grupos experimentales en las tres sesiones de seguimiento se observa que existen diferencias significativas en el porcentaje de participantes que no juega, en todas ellas (Tabla 10.28).

Se aprecia también, en la misma tabla, cómo la diferencia entre los porcentajes de participantes abstinentes en ambos grupos, fue creciendo desde la sesión de postratamiento hasta el tercer seguimiento, desde un 32% hasta el 56% y lo hizo de manera paulatina, lo que significa que en el último seguimiento había un 52% más de pacientes que no jugaban en el *grupo experimental* que en el *grupo de control*.

En la Figura 10.35 se aprecian, de manera gráfica, los porcentajes de abstinencia en los dos grupos, tanto en el postratamiento como en los tres seguimientos, así como el aumento de la diferencia entre ambos a lo largo del tiempo.



**Figura 10.35.** Variable: Porcentaje de abstinencia en los seguimientos.

La abstinencia dejaba de serlo desde el momento en que se volvía a jugar; en este punto cabe preguntarse en qué momento de la intervención tuvieron lugar las recaídas y cómo fueron apareciendo en cada uno de los grupos experimentales. Analizando el número total de participantes de cada grupo que habían recaído en cada momento de la evaluación, se comprobó (Figura 10.29) que en el *grupo de tratamiento* habían recaído dos participantes (8%) en el postratamiento, 5 participantes (20%) en el primer seguimiento y, puesto que entre el primer seguimiento y el segundo no hubo recaídas, 5 participantes también (20%) al final del segundo seguimiento. Al final de todo el proceso de evaluación, habían recaído 7 participantes en total (28% de los participantes del grupo experimental).

En el grupo de control, se encontró que el número de participantes que había recaído en el postratamiento era de 10 (40%); que 14 (56%) lo habían hecho en el

primer seguimiento, 18 (72%) en el segundo y 21 (84%) en el tercero. Estos porcentajes se aprecian, gráficamente, en la Figura 10.36.

RECAÍDAS	Grupo EXPERIMENTAL		Grupo CONTROL	
	N	%	N	%
En el postratamiento	2	8	10	40
En el primer seguimiento	5	20	14	56
En el segundo seguimiento	5	20	18	72
Tercer seguimiento	7	28	21	84

Tabla 10.29. Recaídas totales. Comparación entre grupos.

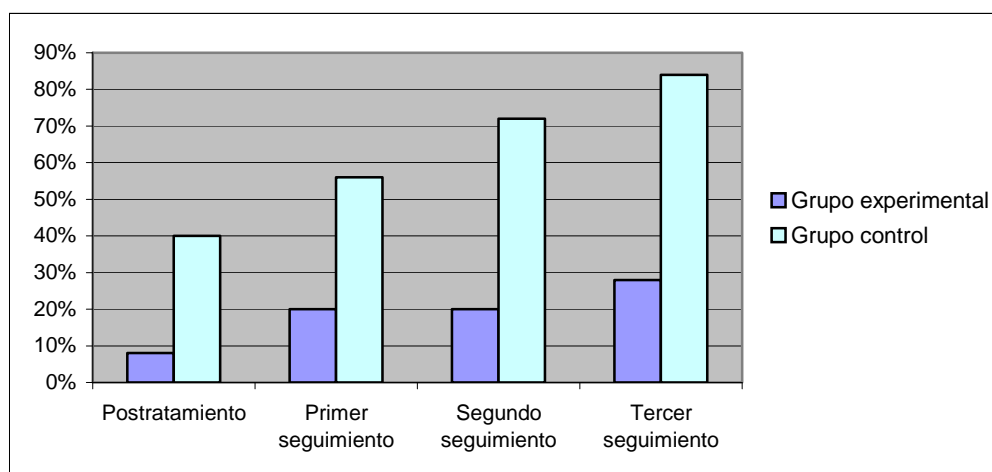


Figura 10.36. Variable: Porcentaje de abstinencia en los seguimientos.

Las recaídas que tuvieron lugar entre una sesión de evaluación y la siguiente se aprecian en la Tabla 10.30.

RECAÍDAS	Grupo EXPERIMENTAL		Grupo CONTROL	
	N	%	N	%
Entre el pre y el postratamiento	2	8	10	40
Entre el postratamiento y el primer seguimiento	3	12	4	16
Entre el primer y segundo seguimiento	0	0	4	16
Entre el segundo y tercer seguimiento	2	8	3	12

Tabla 10.30. Recaídas entre dos sesiones contiguas de evaluación. Comparación entre grupos.

### 10.2.2.2 Variables dependientes del juego

La frecuencia, el gasto y el tiempo de juego descendieron hasta cero en todos los casos de éxito. Tenía que ser así debido a que, para cumplir el compromiso adquirido de derivar a la Asociación Terapéutica del Juego a todo participante que volviera a jugar aunque sólo lo hiciese una vez, se tuvo que renunciar a considerar el episodio aislado de juego como un éxito parcial o un fracaso relativo.

Puesto que la abstinencia total había sido desde el principio el único criterio de éxito, en todos los casos de abstinencia, en cada uno de los momentos de evaluación, la frecuencia, el gasto y el tiempo de juego tenían un valor de cero.

### 10.2.2.3 Distorsiones cognitivas

Es necesario comenzar el apartado indicado que en este análisis solamente se incluye a los participantes que fueron evaluados en el postratamiento y en los seguimientos correspondientes. Estos participantes eran los que en el momento de la evaluación mantenían respecto del juego una conducta de abstinencia. El número total de participantes que fueron evaluados y los que formaban los grupos experimentales, en cada momento quedan reflejados en la Tabla 10.31.

MOMENTO DE LA EVALUACIÓN	Grupo EXPERIMENTAL	Grupo CONTROL	TOTAL
Postratamiento	23	15	38
Primer seguimiento	20	11	31
Segundo seguimiento	20	7	27
Tercer seguimiento	18	4	22

**Tabla 10.31.** Número de participantes que componían los grupos en las distintas evaluaciones.

Se contrastaron las puntuaciones obtenidas por los participantes en el pretratamiento, en las tres subescalas del Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1994a) con las obtenidas en el postratamiento y en cada uno de los seguimientos. Para ello se utilizó el *modelo lineal general* para hacer un análisis intraparticipantes e intergrupos y el estadístico *Lambda de Wilks* con un nivel de significación  $p < 0,05$ .

Sin dejar de considerar las necesarias restricciones expuestas anteriormente, en el análisis intraparticipantes se observan diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pretratamiento y las obtenidas en el postratamiento y en cada uno de los tres seguimientos. Esto ocurre en todos los casos y en las tres subescalas. (Tabla 10.32, Tabla 10.33 y Tabla 10.34).

En las mismas tablas puede observarse cómo, de forma sistemática y continua, las puntuaciones medias obtenidas en cada una de las subescalas estudiadas va descendiendo desde el postratamiento, a lo largo del tiempo, hasta el tercer seguimiento, sin que durante ese periodo, evidentemente, haya habido intervención alguna.

En el análisis intergrupos, cuando se contrastan puntuaciones medias obtenidas en el pretratamiento con las obtenidas en el postratamiento y en los tres seguimientos, se aprecian diferencias significativas en todas las comparaciones de las puntuaciones de la subescala A (Tabla 10.35).

En los análisis intergrupos realizados para contrastar las puntuaciones en la subescala B del Inventario, no resultó ninguna diferencia significativa, aunque las diferencias pre-post están muy próximas a ser significativas como puede apreciarse en la Tabla 10.36.

En el análisis de las puntuaciones referidas a la subescala C no resulta significativo el contraste entre las puntuaciones pre-post, pero sí el pre con los tres seguimientos (Tabla 10.37).

Examinando las tres tablas anteriores se observa cómo, tanto en el *grupo experimental* como en el *grupo de control*, la puntuación media obtenida en el tercer seguimiento es, en todos los casos y en las tres subescalas, menor que la obtenida en el postratamiento.

RESULTADOS INTRAPARTICIPANTES. PUNTUACIONES EN EL INVENTARIO DE PENSAMIENTOS SOBRE EL JUEGO EN EL SEGUIMIENTO

			$\bar{x}$	D.T.	N	$\lambda$	p
<b>MOMENTO DE LA EVALUACIÓN</b>	<b>Postratamiento</b>	<b>Pretratamiento</b>	5,74	2,43	38	0,32	0,01
		<b>Postratamiento</b>	1,66	2,08			
	<b>Primer seguimiento</b>	<b>Pretratamiento</b>	5,97	2,45	31	0,27	0,01
		<b>Primer seguimiento</b>	1,32	2,15			
	<b>Segundo seguimiento</b>	<b>Pretratamiento</b>	6,19	2,33	27	0,31	0,01
		<b>Segundo seguimiento</b>	1,11	1,96			
	<b>Tercer seguimiento</b>	<b>Pretratamiento</b>	6,23	2,58	22	0,63	0,01
		<b>Tercer seguimiento</b>	0,59	1,29			

Tabla 10.32. Resultados intraparticipantes. Puntuaciones subescala A del I.P.J.

			$\bar{x}$	D.T.	N	$\lambda$	p
<b>MOMENTO DE LA EVALUACIÓN</b>	<b>Postratamiento</b>	<b>Pretratamiento</b>	1,11	0,98	38	0,61	0,01
		<b>Postratamiento</b>	0,18	0,39			
	<b>Primer seguimiento</b>	<b>Pretratamiento</b>	1,03	0,91	31	0,58	0,01
		<b>Primer seguimiento</b>	0,10	0,30			
	<b>Segundo seguimiento</b>	<b>Pretratamiento</b>	1,04	0,91	27	0,61	0,01
		<b>Segundo seguimiento</b>	0,04	0,19			
	<b>Tercer seguimiento</b>	<b>Pretratamiento</b>	1,14	0,88	22	0,55	0,01
		<b>Tercer seguimiento</b>	0	0			

Tabla 10.33. Resultados intraparticipantes. Puntuaciones subescala B del I.P.J.

			$\bar{x}$	D.T.	N	$\lambda$	p
<b>MOMENTO DE LA EVALUACIÓN</b>	<b>Postratamiento</b>	<b>Pretratamiento</b>	2,39	1,28	38	0,40	0,01
		<b>Postratamiento</b>	0,74	0,82			
	<b>Primer seguimiento</b>	<b>Pretratamiento</b>	2,39	1,23	31	0,39	0,01
		<b>Primer seguimiento</b>	0,65	0,83			
	<b>Segundo seguimiento</b>	<b>Pretratamiento</b>	2,26	1,22	27	0,52	0,01
		<b>Segundo seguimiento</b>	0,52	0,70			
	<b>Tercer seguimiento</b>	<b>Pretratamiento</b>	2,36	1,32	22	0,54	0,01
		<b>Tercer seguimiento</b>	0,27	0,55			

Tabla 10.34. Resultados intraparticipantes. Puntuaciones subescala C del I.P.J.

COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS EN LOS DISTINTOS MOMENTOS DE  
LA INTERVENCIÓN

MOMENTO DE LA EVALUACIÓN	$\bar{x}$		D.T.		N		$\lambda$	p
	G. Exp.	G. Cont.	G. Exp.	G. Cont.	G. Exp.	G. Cont.		
Pretratamiento	6,17	5,07	2,74	1,75	23	15	0,50	0,01
Postratamiento	0,17	3,93	0,83	1,43				
Pretratamiento	6,50	5	2,62	1,84	20	11	0,45	0,01
Primer seguimiento	0	3,73	0	2,00				
Pretratamiento	6,50	5,29	2,62	0,75	20	7	0,50	0,01
Segundo seguimiento	0,10	4,00	0,30	1,80				
Pretratamiento	6,50	5,00	2,71	0,23	18	4	0,67	0,01
Tercer seguimiento	0,06	3	0,81	1,4123				

Tabla 10.35. Resultados intragrupos. Puntuaciones subescala A del I.P.J.  $p < 0,05$ .

MOMENTO DE LA EVALUACIÓN	$\bar{x}$		D.T.		N		$\lambda$	p
	G. Exp.	G. Cont.	G. Exp.	G. Cont.	G. Exp.	G. Cont.		
Pretratamiento	1,26	0,87	1,05	0,83	23	15	0,91	0,07
Postratamiento	0,09	0,33	0,28	0,48				
Pretratamiento	1,10	0,91	0,96	0,83	20	11	0,95	0,23
Primer seguimiento	0	0,27	0	0,46				
Pretratamiento	1,10	0,83	0,96	0,75	20	7	0,96	0,35
Segundo seguimiento	0	0,17	0	0,40				
Pretratamiento	1,22	0,75	0,94	0,50	18	4	0,95	0,34
Tercer seguimiento	0	0	0	0				

Tabla 10.36. Resultados intragrupos. Puntuaciones subescala B del I.P.J.  $p < 0,05$ .

MOMENTO DE LA EVALUACIÓN	$\bar{x}$		D.T.		N		$\lambda$	p
	G. Exp.	G. Cont.	G. Exp.	G. Cont.	G. Exp.	G. Cont.		
Pretratamiento	2,30	2,53	1,36	1,18	23	15	0,92	0,08
Postratamiento	0,35	1,33	0,48	0,90				
Pretratamiento	2,45	2,27	1,35	1,00	20	11	0,83	0,02
Primer seguimiento	0,30	1,27	0,47	1,00				
Pretratamiento	2,45	1,71	1,35	0,48	20	7	0,70	0,03
Segundo seguimiento	0,25	1,29	0,44	0,75				
Pretratamiento	2,56	1,50	1,38	0,57	18	4	0,73	0,01
Tercer seguimiento	0,11	1,00	0,32	0,81				

Tabla 10.37. Resultados intragrupos. Puntuaciones subescala C del I.P.J.  $p < 0,05$ .

CORRELACIONES ENTRE LAS PUNTUACIONES

En la Tabla 10.38 se aprecian las correlaciones positivas significativas entre las puntuaciones de las distintas subescalas del Inventario.

Se observa cómo correlacionan significativamente las puntuaciones de las subescalas A y B que los autores consideran como puntuación total del Inventario. También puede apreciarse cómo las puntuaciones en el postratamiento y las de los distintos seguimientos correlacionan, en general, de forma significativa.

Subescalas		Pretratamiento				Postratamiento			Primer seguimiento			Segundo seguimiento			Tercer seguimiento		
		A	B	C	A+B	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Pretratamiento	A		0,332*	0,418**	0,941**												
	B				0,632**												
	C				0,354*												
	A+B																
Postratamiento	A							0,557**	0,938**	0,462**	0,540**	0,985**	0,478**	0,760**	0,958**		0,784**
	B												0,553**	0,444**			
	C										0,708**	0,559**		0,705	0,584**		0,579**
Primer seguimiento	A									0,363*		0,948**	0,545**	0,659**	0,937**		0,650**
	B										0,405*	0,423*	1**	0,610**	0,587**		0,701**
	C											0,595**		0,706**	0,602**		0,666**
Segundo seguimiento	A													0,710**	0,792**		0,764**
	B													0,577**			
	C														0,649**		0,717**
Tercer seguimiento	A																0,764**
	B																
	C																

Tabla 10.38. Correlaciones entre las puntuaciones de las subescalas.

- \* =  $p < 0.05$

- \*\* =  $p < 0.01$

# 11 DISCUSIÓN

Se va a comenzar con el objetivo del presente trabajo y, tras la discusión de las características de la muestra y de la eficacia de la intervención, se referirán las posibles aportaciones, las limitaciones y las sugerencias de cara a otros trabajos sobre el tema.

## 11.1 OBJETIVO GENERAL

La primera intención que se tuvo a la hora de hacer un trabajo experimental utilizando como participantes a jugadores patológicos fue la de poner a prueba, controlándolo científicamente, el programa de tratamiento que se llevaba a cabo en la Asociación Terapéutica del Juego (ATEJ) desde hacía varios años y que, aparentemente, ofrecía unos resultados más que aceptables desde el punto de vista de la abstinencia del juego, al cabo de dos años de iniciado el tratamiento. Pronto hubo que cambiar el objetivo; en ATEJ se aplica terapia de grupo durante, al menos, dos años. Cada grupo consta de alrededor de diez pacientes y éstos no comienzan ni terminan el tratamiento al mismo tiempo sino que un paciente se incorpora a un grupo para iniciar su tratamiento cuando otro ha dejado un hueco, bien por abandono voluntario o por indicación del terapeuta. Dada esta fluctuación es difícil establecer qué tipo de tratamiento ha recibido cada participante y a qué parte de éste se debe su cambio si es que lo ha habido.

Teniendo presente por una parte la imposibilidad de poder diseñar con las condiciones descritas un programa de intervención estricto y manualizado que pudiese replicarse posteriormente, y ante la tendencia actual, e innegable ventaja, a hacer terapias breves siempre que los resultados lo permitan, se optó por abandonar esta idea e intentar diseñar un tratamiento que contase con algunos de los componentes terapéuticos presentes en el tratamiento grupal, aplicarlo en un número reducido de sesiones y hacerlo de manera individual. En concreto se cogieron de este tratamiento dos componentes fundamentales: Control de estímulos y reestructuración cognitiva. La exposición al estímulo se sumó a los anteriores con la intención de hacer más eficaz el tratamiento a la vista de los resultados positivos ofrecido por este componente en otros

estudios y porque el tiempo dedicado a ella, exceptuando el dedicado al ensayo, permitía no tener que aumentar el número de sesiones. Las distintas estrategias empleadas para afrontar momentos de riesgo se eligieron después de un análisis detenido sobre cuáles eran los factores de riesgo y cuáles las estrategias más adecuadas para neutralizarlos que señalaban las investigaciones previas. Se vio desde el primer momento que resultarían sesiones intensas.

Se intentó en todo momento reforzar con una felicitación y estímulos de ánimo cada éxito parcial obtenido y todos los esfuerzos por llevar correctamente a cabo las tareas, haciéndoles ver que no se estaba ajeno a sus éxitos y esfuerzos.

Se confió desde el principio en la eficacia del programa desarrollado porque los componentes elegidos ya habían resultado eficaces utilizados de manera aislada y se pensó que su empleo conjunto sólo podía resultar beneficioso.

El objetivo fundamental, por tanto, del presente trabajo fue, desde entonces, observar los resultados de este programa de tratamiento diseñado.

Se eligió como criterio de éxito la abstinencia por varias razones. En primer lugar es el objetivo más frecuentemente señalado como el idóneo en la mayoría de los trabajos sobre tratamiento del juego. Segundo, por que es el objetivo que pretenden la mayoría de las personas con problemas de juego cuando cada día después de jugar, habiéndose prometido no hacerlo, se vuelven a repetir, como Dostoiewski: “¡Mañana, mañana se termina todo!” y al día siguiente se encuentran jugando de nuevo. También porque, aunque ciertamente al comienzo de un programa de tratamiento o cuando acuden en busca de ayuda – la mayoría de las veces presionado por un familiar y no siempre reconociendo su problema – el juego controlado sería para alguno de los jugadores un objetivo apetecible, a lo largo del tratamiento, cuando paulatinamente comprueban que se puede conseguir no jugar nada y sentirse bien, la propuesta del juego controlado como objetivo es rechazada por los pacientes. Esto puede llevar a pensar que esa aceptación del juego controlado como objetivo en los primeros momentos era más miedo por sentirse incapaces de abandonar el juego absolutamente que un deseo real.

No por esto se deja de reconocer que es igualmente un objetivo ambicioso conseguir que un jugador patológico llegue a controlar su conducta de juego entre límites que le permitan una forma de vida considerablemente mejor a la que vivía antes de controlar esa conducta; pues se considera, como algunos autores, que es completamente falso que un jugador patológico, cuando ha dejado un tiempo de jugar, si practica de nuevo el juego ya no podrá controlarse (*Ochoa y Labrador, 1994*). Por otro lado, equipos de investigación tan sólidos como el del Pr. Ladouceur en la Universidad de Laval, señalan que este puede ser un objetivo más asequible para muchos pacientes; de hecho, es el objetivo que más habitualmente consideran en sus intervenciones.

Pero se pone en duda que, como señalan algunos autores, el juego controlado como objetivo terapéutico pueda hacer más atractiva la terapia y conseguir una mayor cooperación (*Greenberg y Rankin, 1982*), o que pueda atraer hacia el tratamiento a algunos pacientes que no estén convencidos de su habilidad para conseguir la completa abstinencia (*Blaszczynski, McConaghy y Fankova, 1991*), pues se ha podido comprobar a lo largo de la investigación cómo el jugador rehabilitado utilizado como modelo en el experimento puede cambiar la idea de la poca competencia para conseguir la abstinencia e ilusionar para la colaboración terapéutica.

Por otra parte, si controlar la conducta del juego es el objetivo de las distintas terapias, la abstinencia, como objetivo aceptado por el jugador, no deja de ser un grado de control importante por parte de la persona sobre su propia conducta de juego.

Para entender los resultados del programa de tratamiento es posible que convenga explicar que la Asociación Terapéutica del Juego (ATEJ), tiene su sede en un despacho y en varios locales que pertenecen a una Parroquia del Barrio de la Concepción de Madrid. Se dijo, al describir cómo se habían seleccionado los participantes en esta investigación, que todos ellos habían ido a solicitar tratamiento a ATEJ. La mayoría de las personas que solicitan acudir a la Asociación lo hacen vía telefónica y antes de ir ya saben que van a acudir a los locales de una Parroquia. En esa primera comunicación telefónica sólo se les indica la mejor manera de llegar al domicilio de la Asociación. Al recibirles personalmente es cuando se les explica que no existe por parte de ATEJ ningún tipo de vinculación con la Iglesia (si se excluye el

agradecimiento a los responsables de dicha parroquia por la cesión gratuita de los locales y del despacho para poder trabajar aceptablemente). Aquí cabe preguntarse: ¿Cuántas personas jugadoras no asisten a la primera cita porque han establecido subjetivamente una relación entre ATEJ y la Iglesia que no les agrada?. De hecho el experimentador telefoneó a 83 personas para poder formar su muestra de 50; trece se excusaron y veinte, como ya se ha expuesto, fueron excluidas por diversas razones. De las trece personas que no acudieron, cinco adujeron problemas de horario, dos dijeron que no se acaban de decidir a ponerse en tratamiento y por último seis personas justificaron su ausencia por la imposibilidad de encontrar, por unas u otras razones, un acompañante que actuara de coterapeuta. Por tanto, nos queda la duda de si hubiera sido la muestra más representativa de la población de jugadores si el lugar de la terapia no hubiese sido los locales de una parroquia.

## 11.2 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

### 11.2.1 Variables sociodemográficas

La proporción obtenida en la variable **sexo**, que fue de un 72% de varones y un 28% de mujeres es similar a la recogida en otros estudios que buscaban la prevalencia del juego en la población general. En esos estudios (*Legarda et al, 1992; Becoña, 1993a; Becoña y Fuentes, 1995; Jarca, 1996*) el porcentaje de jugadores varones varía entre un 67,9% y un 75%. Sin embargo, en estudios realizados con jugadores patológicos en tratamiento la proporción cambia considerablemente y va del 87,5% al 90,7% en el caso de los varones. (*Legarda et al, 1992; Báez et al, 1994; Jiménez y Fernández, 1999; Fernández-Alba, 1999*).

Podría estar ocurriendo que la mujer, al igual que en los últimos años empieza a manifestarse con libertad en otros ámbitos sociales, hace lo mismo a la hora de reconocer que tiene un problema con el juego que no puede resolver por sí misma y comienza a pedir ayuda; eso explicaría que las diferencias entre los porcentajes de hombres y mujeres que tienen problemas con el juego y de los que acuden a tratamiento sean mínimas, en contra de lo que sucedía hace algunos años. .

Lo que sería interesante saber es el motivo por el que el porcentaje de hombres con problemas de juego resulta ser entre dos y tres veces mayor que el de mujeres. Una posible explicación sería que la mujer controle mejor la cantidad de dinero que juega y lo haga dentro de unos límites que le permitan minimizar las deudas, lo que le empujaría menos a buscar ayuda. Otras explicaciones podrían venir de la consideración de valores de impulsividad más elevados en los hombres y en consecuencia de un menor control en este tipo de situaciones. También de la menor aceptación social del juego patológico en mujeres.

Al revisar la variable **edad**, aunque el rango en nuestra investigación oscila entre 19 y 68 años, la media de la muestra (39 años) está más en consonancia con los datos aportados por otros estudios realizados en jugadores patológicos en los que, respecto a la edad, predomina el rango situado entre los 30-50 años (*Becoña, 1995* y *Aymañi, 1996*) que con los datos aportados en los estudios realizados en la población general en los que predomina el rango de edad comprendido entre los 18-30 años (*Becoña, 1993a*) Hay que tener en cuenta que la mitad de la muestra está situada entre los 36 y 55 años.

En este punto cabría preguntarse qué factores están facilitando que se demore la búsqueda de tratamiento una vez que el sujeto percibe que tiene un problema de juego. Es posible que el jugador esté convencido durante mucho tiempo de que es capaz de controlar su conducta de juego; esta idea se puede ver alimentada cuando, intermitentemente, consigue dejar de jugar algún periodo de tiempo que, aunque corto, él puede interpretar como prueba de su control. De esta idea participa Echeburúa (2005), cuando expone que la percepción engañosa del control y el rechazo social hacia lo que se considera más como un vicio que como una enfermedad, explican la ocultación del problema hasta fases avanzadas, cuando el problema está muy agravado.

También pudiera influir el miedo a descubrirse: el jugador, por regla general, lleva en secreto su adicción; sabe que está utilizando para el juego un dinero del que ocultó su existencia, o mintió al explicar su empleo. De otro lado, tendría que descubrir su debilidad ante el juego, su incapacidad para enfrentarse a él de forma adecuada; pues aunque se dice que el juego está socialmente aceptado, la asociación mental entre jugador y vicioso es general, y eso el jugador lo sabe.

Otra explicación podría ser que el jugador tarda mucho tiempo en darse cuenta de que no hay ganancia posible a largo plazo, y de que cuanto más tiempo permanezca en su conducta de juego mayores serán las pérdidas.

También podría deberse en parte a las informaciones que reciben a través de los medios de comunicación que prácticamente al unísono les dicen que el problema que ellos tienen carece de solución. El jugador que, tras muchísimos intentos fallidos por dejar el juego o por limitarlo considerablemente oye esos mensajes, pudiera pensar que no merece la pena buscar ayuda.

En el análisis de los resultados referidos a la **profesión**, resalta que el 30% de la muestra son personas que no generan recursos en función de su trabajo actual, pues si bien la de ama de casa es una profesión que se supone bastante dura, se sabe que no está remunerada. Junto al ama de casa nos referimos, en este sentido, a los estudiantes, jubilados y trabajadores en paro. ¿Qué característica pueden tener en común?. Pensamos que la disponibilidad de tiempo libre o más bien la libertad para disponer de ese tiempo libre a su antojo. Estos datos son muy parecidos a los de Aymamí (1996), que obtuvo un 29,2% de jugadores inactivos en una muestra de 172, y claramente inferiores al 53,57% que encontró Becoña (1993a) en su estudio epidemiológico.

Si a estos sujetos les sumamos aquellos cuyas profesiones son conductor o agente comercial, profesiones que también permiten un considerable grado de libertad para distribuir los tiempos de trabajo y de ocio, el porcentaje de la muestra llega al 50%. Es curioso que a pesar de la importancia que parece tener esta variable de disponibilidad de tiempo no se la haya dedicado una mayor atención en los programas de intervención.

En cuanto al curso de la adicción, los resultados indican que las mujeres pasan del juego normal al juego problemático en menos tiempo que los hombres. A lo largo de los primeros cinco años de juego, el 85% de las mujeres ya percibía que tenía un problema de juego, mientras que el porcentaje de hombres que percibió ese problema en el mismo periodo de tiempo fue del 69%. Sin embargo, el porcentaje de hombres que necesitó jugar entre 5 y 10 años antes de percibir el juego como problema triplicaba al de mujeres. Estos resultados están en consonancia con quienes indican que el curso de la adicción es más largo en los hombres que en las mujeres (Corral et. al., 2005).

### 11.2.1.1 Establecimiento de comienzo

El hecho de que el 90% de los participantes comenzase a jugar en un bar confirma la idea de algunos autores según la cual cuanto más fácil es el acceso a un juego mayor es la probabilidad de practicarlo (*Ochoa y Labrador, 1994; Labrador y Fernández-Alba, 1998*) y pone en evidencia la importancia de la exposición al estímulo adictivo en el desarrollo de las adicciones. El factor de accesibilidad a las máquinas tragaperras instaladas en los bares, además del poder adictivo de estas máquinas, explicaría en gran medida el que sea este juego el que provoca en España mayor número de conductas adictivas.

Si las máquinas tragaperras estuviesen instaladas solamente en salas recreativas y hubiese que desplazarse a ellas para empezar a jugar, seguramente el número de personas adictas a ellas sería considerablemente menor, pues estando la máquina delante, y mucho más en un foro de distensión social como es un bar, son muchas más las situaciones en las que puede surgir la tentación de jugar.

El hecho de que las salas recreativas también se puedan ver llenas de jugadores no significa necesariamente que hayan comenzado en ellas su conducta de jugar y sí que hay mayor variedad de máquinas para elegir y también que son un sitio idóneo para ocultar su realidad de juego excesivo.

La exposición al juego durante la adolescencia es otro factor a tener en cuenta. Parece más probable que los jugadores patológicos hayan jugado antes de los 20 años, y antes que los jugadores considerados como jugadores sociales (*Lesieur et al., 1988; Pursley, 1991*). Teniendo en cuenta que en España el bar es el lugar de encuentro de familias y de adolescentes, y que es muy difícil encontrar un bar que no disponga de alguna máquina tragaperras, sería comprensible argumentar que por esta vía no se está haciendo mucho para reducir el número de jugadores o dificultar su desarrollo como tales, pues los adolescentes, ya desde niños, están expuestos con demasiada frecuencia al estímulo del juego.

### 11.2.1.2 Antecedentes familiares

En cuanto a los antecedentes familiares, prácticamente un tercio de la muestra reconoce tener entre sus familiares directos algún jugador con problemas de juego. Este

porcentaje estaría a medio camino entre el 13% encontrados por algunos autores (Aymamí y col., 1999) y el 40% que postulan otros (Jiménez y Fernández, 1999). El 43% de mujeres de muestra con antecedentes familiares de juego supera, aunque en grado mínimo, a ese 40% que había encontrado como tope superior. Sin embargo Rich (1998) en una muestra de jugadoras patológicas encontró una enorme incidencia (80% de los casos de su muestra) de experiencias negativas durante la infancia, entre ellas la presencia de antecedentes de conducta de juego en sus padres, pero nos deja sin saber en qué porcentaje se daba esa conducta concreta.

Si el principal modelo del que disponen los niños para aprender sus conductas y madurar como futuros adultos son los padres y además, según distintos estudios, está ampliamente documentada la presencia de problemas de juego en el entorno familiar temprano de numerosos jugadores (*Boyd y Bolin, 1970; Ladouceur y Mireaut, 1988; Lesieur y Blume, 1990; Lesieur y Klein, 1987; Morán, 1970*), no sería descabellado pronosticar que la probabilidad de que aumenten los comportamientos de juego tenderá a crecer en la medida en que los niños aprendan de sus padres jugadores esa conducta. Es decir, los jugadores actuales, a diferencia de los de la primera generación tras legalizarse el juego en España, ya disponen de modelos previos, lo que facilitará sin duda el desarrollo de las conductas de juego.

## 11.2.2 Características de la conducta de juego

Los resultados en variables de gasto, frecuencia y tiempo invertido en jugar se han comparado con un estudio realizado en la Comunidad de Madrid por Fernández Alba y Labrador (2001).

Respecto al gasto en jugar, los resultados han sido similares; los datos de este trabajo ofrecen un gasto medio semanal de 163 € y los del estudio reseñado oscilan entre 86 y 171 € semanales de gasto medio. Tampoco se han encontrado diferencias reseñables en cuanto a gasto en función del sexo, aunque el primero indica que la mujer gasta por encima de la media y en los trabajos aludidos se señala que es el hombre quien gasta más. De cualquier forma, las diferencias son insignificantes.

Las diferencias de tiempo invertido en jugar son también mínimas; el estudio de referencia señala una media de 11,71 horas de juego semanal frente a las 10,27 horas encontradas en el presente trabajo.

La única diferencia significativa entre los dos estudios, respecto a las características de la conducta de juego, se da entre las dos muestras cuando se comparan los resultados referidos a la frecuencia de juego, es decir, al número de veces que cada sujeto juega en una semana. Los autores referidos ofrecen en sus resultados una media de 8 veces semanales de media frente a las 4 de nuestro estudio; sin embargo, las mujeres de ambos grupos declaran jugar prácticamente el mismo número de veces (4 y 4,75 veces) y es en los hombres donde la diferencia es mucho mayor; 4 veces frente a las 8,59 de los hombres en el estudio de referencia. Por otro lado, sin duda el índice de tiempo gastado en jugar es más relevante y descriptivo que el de número de veces que se accede a jugar.

Es posible que no se haya establecido de la misma manera en ambos trabajos el concepto de episodio de juego y que radique ahí la diferencia más que en los comportamientos. Habría que ponerse de acuerdo, por ejemplo, en si cambiar de máquina en un mismo local o salir de un bar o una sala de juego después de haber jugado para jugar en otra máquina, es jugar una o más veces.

Hay que coincidir con Dickerson (1989) cuando señala que no es un buen indicativo la cantidad de dinero perdido a la hora de calificar a una persona como jugador patológico. Resultó que con una paciente que acudió angustiada a las primeras sesiones de terapia –porque buena parte del dinero que su marido le asignaba como mensualidad para los gastos caseros se los gastaba en juego- actuó de coterapeuta su esposo quien reconoció, con toda tranquilidad que gastaba al año unos 30.000 euros en distintas apuestas y loterías, no llegándole a afectar a su economía.

El 78% de la muestra mantenía una deuda por jugar cuando acudió en busca de tratamiento. Este alto porcentaje se adecua a lo señalado por Ochoa y Labrador (1994), quienes sí consideran interesante tener en cuenta las deudas más que el dinero gastado, pues aunque las cantidades adeudadas puedan ser mayores o menores en función del

nivel económico, implica siempre el hecho de que se ha apostado por encima de la propia disponibilidad económica.

Las cantidades adeudadas oscilan entre 180 y 21.000 €. Solamente el 6% de la muestra adeudaba más de 6.000 € y el 50% cantidades entre 600 y 6.000 €. Estas cantidades pueden compararse con las del estudio de Ciarrochi y Richardson (1989) llevado a cabo en los Estados Unidos, el cual reflejaba que el 47% tenía deudas no superiores a los 15.000 €. Sin embargo, el 18% que ellos encuentran con deudas superiores a los 600.000 €, es impensable e imposible en jugadores de máquinas tragaperras.

El hecho de que en el tramo de deuda menor -menos de 600€- las mujeres doblen en número a los hombres puede deberse al hecho de que la mujer controla con cautela el dinero para el juego al tiempo que administra su casa y los gastos familiares, lo que de alguna manera le lleva a poner límites en la inversión en el juego, a evitar solicitar préstamos y a endeudarse (Corral, 2.006).

## 11.3 EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN

### 11.3.1 Adhesión al tratamiento

El número de personas que abandonaron el tratamiento fue de 7 (28%). La causa del abandono fue por recaída en seis de los siete casos (85,7%). El séptimo participante (14%) que abandonó el tratamiento lo hizo después de la tercera sesión sin aclarar los motivos que le indujeron al abandono aunque reconociendo que no había vuelto a jugar. Cabe pensar que la causa del abandono pudiera haber sido la negativa a cumplir las tareas pues en las sesiones de tratamiento se pudo observar una mayor resistencia a llevarlas a cabo así como cierto escepticismo respecto a su eficacia.

El 28,5% de los abandonos se produjo antes del postratamiento. La mayor tasa de abandono se produjo entre el post y el primer seguimiento (43%) y la menor entre el primer y el segundo seguimiento, donde no hubo ninguno. Estos datos indican que a los tres meses de finalizado el tratamiento se habían producido el 71,5% de los abandonos, y viene a apoyar en parte las tesis de otros autores (Fernández-Alba, 1999) que señalan como momento crítico los seis meses después de terminado el tratamiento, señalando como posible causa la falsa confianza de control sobre el juego generada tras varios meses sin jugar.

Sin embargo, en los nueve últimos meses del seguimiento solamente se produjeron dos abandonos (28,5%), ambos entre el segundo y el tercer seguimiento, es decir, entre los meses seis y doce tras finalizar el tratamiento. En estos casos también el exceso de confianza pudo hacerles creer que controlarían su conducta de juego sin necesidad de ayuda y no siguieron las instrucciones que les indicaban lo que tendrían que hacer tras un episodio aislado de juego para no convertirlo en una recaída.

No se estableció ninguna estrategia para descubrir posibles engaños de los participantes a la hora de manifestar sus conductas de juego y de cumplimiento de tareas; se confió en lo que decían y en la ratificación por parte de los acompañantes. En ningún caso estos discreparon, por lo que no se tuvo que suspender ningún tratamiento

por este motivo. Aún así, hubiera servido de ayuda tener en cuenta la conveniencia de controlar la veracidad de las manifestaciones, cuando se diseñó el experimento.

Respecto al **cumplimiento de las tareas**, se constataba semanalmente su realización, resaltando en este sentido la escasez de contenido que presentaban en la mayoría de las ocasiones los autorregistros, en particular el que hacía referencia a los pensamientos significativos sobre el juego. Este registro se valora como de considerable importancia puesto que orienta e ilustra sobre las ideas que determinado sujeto tiene sobre el juego y que no siempre aparecen en los inventarios de pensamientos inadecuados.

De igual manera, si está correctamente cumplimentado y se ha intentado llevar a cabo con un elevado grado de implicación en el tratamiento, puede mostrar qué situaciones provocan pensamientos adecuados y cuáles facilitan los irracionales o aquellos que, de no cambiarlos correctamente, pueden suponer un cierto factor de riesgo de recaída.

El registro de pensamientos y sensaciones durante la exposición se cumplimentó en general con una amplitud que indicaba deseos de hacer bien las cosas pero en la columna reservada para que indicasen sus sensaciones, solían confundir éstas con pensamientos o intenciones.

En el primer caso, la causa de la poca cantidad de información significativa respecto a los pensamientos sobre el juego, sobre cómo se actuó ante ellos y sobre la causa que los pudo producir puede deberse a dos motivos. Por una parte, se sospecha, a posteriori, que no se ensayó con los participantes lo suficiente como para que ellos considerasen esa cumplimentación como una tarea fácil. Hay que tener en cuenta que no se reflexiona a diario sobre nuestros pensamientos de manera tan analítica como aquí se les pedía.

También a una imprecisa explicación podría deberse el hecho de que muchos confundiesen sensación con otros conceptos. Es posible que se pusiera mucho celo en explicarles con detalle todo el proceso de la exposición, incluida la escenificación, en la sesión correspondiente, y no se pensó, ni a la vista de las respuestas en el estudio piloto, en la carencia conceptual de los participantes.

Algo que habrá que tener en cuenta en el futuro, cuando se tenga que mandar tareas que impliquen el conocimiento del significado preciso de algunas palabras para el experimentador puedan resultarle familiares, es asegurarse de que también quieren decir lo mismo para quien tiene que tenerlas en cuenta en sus tareas.

## 11.3.2 Eficacia del tratamiento

### 11.3.2.1 Porcentajes de eficacia

El resultado del 72% de jugadores que mantenían la conducta de abstinencia al año de finalizado el tratamiento se antoja compatible con estudios anteriores que habían utilizado como técnica fundamental alguna de las que se han utilizado en el presente experimento. Arribas y Martínez (1991) obtuvieron 4 pacientes (100%) con conducta abstinentes a los seis meses, aplicando exposición con prevención de respuesta como componente fundamental del tratamiento. Greengerg y Rankin (1982) y Symes y Nicki (1997) utilizando el mismo tipo de tratamiento nos ofrecen resultados menos alentadores que van desde “reducción significativa” sin aludir al tiempo, hasta 19% controlados y 275 mejorados al cabo de un periodo de tiempo que va de 9 meses a 4,5 años.

González et al. (1990), en tratamiento ambulatorio, describen un 83% de abstinencia, aunque no indica al cabo de cuánto tiempo, en una muestra de seis sujetos aplicando control estimular, exposición en vivo con prevención de respuestas y un programa de actividades alternativas al juego. También utilizando control estimular y exposición en vivo, Aranda et al. (1991) consiguieron una conducta abstinentes en un paciente (100%) a los 6 meses de seguimiento.

Utilizando como técnica común la reestructuración cognitiva se han obtenido resultados de abstinencia que oscilan entre el 60% y el 100%, en seguimientos que van de los seis a los nueve meses y en muestras que oscilan entre los tres y los catorce sujetos. (*Ladouceur et al, 1998; Sylvain et al., 1997; Ladouceur et al., 1994; Bujold et al, 1994*).

Fernández-Alba y Labrador (2001), elaboraron un estudio para tratar de establecer la eficacia diferencial de varias modalidades de tratamiento y de sus

principales componentes (reestructuración cognitiva versus exposición en vivo con prevención de respuesta). Trabajaron con cuatro programas de intervención: a) tratamiento cognitivo, b) tratamiento de exposición, c) tratamiento cognitivo seguido de sesiones de exposición y d) tratamiento de exposición seguido de sesiones cognitivas. Los resultados arrojaron, al año de seguimiento, una mayor tasas de éxito (55%) en el tratamiento de exposición seguido de sesiones cognitivas, mientras que los tratamientos cognitivo y cognitivo más sesiones de exposición fueron los de menor porcentaje de éxito al cabo de un año (15%).

Al hilo de estos resultados destacan tres aspectos relevantes. 1) Necesidad de incluir el componente de exposición con prevención de respuesta en el tratamiento del juego patológico. 2) Mayor eficacia del tratamiento cuando se introducen ambos componentes: exposición con prevención de respuesta y reestructuración cognitiva. 3) Relevancia del orden en la aplicación de los componentes: 1º exposición y 2º reestructuración cognitiva.

Los resultados del presente estudio avalan indudablemente las dos primeras propuestas; en cuanto al orden de aplicación de los componentes se precisaría conocer los resultados en el ámbito de aplicación del estudio de los autores referidos, si hubiesen aplicado ambos componentes simultáneamente.

También cabe preguntarse si además del orden de aplicación de los componentes en la modalidad de tratamiento que obtuvo los mejores resultados que, como se ha señalado, fue tratamiento de exposición más sesiones cognitivas, no tuvo un peso relevante el hecho de que las sesiones completas dedicadas a reestructuración cognitiva fuesen cuatro de las doce en esta modalidad, justo el doble que en los programas de solamente tratamiento cognitivo y tratamiento cognitivo seguido de sesiones de exposición, en los que el número de sesiones completas dedicadas exclusivamente a reestructuración cognitiva fue de dos en ambos casos.

Junto al estudio anterior hay que reseñar como otro de los programas de referencia aplicados en España el de Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo (1994,1996), cuyo objetivo era determinar la eficacia diferencial de los dos componentes básicos del tratamiento, a saber, control de estímulos y exposición gradual

en vivo con prevención de respuesta en terapia individual y terapia de grupo, cognitivo-conductual. A un tercer grupo experimental se le aplicó el tratamiento combinado de los dos anteriores.

A la luz de los resultados de este programa, que arrojó una tasa de abstinencia del 68,8% al año de seguimiento en la modalidad individual frente a un 37,5% de las otras dos modalidades terapéuticas, se podría afirmar que la conclusión primera apuntada anteriormente como consecuencia del estudio de Fernández-Alba y Labrador, que indicaba la necesidad de incluir un componente de exposición en los programas de juego patológico, se ve ampliamente fortalecida.

### 11.3.2.2 Valor de los distintos componentes. La importancia de la 1ª sesión.

Al haberse empleado tan distintas y tan variadas técnicas, resulta difícil determinar el peso de cada una en los resultados del tratamiento por lo que hay que referirse a los de su aplicación conjunta. En este punto, se quiere insistir en la influencia positiva que pudo suponer el tiempo y el procedimiento empleado en la primera sesión de tratamiento con el objetivo de conseguir del participante el grado de motivación adecuado y necesario para llevar a cabo las tareas encomendadas en cada sesión. A buen seguro, un desafío de futuro es diseñar estrategias motivacionales para el tratamiento, con el objetivo de atraer a la terapia a personas que niegan o minimizan su dependencia al juego; conseguir la retención de los pacientes durante el tratamiento tiene que ser prioritario (Echeburúa, 2006a). Parece que esta primera sesión ha sido realmente efectiva de cara a conseguir una importante adhesión al tratamiento y una colaboración encomiable, traducida en la realización de las distintas tareas indicadas a pesar del esfuerzo exigido a lo largo de todo el tratamiento.

Se podría indicar que la participación del jugador rehabilitado habría actuado:

- a) **Cambiándole la idea de que es imposible dejar de jugar.** Se ha comprobado que el 90% de los jugadores de la muestra había intentado dejar de jugar de una u otra manera y habían obtenido unos resultados desesperanzadores, puesto que tras un periodo, generalmente corto, de abstinencia habían vuelto al nivel de juego anterior. Esa creencia la suelen reforzar los medios de comunicación. A estos medios acuden, la mayor

parte de las veces, representantes de grupos de autoayuda cuyo mensaje principal consiste en asegurar que una persona que alguna vez ha tenido problemas con el juego no puede volver a llevar dinero porque volvería a jugárselo y, además, no puede jugar nunca a ningún tipo de juego (de entretenimiento o de azar) puesto que también recaería. La justificación de esta idea, a todas luces falsa, no es mayor que la de ser una derivación de la filosofía de otro tipo de adicciones, en concreto de las opiniones de los grupos de Alcohólicos Anónimos, que ni siquiera es válida en el caso del alcoholismo.

A esta idea se le enfrenta una persona que en otro tiempo pensaba y jugaba como él pero que después de someterse a un tratamiento fue abandonando paulatinamente los iniciales controles de estímulos y llevaba varios años sin jugar, sin querer jugar y sin necesitar jugar.

**b) Atenuarle sus miedos.** El principal temor que manifiesta un jugador antes de comenzar una terapia es la dificultad de su capacidad para llevar a cabo las tareas; piensa que para poder culminar con éxito se le demandará un esfuerzo que se ve incapaz de llevar a cabo. El más temido es el control del dinero, pero no es el único. La experiencia del jugador rehabilitado le sirve para confiar en su capacidad para cumplir las demandas del tratamiento con un malestar muchísimo menor que el que ahora imagina.

**c) Ofreciéndole unas metas deseables.** El ánimo con el que suele acudir un jugador a tratamiento es el de resignado con su derrota. No le falta razón al pensar: “Si la ludopatía es crónica, si no podré dejar de jugar y el dinero que gano me lo sigo gastando en el juego, ¿para qué ponerme metas?” y “Si no puedo dejarlo no podré establecer una relación sana con otra persona”. También aquí puede comprobar cómo alguien, que llegó a pensar como él lo hace ahora, ha conseguido, económica y personalmente, unas metas con las que de nuevo él puede volver a ilusionarse.

Es posible que los participantes en el experimento comenzasen a ver la abstinencia mucho más probable y menos complicada de lo que creían antes de acudir a

esta primera sesión. Y quizás también habrían aumentado sus deseos de intentarlo de nuevo.

Se venció la resistencia que suele producirse al control del dinero explicándole a cada participante que con ello se cumplían objetivos muy gratificantes para él. Se comprobó que esta explicación, más la información de que se trataba de una situación temporal, aumentaba la disposición a aceptar de buena gana el control. Es posible que esta buena disposición haya contribuido a conseguir los objetivos reforzadores que se pretendía y a mantenerse en el tratamiento.

### 11.3.2.3 Eficacia de los componentes fundamentales

Al margen de lo anterior, sin duda los dos componentes fundamentales (exposición gradual y reestructuración cognitiva) aplicados simultáneamente durante cuatro semanas parecen haber ejercido un efecto favorable al objetivo del tratamiento.

También cabe pensar que el hecho de llevar a cabo con éxito las distintas estrategias aprendidas a lo largo del tratamiento para hacerle frente a las situaciones de alto riesgo de recaída han influido en la eficacia del tratamiento para lograr la abstinencia. A partir del modelo de Marlatt y Gordon (1985), se señala que ante una situación de alto riesgo, si el individuo puede realizar una respuesta adecuada de afrontamiento, la probabilidad de recaída disminuye considerablemente. La explicación radica en que cuando un sujeto es capaz de solucionar una situación comprometida satisfactoriamente, se siente dominador de esa situación y aumenta su percepción de control. El dominio de una situación problemática se asocia, a su vez, con la expectativa de ser capaz de afrontar con satisfacción el próximo acontecimiento desafiante, aumentando la percepción de eficacia.

Las sesiones resultaron muy estructuradas desde el punto de vista de los contenidos. Casi todas tuvieron el mismo esquema y en cada una se enseñaba una técnica distinta para un objetivo concreto. Prácticamente desde el comienzo de su tratamiento cada participante podía anticipar cómo iba a desarrollarse cada sesión, lo que pudo reducirle incertidumbre y aumentar su seguridad.

Se trató de que la exposición a la máquina fuera funcional, instruyendo para que el contacto con el estímulo fuese tanto físico como emocional, posibilitando así que la

información emocional accediese y activase las representaciones centrales del miedo hasta debilitarlas (Borkovec, 1982; Foa y Kozak, 1986; Lang, 1979). El gradiente del acercamiento resultó adecuado al nivel de tolerancia y a la tasa de habituación de la mayoría de los participantes si atendemos a los comentarios después de la exposición y a la reducción de la ansiedad que mostraban los autorregistros. La exposición se diseñó de manera que el acompañante, presente en la primera sesión, fue desapareciendo y se posibilitó así que el jugador hiciese finalmente por sí solo la tarea (Echeburúa, 1992).

#### 11.3.2.4 El valor del procedimiento

Desde el punto de vista del procedimiento de actuación en las distintas sesiones es posible que hayan ejercido un efecto positivo en la eficacia del tratamiento, aspectos como los siguientes:

- No dar por sentado que lo que se aprende en una sesión está ya interiorizado y que se hará siempre en el momento adecuado y además se hará bien. En esta línea, en cada sesión se volvía a tratar la idea cambiada o la técnica aprendida en la sesión anterior con el objetivo de asegurarnos de su correcto empleo y aconsejando su entrenamiento periódico.
- La utilización de palabras de ánimo como reforzadores de sus nuevas conductas y de sus logros parciales. El jugador es alguien que generalmente sólo recibe reproches por sus comportamientos y el hecho de sentirse valorado por lo que hace puede actuar aumentando su propia percepción y su intención de logro.
- Estar dispuestos a explicarle a los participantes los beneficios que se pretenden conseguir con cada tarea. Muchas veces el jugador considera banal la realización de alguna de las tareas encomendadas y cuando esto ocurre dicha tarea o no se hace o se hace con desgana, disminuyendo su eficacia. Al hacerle ver lo que se pretende conseguir con ella y lo beneficioso de su ejecución se puede aumentar el interés por ejecutarla correctamente contribuyendo, posiblemente, a los resultados del tratamiento.
- La utilización de sus propios logros como reforzadores de las distintas conductas implicadas en el tratamiento. Logros, como no tener necesidad de mentir cada día sobre en qué había empleado su tiempo y dónde o cuánto dinero había gastado y otros como ser capaces de invertir el signo de una

deuda haciendo que sea cada vez más pequeña en lugar de mayor, se resaltaban ante los participantes que así podían ver que el camino que habían emprendido era el adecuado para sentirse mejor, confiando así en la eficacia de lo que estaban realizando.

Es probable también que el ambiente cercano y cálido donde se llevó a cabo el tratamiento, fuera de lugares más institucionalizados como una clínica o un laboratorio influyera de alguna manera positiva en el ánimo y en la confianza de los participantes y que esto facilitase la eficacia del tratamiento.

### 11.3.3 Las distorsiones cognitivas

Antes de comenzar el tratamiento las puntuaciones medias de la muestra en las subescalas A, B y C del I.P.J. eran respectivamente 6.18, 1.26 y 2.6. Después de la intervención dichas medidas eran de 0.06, 0 y 0.11 en el total de participantes que recibió tratamiento y no había vuelto a jugar.

Las diferencias significativas entre las puntuaciones medias obtenidas en el pretratamiento y las obtenidas en el postratamiento indicarían la eficacia de la intervención al tratar de cambiar las ideas irracionales, detectadas por el Inventario de pensamientos sobre el juego (I.P.J.), en las tres subescalas.

La media que obtuvieron en la subescala A del I.P.J. los participantes que permanecieron sin jugar durante todo el proceso de la intervención, en el pretratamiento (6,23), fue la misma que la obtenida por el total de la muestra (6,18), lo que podría indicar que la eficacia del éxito del tratamiento no depende del número de sesgos cognitivos en relación con la conducta del juego que se tuvieran al comienzo del tratamiento.

La media que obtuvieron en el pretratamiento, en las subescalas B y C del I.P.J. los participantes que permanecieron sin jugar durante todo el proceso de la intervención, 1,14 y 2,36 respectivamente, fue algo inferior a la obtenida por el total de la muestra, 1,26 y 2,60 respectivamente, pero esta diferencia no es significativa, lo que lleva a indicar que los sesgos cognitivos, el estilo atribucional y el locus de control referidos a

la adicción al juego que manifiestan los participantes antes de recibir tratamiento, no se pueden utilizar como predictores, en alguna medida, del éxito de la intervención.

Las diferencias de las puntuaciones en las tres subescalas del I.P.J. entre el pre y el post se explican como resultado de la intervención. Sin embargo, ¿cómo explicar las diferencias significativas, también en las tres subescalas, producidas entre el postratamiento y los distintos seguimientos si durante este tiempo no se produjo ninguna intervención?

En primer lugar hay que poner de relieve que se está ante un proceso de aprendizaje, y que es lógico esperar una consolidación del aprendizaje con el tiempo, en especial si se repite la conducta adecuada. En esta dirección, a lo largo del tiempo, si se mantiene la conducta de abstinencia del juego, es lógico que se desarrollen pensamientos relacionados con la conducta del juego facilitadores del control. Pero ¿por qué ocurre así?. Es posible que actúen en esa dirección los reforzadores internos, como sentirse más seguro, percibirse menos intranquilo, más satisfecho por su control del juego, etc.; también es posible que el cambio de los estímulos, que por no jugar recibe de su entorno, refuercen su conducta y consiga ver con claridad los pensamientos erróneos que antes le llevaban a la máquina.

Al cambiar su estilo de vida es posible que también vayan cambiando sus distorsiones con las nuevas pruebas de realidad. Esos cambios están denotando los efectos demorados de un aprendizaje e indicando la consolidación del mismo.

A tenor de los resultados, también cambiaron el estilo atribucional y el locus de control, no solamente entre el pre y el post sino tras este y, progresivamente, hasta el último seguimiento. En la última evaluación disponible, la puntuación media de la subescala C es prácticamente cero. También aquí cabría preguntarse por el “efecto terapéutico” del tiempo sin jugar sobre la capacidad de estos sujetos para terminar de entender qué estilo de pensamiento era el que en alguna medida le impedía dejar de jugar cuando con anterioridad lo intentaban. Pero los trabajos de investigación desarrollados hasta la fecha hablan del escaso valor del “paso del tiempo” en la recuperación de los jugadores o en el cambio de sus pensamientos irracionales.

Al comparar los resultados en los dos grupos experimentales se comprobó que había una diferencia significativa entre las puntuaciones pre-post de ambos grupos. Se entiende desde el punto de vista de la eficacia de la intervención en uno de los grupos. El hecho de que se consiguiese pasar de una media de 6,17 en el pretratamiento a una media de 0,17 en el postratamiento indica que el jugador es receptivo, se implica en su tratamiento y es capaz de aprender. Si pudiese investigarse cuáles son los sesgos cognitivos que a la mayoría de los jugadores les impide abandonar la conducta de jugar, no sería muy difícil conseguir que los abandonase.

Lo importante sería saber qué peso tienen las distorsiones cognitivas en el comportamiento del jugador patológico, aunque podría aventurarse que desempeñan un papel fundamental. Basta con observar la conducta de un jugador delante de una máquina tragaperras, tanto la verbal como la no verbal para confirmar esa idea.

En un análisis más pormenorizado de los resultados de las respuestas a los distintos ítems del I.P.J. llama la atención cómo los cuatro que más respuestas afirmativas han obtenido implican la idea de una ganancia casi segura. *“Sólo pienso en que me puede tocar o puedo ganar”*, *“Voy con la sensación de que voy a ganar”*, *“Casi gano”*, *“Si juego más recuperaré mis pérdidas”*. Puede parecer que el jugador mantiene su conducta porque está convencido de que tarde o temprano recuperará las pérdidas y ganará en el juego de las máquinas tragaperras; sin embargo esta conclusión se contradice con el hecho de que el ítem formulado así *“Pienso que a la larga ganaré”*, describe un pensamiento que solamente lo reconocen como propio algo más de un tercio de la muestra, lo que hace pensar que es en los momentos previos a jugar y mientras juega - cuando es significativa la ansiedad y los deseos de jugar o de seguir jugando - cuando aparecen las ideas irracionales más frecuentes en los jugadores y que es después de jugar, y mientras la ansiedad la mantienen en niveles bajos, cuando tienen el pensamiento adecuado respecto a la probabilidad de ganar en el caso de que siguiesen jugando. Si esto fuera así las implicaciones de cara a la mejora del tratamiento señalarían la conveniencia de detectar y controlar estos momentos de especial ansiedad y establecer estrategias específicas para autocontrolarse en esos momentos.

El hecho de que más de la mitad de la muestra piense que cuando pierde se ha debido a la mala suerte y que prácticamente el mismo número crea que ganar es una

cuestión de suerte más que de probabilidad, nos podría estar indicando un camino más para tener en cuenta cuando queramos abordar este tema. Pudiera ser, sin embargo, que el concepto de probabilidad no lo tuviesen muy claro un alto porcentaje de jugadores a tenor de las dudas manifestadas cuando se les formulaba el ítem que lo contenía.

La idea que ofreció más resistencia al cambio fue la que sustentaba el pensamiento de que si después de conseguir dejar de jugar, un día se juega algo, se volverá irremediablemente a jugarlo todo. Esta idea se supone reforzada por la experiencia previa del jugador que, tras un periodo corto sin jugar, volvía a no poder controlar el gasto cuando de nuevo jugaba. También por la opinión de ciertas asociaciones de autoayuda, tipo Jugadores Anónimos, que no conceden ningún margen a la posibilidad de control sobre el juego y que son los más activos en los medios de comunicación. Es más, parece que este tipo de ideas es lo que más se ha defendido socialmente, por lo que el jugador y gran número de personas lo consideran como una realidad.

Por si fuese conveniente tenerlos en cuenta en futuros trabajos, se exponen los pensamientos relacionados con el juego que fueron detectados en las hojas de autorregistros o en las sesiones de tratamiento y que resultaron comunes en varios participantes. Estos pensamientos también fueron trabajados cognitivamente:

- Hay que llevar siempre mucho dinero encima por si surge un imprevisto.
- Como el dinero lo gano yo, puedo gastármelo en lo que quiera.
- Mi única obligación como padre de familia es llevar dinero a casa.
- Me lo pasaba bien jugando a las máquinas.
- Me siento como un niño pequeño cuando doy cuentas de mis gastos.
- Trabajo todo el día, pero si no puedo llevar dinero ¿de qué me sirve?.

## 11.4 APORTACIONES

De acuerdo con que el papel de la motivación y el control clínico de la misma, tanto al comienzo del tratamiento como en el mantenimiento del cambio de hábitos, es

uno de los retos más importantes de la investigación actual (Echeburúa, 2005), y con la idea de que una primera entrevista motivacional constituye un camino prometedor (Hodgins, Curry, el-Guebaly y Peden, 2004), una de las aportaciones que se ha pretendido con este trabajo ha sido la introducción de la figura del jugador rehabilitado para que, sirviendo de modelo, consiguiese motivar y predisponer a los participantes para asumir tanto los objetivos del tratamiento como las tareas encaminadas a dichos objetivos. Se pensó que la capacidad de aprender observando las experiencias de otros suscitaría el deseo de desarrollar las adecuadas pautas de conducta y ayudaría a evaluar las consecuencias positivas de los nuevos comportamientos, lo que se traduciría asimismo en una adecuada adhesión al tratamiento.

A través del mismo modelo los participantes tuvieron la oportunidad de comprobar que también ellos tenían más o menos desarrolladas las capacidades que se requerían para llevar a cabo las nuevas conductas.

También, considerando que la ludopatía afecta a más de un área de funcionamiento de la persona, se intentó integrar en un mismo tratamiento las distintas técnicas que, aplicadas aisladamente, habían demostrado su eficacia para mejorar determinados aspectos.

Se ha comprobado que un tratamiento con cierta complejidad no tiene por qué producir un mayor número de abandonos que un tratamiento más simple. Este dato podría servir para animar a desarrollar programas de tratamiento que aborden el problema del juego desde varias perspectivas sin miedo a los abandonos por esta causa. Dicho de otra manera, el diseño del tratamiento convendría hacerlo a partir de la identificación de las variables que parecen mantener el problema, que rara vez es una sola.

Al intentar justificar los resultados obtenidos desde todos los puntos de vista, hay que suponer que el hecho de recibir el tratamiento fuera de ámbitos “institucionalizados” – consultas, laboratorios, etc. – pueda haber podido percibirse como un entorno más cercano, más común y por tanto más conocido, que haya favorecido también la confianza de los participantes y, como consecuencia, su eficacia.

Por último, se ha intentado impartir un programa que pueda ser totalmente replicable, y el celo en la explicación detallada del desarrollo de las sesiones de tratamiento fue motivado por el afán de cumplir con esa intención.

#### 11.4.1 Importancia del coterapeuta

Aunque el apoyo informado de un familiar cercano es reconocido como clínicamente importante, no se ha encontrado ningún tratamiento donde se evalúe este apoyo (Ciarrochi, 2002). La figura del familiar cercano actuando de coterapeuta puede haber influido de forma relevante en los resultados del tratamiento.

El coterapeuta puede haber representado, en algunos casos, un papel fundamental a lo largo del proceso del tratamiento para que éste no se haya detenido bruscamente como consecuencia de un episodio de juego.

Aunque cabe suponer que es alguien necesario solamente para poder ayudar en el control del dinero y acompañar al jugador mientras lleva a cabo la tarea de exposición a la máquina, en la práctica, por ser alguien que en la mayoría de los casos está unido al jugador por vínculos emocionales, su significado en bastantes ocasiones es mucho más relevante:

- Cada semana indica no solamente si el control del dinero se ha llevado a cabo sino que también informa al terapeuta del ánimo y del interés que ofrece el jugador a este control. Alguna vez esta información ha servido para detectar la conveniencia de insistir sobre la necesidad del control y su duración temporal.
- Aprecia mejor que cualquier otra persona los cambios de ánimo y de hábitos del jugador. Estas dos características puede que sean las primeras señales visibles que una persona que juega en exceso ofrece cuando deja de jugar. Por una parte, el tiempo que dedicaba a jugar, en general un tiempo oculto, puede sacarlo a la luz y también aparece pronto, tras la conducta de abstinencia, el mejor humor que la persona había perdido por el juego. La información que ofrece el coterapeuta ayuda a confirmar las palabras del jugador sobre su proceso de rehabilitación.

- Impide en alguna medida que mientan al terapeuta. Son testigos de muchas de las conductas que se demandan desde el tratamiento y de las que tiene que dar cuenta el jugador y como a la vez son, en muchísimas ocasiones, personas cuya estabilidad depende de algún modo de la rehabilitación o no del jugador, actúan como fiscales severos.
- Insta al jugador a llevar a cabo las tareas. Son personas que a veces se sienten muy satisfechas cuando perciben que su insistencia ha ayudado al jugador a decidirse a realizar alguna de las instrucciones.
- Desde el punto de vista de su implicación emocional con el jugador, a partir del momento en que conoce el problema y observa la intención y el esfuerzo por resolverlo, suele convertirse en cómplice para ocultarlo a otro círculo familiar o social al que tema el jugador. También es común que conozca los momentos de dificultad del proceso y dé apoyo moral para superarlos; aunque a veces sabe que su mejor papel puede ser el de actuar como conciencia crítica ante la percepción de alguna debilidad.

Como el coterapeuta es protagonista durante el desarrollo de todo el proceso terapéutico, si se tienen en cuenta las observaciones anteriores podría haber ocurrido que parte del éxito en alguno de los casos se deba a su aportación al tratamiento.

## 11.5 LIMITACIONES

Por otra parte, las limitaciones y dificultades del trabajo podrían estar en:

- **La aleatoriedad de la muestra.** No se sabe qué número de personas han dejado de acudir al saber que el lugar de cita era una parroquia o si ha influido el lugar y de qué manera lo ha hecho en cada caso, en las expectativas de los que acudieron.
- **La aleatoriedad de los grupos.** El número que cada salita tiene sobre la puerta, el estar más cerca o más lejos cada salita de la puerta de acceso a ellas o el estar a la derecha o a la izquierda del pasillo de entrada puede haber influido en la elección de salita.

- **El grado de eficacia diferencial de cada una de las técnicas implicadas en el programa no se puede determinar.** Igual ocurre a la hora de saber cómo han influido los refuerzos que desde la primera sesión se han utilizado.
- Es posible que parte del éxito en el cambio cognitivo se deba a que aprendieron a dar la respuesta esperada por el terapeuta.
- Quizás por una excesiva fijación en establecer como objetivo del trabajo la comprobación del funcionamiento del tratamiento se dejó de lado el estudio de muchos otros aspectos como relaciones del juego con otras adicciones, etc., que hubiesen servido para comparar con otros trabajos algunos resultados más de los que se han podido hacer con este diseño.
- Al hilo del diseño del tratamiento, a posteriori se tuvo la sensación de que eran pocas sesiones para trabajar relajadamente. Solamente dos sesiones más y seguramente se hubiese podido conseguir una cercanía mayor con los participantes que la que se consiguió así, debido a la cantidad de contenido de cada sesión, que no dejó tiempo para otra cosa.
- El control del dinero a los conductores, especialmente a los que salían de viaje para más de un día y tenían que abonar sus gastos, y a los taxistas, se hace dificultoso. A estos últimos se les dejaba una cantidad controlada en moneda suelta para dar los cambios y se apuntaba lo que marcaba el acumulado del taxímetro al principio y al final de la jornada. Aún así se sabía que las propinas no se podían controlar y que ellos disponen de más de una manera de cobrar una carrera sin que aparezca el precio reflejado en el taxímetro.
- A pesar de que entre los criterios de exclusión no figuraba la adicción a sustancias tóxicas como el alcohol o las drogas, se debería haber incluido en la entrevista estructurada algún ítem que permitiera informar sobre la existencia o no de este consumo en los participantes y de esta manera haber aportado algo sobre si estos problemas pueden facilitar el juego.

## 11.6 SUGERENCIAS

Para futuras investigaciones sobre el tema, se sugiere:

- Redactar todas las preguntas o los ítems de los cuestionarios con un nivel de lenguaje adaptado lo más que sea posible al nivel de comprensión del jugador para asegurar un mayor grado de fiabilidad en las respuestas. A veces se ha comprobado, al enunciar una pregunta de forma más comprensible para la persona participante, que cambiaba el sentido de la respuesta. La causa era que no habían entendido correctamente lo que se les pedía y carecían del atrevimiento necesario para hacerlo notar.
- No dejar de buscar ideas y creencias irracionales que puedan estar contribuyendo significativamente al mantenimiento de la conducta de juego y que por no haber sido detectadas estén influyendo en los resultados de las terapias basadas en el cambio cognitivo o que empleen esa técnica como uno de sus componentes.
- Se ha sugerido que el jugador rehabilitado que participa en la primera sesión puede estar desempeñando un papel fundamental en el cambio de creencia del participante (quien generalmente piensa que no es posible estar sin jugar el tiempo que el jugador rehabilitado afirma) y que este cambio de idea puede estar en la base de una mayor adherencia al tratamiento y una mayor confianza en el mismo. Convendría estudiar cuál es el potencial terapéutico de una persona rehabilitada, bien integrada en un programa de tratamiento. Se sospecha que su participación podría ser muy positiva pues no se puede evitar mirar de reojo al 16% de éxito de los participantes en el grupo de control que recibieron los estímulos del jugador rehabilitado.
- Con el objetivo de utilizarlos en posteriores tratamientos convendría conocer también la manera en que actúan los distintos refuerzos, manejados en los tratamientos, como mantenedores de la conducta abstinentes. Como ejemplo, uno de los primeros descubrimientos de la persona que abandona la conducta del juego es que ahora no tiene necesidad de mentir respecto a cómo emplea su tiempo y el dinero. Pero esa capacidad reforzadora de la verdad no se sabe exactamente qué papel ha desempeñado a largo plazo en el mantenimiento de la nueva conducta.

El hecho de que el 82% de la muestra afirme que se considera un jugador patológico indica que, más allá de las ideas irracionales que reconozcan relacionadas con el juego, la mayoría de los jugadores son capaces de entender que no pueden controlar por ellos mismos su conducta de juego. Este convencimiento posiblemente sirva a los terapeutas, en la primera fase del tratamiento, para intentar aumentar la implicación y la colaboración de los jugadores en el mismo, haciéndoles aprender que realmente es difícil conseguir dejar de jugar por uno mismo pero que hay evidencia de que si se intenta, aceptando la ayuda de un apoyo psicológico, las probabilidades de conseguirlo aumentan considerablemente.

Es congruente con lo anterior el que más del 70% de los sujetos participantes afirmen que son enfermos y, por lo tanto, que no tienen ninguna responsabilidad en lo que hacen, y también que “algo” les sucede y entonces pierden el control. Esta realidad se constata en la práctica, donde la inmensa mayoría de los jugadores que acuden a tratamiento tras una recaída, a veces después de muchos años sin jugar, son incapaces de explicar el proceso que les hizo recaer ni los pensamientos previos al momento de jugar por primera vez tras el periodo de abstinencia. Otros no recuerdan ni tan siquiera esa primera moneda. Quizás si se llegase a desentrañar ese “algo” y se pudiese explicar en términos de pensamientos inadecuados, emociones desatadas tras esos pensamientos o ideas irracionales que los estuviesen sustentando, los tratamientos podrían ser más cortos y los resultados mucho más alentadores.

Cuando algún jugador que tras algunos meses sin jugar y después de haber llevado a cabo la exposición en vivo comenta que a veces, cuando está en un bar, “oye” la máquina y ese ruido le impide concentrarse en otra cosa, sugiere plantearse la conveniencia de estudiar qué estímulos de la máquina (luces, música de la máquina, ruido de las monedas, etc.) pueden afectar y en qué medida a un jugador y la manera de neutralizar su efecto.



## 1 2 CONTRASTE DE HIPÓTESIS

**1. El porcentaje de éxito terapéutico en el postratamiento será mayor en el grupo experimental que en el grupo de control.**

Se confirma: Existen diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de éxito en el postratamiento entre el grupo experimental y el grupo de control

**2a) Las distorsiones cognitivas en relación con la conducta de juego serán más numerosas en el pretratamiento que en el postratamiento, en los sujetos que alcancen el éxito terapéutico.**

Se confirma: Existen diferencias estadísticamente significativas entre las distorsiones cognitivas en relación con la conducta de juego en el pretratamiento y en el postratamiento.

**2b) Las distorsiones cognitivas en relación con la adicción al juego serán más numerosas en el pretratamiento que en el postratamiento, en los sujetos que alcancen el éxito terapéutico.**

Se confirma: Existen diferencias estadísticamente significativas entre las distorsiones cognitivas en relación con la adicción al juego en el pretratamiento y en el postratamiento.

**3. El aspecto atribucional y el locus de control en relación con la adicción al juego será más racional (adecuado) en el postratamiento que en el pretratamiento, en los sujetos que alcancen el éxito terapéutico.**

Se confirma: Existen diferencias estadísticamente significativas entre el aspecto atribucional y el locus de control en relación a la adicción al juego, en el pretratamiento y en el postratamiento.

**4a) En el postratamiento, las distorsiones cognitivas en relación con la conducta de juego, serán más numerosas en los sujetos del grupo de control que en los del grupo experimental**

Se confirma: Existen diferencias estadísticamente significativas en el postratamiento entre los sujetos que alcanzan el éxito en el grupo experimental y en el grupo de control en las distorsiones cognitivas en relación a la conducta de juego.

**4b) En el postratamiento, las distorsiones cognitivas en relación con la adicción al juego serán más numerosas en los sujetos del grupo de control que en los del grupo experimental.**

No se confirma: No existen diferencias estadísticamente significativas en el postratamiento entre los sujetos que alcanzan el éxito en el grupo experimental y en el de control en las distorsiones cognitivas relacionadas con la adicción al juego.

**5. En el postratamiento, el aspecto atribucional y el locus de control en relación con la adicción al juego, será más racional (adecuado) en los sujetos del grupo experimental que alcancen el éxito terapéutico, que en los que lo alcancen en el grupo de control.**

No se confirma: No existen diferencias estadísticamente significativas en el postratamiento entre los sujetos que alcanzan el éxito en el grupo experimental y en el de control, en el aspecto atribucional y en el locus de control en relación con la adicción al juego

**6. El porcentaje de éxito terapéutico en los seguimientos será mayor en el grupo experimental que en el grupo de control.**

Se confirma: Existen diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de éxito, en los tres seguimientos, entre el grupo experimental y el grupo de control

**7a) Las distorsiones cognitivas en relación con la conducta de juego serán más numerosas en el pretratamiento que en los seguimientos, en los sujetos que alcancen el éxito terapéutico.**

Se confirma: Existen diferencias estadísticamente significativas en las distorsiones cognitivas en relación con la conducta de juego, entre el pretratamiento y cada uno de los tres seguimientos.

**7b) Las distorsiones cognitivas en relación con la adicción al juego serán más numerosas en el pretratamiento que en los seguimientos, en los sujetos que alcancen el éxito terapéutico.**

Se confirma: Existen diferencias estadísticamente significativas en las distorsiones cognitivas en relación con la adicción al juego, entre el pretratamiento y cada uno de los tres seguimientos.

**8. El aspecto atribucional y el locus de control en relación con la adicción al juego será más racional (adecuado) en los seguimientos que en el pretratamiento, en los sujetos que alcancen el éxito terapéutico.**

Se confirma: Existen diferencias estadísticamente significativas en el aspecto atribucional y el locus de control en relación con la adicción al juego entre el pretratamiento y cada uno de los tres seguimientos.

**9.a) En los seguimientos, las distorsiones cognitivas en relación con la conducta de juego serán más numerosas en los sujetos del grupo de control que alcancen el éxito terapéutico que en los que lo alcancen del grupo experimental.**

Se confirma: Existen diferencias estadísticamente significativas en los tres seguimientos, en las distorsiones cognitivas en relación con la conducta de juego, entre los sujetos del grupo de control que alcanzan el éxito terapéutico y los que lo alcanzan del grupo experimental.

**9b) En los seguimientos, las distorsiones cognitivas en relación con la adicción al juego serán más numerosas en los sujetos del grupo de control que alcancen el éxito terapéutico que en los que lo alcancen del grupo experimental.**

No se confirma: No existen diferencias estadísticamente significativas en ningún seguimiento, en las distorsiones cognitivas en relación con la adicción al juego, entre los sujetos del grupo de control que alcanzan el éxito terapéutico y los que lo alcanzan del grupo experimental.

**10. En los seguimientos, el aspecto atribucional y el locus de control en relación con la adicción al juego, será más racional (adecuado) en los sujetos del grupo experimental que alcancen el éxito terapéutico, que en los que lo alcancen en el grupo de control.**

Se confirma: Existen diferencias estadísticamente significativas en los tres seguimientos, en el aspecto atribucional y en el locus de control entre los sujetos del grupo experimental y los del grupo de control.

En la Tabla 12.1 están reflejadas las hipótesis que se han cumplido y las que no.

HIPÓTESIS	SE CONFIRMA
1	SÍ
2a	SÍ
2b	SÍ
3	SÍ
4a	SÍ
4b	NO
5	NO
6	SÍ
7a	SÍ
7b	SÍ
8	SÍ
9a	SÍ
9b	NO
10	SÍ

Tabla 12.1. Confirmación de Hipótesis.

# 13 CONCLUSIONES

Tras la aplicación del programa de tratamiento que se presenta analizando los resultados obtenidos y contrastando estos con los estudios previos, se ofrecen las conclusiones consideradas relevantes:

1. La primera y fundamental, se ha desarrollado un programa de tratamiento del juego patológico, breve, individual y eficaz. También para este trastorno se puede desarrollar un programa de tratamiento corto que a la vez resulte eficaz
2. El programa ha sido muy eficaz al postratamiento, manteniendo elevados niveles de éxito terapéutico en los seguimientos hasta los 12 meses. Más aún si se tiene en cuenta el criterio de éxito terapéutico: Abstinencia total.
3. Ha quedado patente que es mejor tratar el problema del juego que no tratarlo.
4. La abstinencia completa se ha mostrado un objetivo adecuado. Además, no parece tener el efecto de aumentar especialmente la tasa de abandonos durante el programa.
5. La autoexposición gradual en vivo con prevención de respuesta y la reestructuración cognitiva, que son, de un tiempo a esta parte, los dos componentes más utilizados en los programas de intervención para tratar la adicción al juego, han sido también en esta propuesta los componentes principales del tratamiento y se han utilizado simultáneamente; se ha comprobado que haciéndolo así es posible obtener unos resultados muy positivos.
6. La inclusión en un programa del aprendizaje de estrategias y técnicas encaminadas a dar una respuesta adecuada e incompatible con el juego ante momentos o situaciones de grave riesgo de recaída, (junto a componentes como la exposición gradual en vivo con prevención de respuesta y la reorganización cognitiva que en distintas investigaciones han demostrado su eficacia), parece haber contribuido al éxito de la intervención.

- Es posible que radique en este punto parte de la ventaja del presente tratamiento; más concretamente en el hecho de que intenta, mediante esas estrategias, que el jugador sea capaz de afrontar con éxito las situaciones de riesgo, ofreciéndose a sí mismo respuestas correctas a preguntas como:
  - Estoy triste, ¿será por no jugar?
  - Estoy nervioso, ¿será porque hecho de menos el juego?
  - Me encuentro decaído, ¿estaría mejor si jugara un rato?
  - Tengo ansia por jugar, ¿qué puedo hacer?
  - Iría al bar, pero, ¿y si alguien me invitara a jugar?
  - Si un día me vence la tentación y juego algo, ¿qué debo hacer?
- 7. El hecho de que no sólo se haya producido la abstinencia completa, sino que ésta venga acompañada de un cambio muy significativo en las ideas irracionales respecto al juego, poner de relieve que éste cambio cognitivo es uno de los procesos subyacentes a la eficacia del tratamiento. También da pie a otra serie de conclusiones.
- 8. Existen unas ideas irracionales que son comunes a casi todos los jugadores patológicos y que, por lo tanto, habría que tenerlas en cuenta en todo programa de intervención.
- 9. Los pensamientos irracionales relacionados con la conducta del juego, considerados como facilitadores del inicio y posterior mantenimiento de la conducta de jugar, se pueden cambiar por pensamientos racionales y adecuados.
- 10. Las ideas irracionales sobre el estilo atribucional y el locus de control, consideradas, en parte, como responsables del mantenimiento de la conducta de jugar, pueden llegar a desaparecer prácticamente mediante la reorganización cognitiva.
- 11. Los pensamientos irracionales residuales tras un programa de intervención, pueden cambiar al cabo del tiempo si la conducta de abstinencia se mantiene y ante la nueva realidad que se le ofrece a quien ha dejado de jugar.

12. Es posible que la figura del jugador rehabilitado mediante un tratamiento similar al que se ofrece, utilizada adecuadamente como modelo, pueda contribuir de forma significativa al aumento de la motivación para implicarse en el mismo y para hacer las tareas con mayor confianza, aumentando así la probabilidad de éxito.
13. Es también muy posible que el coterapeuta desempeñe un papel más determinante que el de mero acompañante y ayudante en las tareas.
14. Una vez más ha resultado evidente que la Psicología ofrece resultados muy alentadores de cara a ayudar a quienes reconocen sentirse mal por tener condicionada una parte de su conducta, que afecta negativamente a distintas áreas de su vida.



## Referencias Bibliográficas



- Abbott, M.W. y Volberg, R.A. (1996). The New Zealand National Survey of problem and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12, 143-160.
- Abbott, M.W. y Volberg, R.A. (2000). Prevalence of pathological gambling in New Zealand. Comunicación presentada al 11<sup>th</sup> *International Conference on Gambling Risk Taking*, Las Vegas, Nevada.
- Abt, V.; McGurrin, M.C. y Smith, J.F. (1985). Toward a synoptic model of gambling behavior. *Journal of Gambling Behavior*, 1 (2), 143-160.
- Adamson, S.J.; Todd, F.C.; Sellman, J.D.; Hurwai, T. y Porter, J. (2006). Coexisting psychiatric disorders in a New Zealand outpatient alcohol and other drug clinical population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 164-170.
- Allcock, C.C. (1986). Pathological Gambling, Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry*, 20, 259-265.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3<sup>rd</sup> edition) DSM-III*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association (trad. Cast. en Barcelona: Masson, 1984).
- American Psychiatric Association (1987/1988). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised (3<sup>rd</sup> edition) DSM-III-R*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association (trad. Cast. en Barcelona: Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (1994/1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association (trad. Cast. en Barcelona: Masson, 1995).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised text, DSM-IV-TR*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association (trad. Cast. en Barcelona: Masson, 2002).
- Anderson, G. y Brown, R.I. (1984). Real and laboratory gambling, sensation-seeking and arousal. *British Journal of Psychology*, 75 (3), 401-410.

- Aranda, J.A.; Díaz, C. y García, J.L. (1991). Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico. *Clínica y Salud*, 2 (2), 179-195.
- Arbinaga, F. (2000a). La ludopatía, una nueva adicción, una nueva problemática y una nueva necesidad social en la provincia de Huelva: el caso de Punta Umbría. *Redes. Revista de Servicios Sociales*, marzo 7, 3-18.
- Arbinaga, F. (2000b). Consumo de drogas y juego patológico en Punta Umbría (Huelva). *Revista española de Drogodependencias*, 25 (3), 301-320.
- Arbinaga, F. (2000c). Características sociodemográficas, consumo de drogas, depresión y juego patológico en un grupo de mujeres de Punta Umbría (Huelva): Análisis Descriptivo. *Anales de Psicología*, 16 (2), 123-132.
- Arribas, M.P. y Martínez, J.J. (1991). Tratamiento individual de jugadores patológicos: descripción de casos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17 (52), 255-269.
- Aymamí, M.N. (1996). Epidemiología del juego patológico en un programa de tratamiento profesional en Barcelona. *I Simposium Internacional sobre Juego Patológico*, Barcelona.
- Aymamí, M.N.; González Ibáñez, A. y Jiménez, S. (1999). Epidemiología del juego patológico en un programa de tratamiento profesional. *Anuario de Psicología*, 30 (4), 21-31.
- Bachman, J.G.; O'Malley, P.M.; Schulenberg, J.E.; Johnston, L.D.; Bryant, A.L. y Merline, A.C. (2002). *The decline of substance use in young adulthood. Changes in social activities, roles and beliefs*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Báez, C. y Echeburúa, E. (1995). El control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta como tratamiento psicológico de la ludopatía en un adolescente. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21 (75), 125-145.
- Báez, C.; Echeburúa, E y Fernández-Montalvo, J. (1994). Características demográficas, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo. *Clínica y Salud*, 5, 289-305.

- Bahamón, M. (2006). Juego patológico: Revisión del tema. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, (3), 380-397.
- Barker, J.C. y Miller, M. (1966): Aversion therapy for compulsive gambling (Letter to the editor). *Lancet*, 1,(7548): 926.
- Barker, J.C. y Miller, M. (1968). Aversion therapy for compulsive gambling. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 146, 285-302.
- Bannister,G. (1977). Cognitive and behaviour therapy in a case of compulsive gambling. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 227-237.
- Bazargan, B.; Bazargan, S. y Akanda, M. (2001). Gambling habits among aged African Americans. *Clinical Gerontologist* 22, 51-62.
- Beaudoin, C.M. y Cox, B.J. (1999). Characteristics of problem gambler in a Canadian context: a preliminary study using a DSM-IV based questionnaire. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 483-487.
- Becoña, E. (1991). The prevalence of pathological gambling in Galicia (Spain). Informe presentado a la Sociedad de Estudio del Juego. Londres, Noviembre.
- Becoña, E. (1993a). *El Juego compulsivo en la Comunidad Autónoma Gallega*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia.
- Becoña, E. (1993b). The prevalence of pathological gambling in Galicia (Spain). *Journal of Gambling Studies*, 9 (4), 353-369.
- Becoña, E. (1995). Tratamiento del juego patológico, en Buceta, J.M. y Bueno, A.M.: *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*, Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (1996b). The problem and pathological in Europe: The cases of Germany, Holland and Spain. *Journal of Gambling Studies*, 12 (2), 179-192.
- Becoña, E. (1996d). *Escala de detección de la adicción a las máquinas tragaperras*. Material del Master en Modificación de Conducta: Intervención Conductual en

Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

Becoña, E. (2000). Tratamiento del Tabaquismo: Situación actual y perspectivas futuras. *Adicciones*, 12 (1), 77-85.

Becoña, E. (2004). Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante el NODS. ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación del trastorno? *Adicciones*, 16, 173-184.

Becoña, E. (2006a). *El Juego Patológico*. Ed. Aguilar. Madrid.

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

Becoña, E.; Fuentes, M.J. y Lorenzo, M.C. (1993). Guía bibliográfica sobre el juego patológico. *Psicología Conductual*, 1 (3), 455-468.

Becoña, E.; Lorenzo, M.C. y Fuentes, M. J. (1996). Pathological gambling and depression. *Psychological Reports*, 78, 635-640.

Becoña, E.; Míguez, M.C. y Vázquez, F.L. (2001a). El juego problema en los niños escolarizados de la enseñanza secundaria de 14 y más años de Galicia. *Psicothema*, 13, 559-564.

Bergler, E. (1936). The psychology of the gambler. *Imago*, (22), 409.

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

Black, D.W. y Moyer, T. (1998). Clinical features and Psychiatric co-morbid it y subjects with pathological gambling behaviour. *Psychiatric Services*, 49, 1434-1439.

Blackman,S.; Simone, R.V. & Thoms, D.R. (1986). *Treatment of Gamblers*. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 404-405.

- Blanco, A.L.; Llorca, G.; Manzano, J.M.; Díez, M.A. y Gómez, R. (1995). El jugador: estudio de la ludopatía a través de la obra de Fedor Dostoievski. *Información psiquiátrica*, 139, 81-88.
- Black, D.W. y Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Services*, 49, (1), 434-439.
- Blaszczynski, A.P. (1985). A Winning Bet. Treatment for Compulsive Gambling. *Psychology Today*, 19, 38-46.
- Blaszczynski, A.P. (1996). ¿Es el juego patológico un trastorno del control de los impulsos, un trastorno adictivo, o un trastorno obsesivo-compulsivo?. *I Simposium Internacional sobre Juego Patológico*, Barcelona.
- Blaszczynski, A.P. (2000). Pathways to Pathological Gambling: Identifying tipologies. *Centre to Addiction on Mental Health*.
- Blaszczynski, A.P.; Wilson, A.C. y McConaghy, N. (1986). Sensation Seeking and Pathological Gambling. *British Journal of Addictions*, 81, 113-117.
- Blaszczynski, A.P. & McConaghy, N. (1988). SCL-90 Assessed Psychopathology in Pathological Gamblers. *Psychological Reports*, 62, 547-552.
- Blaszczynski, A.P. & McConaghy, N. (1989). Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *International Journal of the Addiction*, 24 (4), 337-350.
- Blaszczynski, A.P. & McConaghy, N. (1989a). The medical model of pathological gambling: current shortcomings. *Journal of Gambling Behavior*, 5 (1), 42-52.
- Blaszczynski, A.P. & McConaghy, N. (1989b). Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *International Journal of the Addictions*, 24 (4), 337-350.
- Blaszczynski, A.P.; Winter y McConaghy, N. (1986). Plasma endorphin levels in pathological gambling. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 13-14.

- Blaszczynski, A.P.; McConaghy, N. y Frankova, A. (1990). Boredom proneness in pathological gambling. *Psychological Reports*, 67,35-42.
- Blaszczynski, A.P.; McConaghy, N. y Frankova, A. (1991). Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two to nine year follow-up, *British Journal of Addiction*, 86 (3), 299-306.
- Blaszczynski, A. y Steel, Z. (1998). Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 14, 51-71.
- Blaszczynski, A.P. y Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 487-499.
- Blaszczynski, A.P.; Ladeuceur, R. y Shaffer, H.J. (2004). A Science-Based Framework for Responsible Gambling: The Reno Model. *Journal of Gambling Studies*, 20 (3), 301-317.
- Bombín, B. (1992). *El juego de azar. Patología y testimonio*. I Congreso Nacional de Asociaciones y Técnicos para el Tratamiento y Rehabilitación de la ludopatía, Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Boyd, W.H. y Bolen, D.W. (1970). The compulsive gambler and spouse in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 20, 77-90.
- Brown, R.I. (1987d). Dropouts and continuers in Gamblers Anonymous: 4. Evaluation and summary. *Journal of Gambling Behavior*, 3, 202-210.
- Brown, R.I. (1988). Reversal theory and subjective experience in the explanation of addiction and relapse. En M.J.Apter; J.H. Kerr y M.P. Cowles (Ed.), *Progress in Reversal Theory*. North-Holland: Elsevier Science Publishers.
- Brown, R.I. (1993). El papel de la activación distorsiones cognitivas y búsqueda de sensaciones en las adicciones al juego. *Psicología Conductual*, 1 (3), 375-388.
- Brown, R.I. (1996). Arousal, disociación y cognición en el juego normal y problemático. *I Simposium Internacional sobre Juego Patológico*, Barcelona.

- Bujold, A.; Ladouceur, R.; Sylvain, C. y Boisvert, J.M. (1994). Treatment of pathological gamblers: An experimental study. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 25 (4), 275-282.
- Castellani, B. Rugle, J. (1995). A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking, and craving. *The International Journal of the Addictions*, 30 (3), 275-289.
- Castro, J. (1999). Estudio de la proporción de jugadores patológicos en un grupo de menores, mediante el South Oaks Gambling Screen. El problema de los falsos positivos. *Psicología.com* (Online), en: [http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol13num1/art\\_3.htm](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol13num1/art_3.htm)
- Cayuela, R. (1990). Characteristics and situation of gambling addiction in Spain: Epidemiological and clinical aspects. Paper presented at the *Eight International Conference on Risk and Gambling*, London, August.
- Ciarrocchi, J.M. (2002). Counseling problem gamblers: A self-regulation manual for individual and family therapy. *San Diego: Academic Press*, pp 340.
- Ciarrocchi, J.M. y Richardson, J. (1989). Profile of compulsive gamblers in treatment. Update and comparison. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 53-56.
- Comisión Nacional del Juego (2006). *Libro blanco del juego*. Madrid, Ministerio del Interior.
- Corral, P. (2006). Perfil de la mujer ludópata. *Nuevas fronteras en el estudio del Juego Patológico. Centro de Estudios Ramón Areces (Ed.)*,53-72.
- Corral, P.; Echeburúa, E. e Irureta, M. (2005). Perfil psicopatológico diferencial de las mujeres ludópatas: implicaciones para el tratamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31, 539-556.
- Cotler, S.B. (1971). The use of different behavioral techniques in treating a case of compulsive gambling. *Behavior Therapy*, 2, 579-584.

- Coulombe, A.; Ladouceur, R.; Desharnais, R. y Jobin, J. (1992). Erroneous perceptions and arousal among regular and occasional video poker players. *Journal of Gambling Studies*, 8, 235-244.
- Coventry, K.R. y Brown, R.I. (1993). Sensation seeking, gambling and gambling addictions. *Addiction*, 88 (4), 541-554.
- Coventry, K.R. y Constable, B. (1999). Physiological arousal and sensation-seeking in female fruit machine gamblers. *Addiction*, 94 (3), 425-430.
- Cunningham- Williams, R.M.; Cottler, L.B.; Compton III, W.M.;& Spitznagel, E.L. (1998). Taking chances: Problem gamblers health disorders: Results from the St. Lois Epidemiological Catchment Area study. *American Journal of Public Health*, 88 (7), 1093-1096.
- Cunningham- Williams, R.M.; Cottler, L.B.; Spitznagel, E.L. & Ben Abdalla, A. (2000). Problem Gambling and comorbid psychiat substance use disorders among drug treatment and community settings. *Journal of Gambling Studies*, 16 (4), 347-376.
- Currie, S.R.; Hodgins, D.C.; Wang, J.; el-Guebaly, N., Wynne, H. y Chen, S. (2006). Risk of harm from gambling in the general population as a function of participation in gambling activities. *Addiction*, 101, 507-580.
- Custer, R.L. (1984). Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 35-38.
- Custer, R.L. y Milt. (1985). *When luck runs out. Help for compulsive gamblers and their families*, New York. Facts on File Publications.
- Daghestani, A.N.; Elenz, E. & Crayton, J.W. (1996). Pathological Gambling in hospitalized substance abusers veterans. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (8), 360-363.
- Davis, M.; McKay, M. y Eshelman, E.R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.

- DeCaria, C.; Hollander, E.; Grossman, R.; Wong, C.M.; Mosovich, S.A. & Cherkasky, S. (1996). Diagnosis, neurobiology and treatment of pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (8), 80-83.
- Dell, L.J.; Ruzicka, M.F. y Palisi, A.T. (1981). Personality and other factors associated with the gambling addiction. *International Journal of the Addictions*, 16, 149-156.
- Dickerson, M. (1989). Gambling: a dependence without a drug. *International Review of Psychiatry*, 1 (1-2), 157-172.
- Dickerson, M. y Adcock, S. (1987). Mood, arousal and cognitions in persistent gambling: preliminary investigation of a theoretical model. *Journal of Gambling Behavior*, 3 (1), 3-15.
- Dickerson, M.; Cunningham, R.; Legg England, S. y Hinchy, J. (1991). On the determinants of persistent gambling. III. Personality, prior mood, and poker machine play. *The International Journal of the Addictions*, 26 (5), 531-548.
- Dickerson, M.; Hinchy, J.; Legg England, S.; Fabre, J. Y Cunningham, R. (1992). On the determinants of persistent gambling behaviour. I. High-frequency poker machine players. *British Journal of Psychology*, 83 (2), 237-248.
- Dickerson, M.; Barón, E.; Hong, S-M. y Cottrell, D. (1996). Estimating the extent and degree of gambling related problems in the Australian population: A national survey. *Journal of Gambling Studies*, 12, 161-178.
- Dostoyevski, F.M. (1866/1977). *El Jugador*. Madrid: Destino (original 1866).
- Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*, 4 (1), 7-20.
- Echeburúa, E. (2005). Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, 17, 11-15.
- Echeburúa, E. (2006). Nuevas fronteras en el estudio del Juego Patológico. *Nuevas fronteras en el estudio del Juego Patológico*. Centro de Estudios Ramón Areces (Ed.), 17-22.

- Echeburúa, E. (2006a). ¿Cómo tratar psicológicamente la ludopatía? *Nuevas fronteras en el estudio del Juego Patológico. Centro de Estudios Ramón Areces (Ed.)*, 75-96.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1990). Enfoques terapéuticos en el tratamiento del juego patológico. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8 (2), 127-146.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1994a). Concepto y evaluación del juego patológico. En J. L. Graña (Ed.). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E.; Báez, C. y Fernández- Montalvo, J. (1994a). Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta* 20 (73), 617-643.
- Echeburúa, E.; Báez, C.; Fernández- Montalvo, J. y Páez, D. (1994b). Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS). Validación española. *Análisis y Modificación de Conducta* 20 (74), 769-793.
- 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.; Fernández- Montalvo, J. y Báez, C. (1999). Prevención de recaídas en la terapia de juego patológico: eficacia diferencial de tratamientos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25 (101), 375-403.
- Echeburúa, E.; Fernández- Montalvo, J. y Báez, C. (2000). Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: Long-term outcome. *Behavior Therapy*, 31, 351-364.
- Echeburúa, E.; Corral, P. y Amor, P.J. (2005). El reto de las nuevas adicciones: objetivos terapéuticos y vías de intervención. *Psicología Conductual*, 13, 511-525.

- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2006). Adicciones sin drogas. En J.C. Pérez de los Cobos, J.C. Valderrama, G. Cervera y G. Rubio (Eds.). *Tratado SET de trastornos adictivos (Vol. 1)*. Madrid. Panamericana.
- El-Guebaly, N. (2007). El manejo de los problemas de juego: opciones terapéuticas y preventivas, En E. Becoña (Ed.) *Actualización en el tratamiento del Juego Patológico*. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo.
- Feigelman, W.; Kleinman, P.H.; Lesieur, H.R.; Millman, R.B. & Lesser, M.L. (1995). Pathological gambling among methadone patients. *Drug Alcohol Depend*, 39 (2), 75-81.
- Fernández-Alba, A. (1999). *Tratamiento psicológico del juego patológico en jugadores de máquinas recreativas con premio*. Tesis Doctoral: Universidad Complutense de Madrid.
- Fernández-Alba, A. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico. *Salud y drogas*, 4 (2), 79-95.
- Fernández-Alba, A. y Labrador, F.J. (2001). *Juego Patológico en la Comunidad de Madrid*. Ed. Comunidad de Madrid.
- Fernández-Alba, A. y Labrador, F.J. (2002). *Juego Patológico*. Madrid: Síntesis.
- Fernández-Alba, A. y Labrador, F.J. (2005). Sociodemographic, psychopathological and clinical characteristics of pathological slot-machine gamblers in treatment: A descriptive study of Spanish male gamblers. *International gambling studies*, 5 (1), 113-122.
- 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, 654-660.
- Fernández-Montalvo, J.; Báez, C. y Echeburúa, E. (1996). Distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un análisis

descriptivo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 37, 13-23.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual Práctico del Juego Patológico*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2004). Pathological gambling and personality disorders: an exploratory study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders*, 18, 500-505.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2006). Juego patológico y trastornos de personalidad: un estudio piloto con el MCMI-II. *Psicothema*, 18 (3), 453-458.

Ferris, J. y Whinne, H. (2001). The Canadian Gambling Index: FinalReport. En <http://www.CanadianProblemGamblingIndex.FinalReport>

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

Fisher, S. (1999). A prevalence study of gambling and problem gambling in British adolescents. *Addiction Research*, 7, 509-538.

Foa, E.B. y Kozak, M. (1986). Emotional processing of fear. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

French, M.; Maclean; J. y Ettner,S. (2008). Drinkers and bettors investigating the complementarity of alcohol consumption and problem gambling. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 155-164.

Freud, S. (1928). Dostoievski and parricida. En J. Strachey (Ed.), *The complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Londres: Hogarth Press.

Gaboury, A.; Ladouceur, R.; Beauvais, G.; Marchánd, L. y Martineau,Y. (1988). Dimensions cognitives et comportementales chez les joueurs réguliers et occasionnels au blackjack. *International Journal of Psychology*, 23,283-291.

- Gaboury, A. y Ladouceur, R. (1989). Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 4, 411-420.
- Gaja, R. (1993). Videojuegos. *¿Alienación o desarrollo?* Barcelona: Grijalbo.
- García, J.L.; Díaz, C. y Aranda, J.A. (1993). Trastornos asociados al juego patológico. *Anales de psicología*, 9 (1), 83-92.
- Gernstein, D.; Murphy, S.; Tace, M.; Hoffman, J.; Palmer, A.; Johnson, R. et al. (1999). *Gambling impact and behavior study*. Chicago: Report to the National Gambling Impact Study Commission.
- González, A. (1989). *Juego patológico: una nueva adicción*. Madrid: Canal Comunicaciones, S. A.
- González, A. (1990). Juego patológico: Situación actual en España. Comunicación presentada en: Jornades Europees sobre el Joc (GREF). Barcelona, abril.
- González, A. (1994). Características psicológicas y conductuales de jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio. Tesis Doctoral no presentada. Universidad de Barcelona.
- González, A.; Mercadé, P.V.; Jaumá, J. y Pérez, O. (1990b). Importancia del grupo en un programa multimodal para el tratamiento del juego patológico. *XVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Barcelona, septiembre.
- González, A.; Pastor, C.; Mercadé, P.V. y Aymamí, N. (1990c). Un programa de modificación y terapia de conducta para el tratamiento del juego patológico. *XVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Barcelona, septiembre.
- González, A.; Saldaña, C.; Jiménez- Murcia, S. & Vallejo, J. (1995). Psychological and Behavioural features of pathological machine gamblers. *First European Conference on Gambling and Policy Issues*. Cambridge University, Cambridge.
- González, A.; Jiménez-Murcia, S.; Aymamí, M.N.; López Martínez, C.; Muntada, A.; Doménech, J.; Granero, R. & Vallejo Riuloba, J. (1997). Age of onset in pathological gamblers: Psychological and therapeutic implications. *10th*

*Internacional Conference on Gambling and Risk-Taking*. Montreal, 31 mayo-4 junio.

González-Ibáñez, A.; Rosel, P. y Moreno, I. (2005). Evaluation and Treatment of Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies*. Vol. 21. N° 1.

Gorney, A.B. (1968). Treatment of a Compulsive Horse Race Gambler by Aversion Therapy. *British Journal of Psychiatry*, 144, 329-333.

Govoni, R.; Rupcich, N. y Frisch, G.R. (1996). Gambling behavior of adolescent gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 12, 305-317.

Graham, J.R. y Lowenfeld, B.L. (1986). Personality dimensions of the pathological gamblers. *Journal of Gambling Behaviour*, 2 (1), 58-66.

Grant, J.E.; y Kim, S.W. (2003). Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19 (1), 85-109.

Grant, J.E.; Kim, S.W. y Potenza, M.N. (2003). Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19 (1), 85-109.

Grant, J.E. y Potenza, M.N. (2006). Escitalopram treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety: an open-label pilot study with double-blind discontinuation. *International Clinical Psychopharmacology*, 21 (4), 203-209.

Greenberg, D. y Rankin, H. (1982). Compulsive gamblers in Treatment. *British Journal of Psychiatry*, 140, 364-366.

Greenson, R.R. (1947). *On gambling*, 61-67.

Griffiths, M.D. (1990). The acquisition, development, and maintenance of fruit machine gambling in adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 6 (3), 193-204.

Griffiths, M.D. (1991). Psychobiology of the near-miss in fruit machine gambling. *The Journal of Psychology*, 125 (3), 347-357.

- Griffiths, M.D. (1993). Tolerance in gambling: an objective measure using the Psychophysiological analysis of male fruit machine gamblers. *Addictive Behaviors, 18* (3), 365-372.
- Griffiths, M.D. (1994). The role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling. *British Journal of Psychology, 85*, 351-369.
- Griffiths, M.D. (1995). The role of subjective mood states in the maintenance of fruit machine gambling behaviour. *Journal of Gambling Studies, 11* (2), 123-135.
- Griffiths, M.D. y Hunt, N. (1995). Computer game playing in adolescence: Prevalence and demographic indicators. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 5*, 189-193.
- Gupta, R. y Deverensky, J.L. (1998). Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. *Journal of Gambling Studies, 14*, 319-345.
- Hall, G.; Carriero, N.; Takushi, R.; Montoya, I.; Preston, K. & Gorelick, D. (2000). Pathological gambling among cocaine-dependent outpatients. *Am J Psychiatry, 157*, 1127-1133.
- Haller, R. Y Hinterhuber, H. (1994). Treatment of pathological gambling with Carbamazepine. *Pharmacopsychiatry, 27* (3), 129.
- Hing, N. y Breen, H. (2001). Profiling Lady Luck: An Empirical Study of Gambling and Problem Gambling Amongst Female Club Members. *Journal of Gambling Studies, 17*, 47-69.
- Hodgins, D.C.; Currie, S.R.; el-Guebaly, N. y Peden, N. (2004). Brief motivational treatment for problem gambling. *Journal of Gambling Studies, 19*, 85-109.
- Hodgins, D.C.; Currie, S.R.; el-Guebaly, N. y Diskin, K.M. (2007). Does providing extended relapse prevention bibliotherapy to problem gamblers improve outcome? *Journal of Gambling Studies, 23* (1), 41-54.

- Hollander, E.; Buchalter, A.J. y DeCaria, C.M. (2000). Pathological gambling. *Psychiatry Clinical North American*, 23 (3), 629-642.
- Ibáñez, A. y Sáiz, J. (2000). *La ludopatía: una "nueva" enfermedad*. Barcelona: Masson.
- Ibáñez, A.; Blanco, C.; Donahue, E.; Lesieur, H.R.; Pérez de Castro, I.; Fernández-Piqueras, J. y Sáiz-Ruiz, J. (2001). Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry*, 158,1733-1735.
- Ide, S.S. y Lea, S. (1988). Gambling in young adolescents. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 110-118.
- Irurita, I.M. (1996). *Estudio sobre la prevalencia de los jugadores de azar en Andalucía*. Sevilla: Comisionado para la Droga. Consejería de Asuntos Sociales.
- Jacobs, D.F. (1989b). Illegal and undocumented: A review of teenage gambling and the plight of children of problem gamblers in America. En Shaffer; H.J.; Stein, S.A.; Gambino, B. y Cummings, T.N. (Ed.), *Compulsive gambling. Theory, research and practice* (pp. 249-292). Lexington, M.A: Lexington Books.
- Jarca (1996). *Estudio sobre el juego de azar en Algeciras: prevalencia y características socio-demográficas*. Asociación de Jugadores de Azar en Rehabilitación del Campo de Gibraltar.
- Jiménez, J. y Fernández, E. (1999). Estudio de algunas variables sociodemográficas relevantes en jugadores patológicos que acuden a tratamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25 (99), 51-80.
- Jiménez-Murcia, S.; Granero, R.; Álvarez-Moya, E.M.; Aymamí, M.; Gómez, M.; Bueno, B.; Martínez, R. y Vallejo, J. (2007). Comorbilidad del juego patológico y otros tóxicos. Variables clínicas, personalidad y respuesta al tratamiento. *Actualización en el tratamiento del juego patológico*,(pp. 55-66), ) Agencia Antidroga. Madrid, septiembre.
- Koehler, K.; Gibbs, B. y Hogarth, R. (1994). Shattering the illusion of control. *Journal of Behavioral Decision Making*,7, 183-191.

- Kruedelbach, N.; Walker, H.I.; Chapman, H.A.; Haro, G.; Mateu, C. y Leal, C. (2006). Comorbidity on disorders with loss of impulse-control: pathological gambling, addictions and personality disorders. *Actas Esp. Psiquiatr. Marzo-Abril*, 34 (2), 76-82.
- Kusyszyn, I. (1972). The gambling addict versus the gambling professional. *International Journal of the Addictions*, 7 (2), 387-393.
- Kusyszyn, I. (1978). Compulsive gambling: the problem of definition. *International Journal of the Addictions*, 37, 1095-1101.
- Labrador, F.J. (1995). *El Estrés. Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- Labrador, F.J.; Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (1993). *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F.J. y Becoña, E. (1994). Juego patológico: aspectos epidemiológicos y teorías explicativas. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 495-520). Madrid: Editorial Debate.
- Labrador, F.J. y Fernández-Alba, A. (1998). Juego Patológico. En M. A. Vallejo (Ed.), *Manual de Terapia de Conducta* (vol. II), (pp. 143-211) Madrid: Dykinson.
- Labrador, F.J. y Fernández-Alba, A. (2002). *Treatment of pathological gambling*. En C. Von Hofsten & L. Bäckman (Eds.), *Psychology at the turn of the millennium* (vol. 2,). East Sussex and New York: Psychology Press.
- Labrador, F.J. y Fernández-Alba, A. (2004). Juego patológico y errores cognitivos. *Mente y Cerebro*, 8, 11-17.
- Labrador, F.J. y Mañoso, V. (2005). Cambio en las distorsiones cognitivas de jugadores patológicos tras el tratamiento: comparación con un grupo de control. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 7-22.
- Labrador, Rubio, Salgado y Ruiz, (remitido para publicación). Comparative pre and post- treatment study of pshysiological and subjetive arousal during slot machine

gambling in pathological gamblers versus a control group. *Journal of Gambling Studies*.

Labrador, F.J. y Rubio, G. (2007). La activación como factor determinante del Juego Patológico. En E. Becoña (Ed.) *Actualización en el tratamiento del Juego Patológico*. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo.

Ladouceur, R. (1991a). Prevalence estimates of pathological gamblers in Québec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 732-734.

Ladouceur, R. (1991b). Análisis and treatment of pathological gambling: A cognitive perspective. Comunicación presentada al XXth European Congress on Behaviour Therapy, París 12-15 Sept.

Ladouceur, R. (1993a). Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar y de dinero. *Psicología Conductual*, 1 (3), 361-374.

Ladouceur, R. (1996). The prevalence of pathological gambling in Canada. *Journal of Gambling Studies*, 12, 129-142.

Ladouceur, R. y Mayrand, M. (1986). Caractéristiques Psychologiques de la prise de risque monétaire des joueurs et des non-joueurs à la roulette. *International Journal of Psychology* 21 (4-5), 433-443.

Ladouceur, R. y Mireault, C. (1988). Gambling behaviors among high school students in the Quebec area. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 3-12.

Ladouceur, R.; Sylvain, C.; Duval, C.; Gaboury, A. y Dumont, M. (1989). Correction des verbalisations irrationnelles chez des joueurs de poker-video. *International Journal of Psychology*, 24 (1), 43-56.

Ladouceur, R.; Boisvert, J.M. y Dumont, J. (1994a). Cognitive-behavioral treatment for adolescent pathological gamblers. *Behavior Modification*, 18 (2), 230-242.

Ladouceur, R.; Dubé, D. y Bujold, A. (1994b). Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Quebec Metropolitan Area. *The Canadian journal of Psychiatry*, 39 (5), 289-293.

- Ladouceur, R.; Dubé, D. y Bujold, A. (1994c). Gambling among primary school students. *Journal of Gambling Studies*, 10 (4), 363-370.
- Ladouceur, R.; Arsenault, C.; Dubé, D.; Freeston, M.H. y Jacques, C. (1997). Psychological characteristics of volunteers in studies on gambling. *Journal of Gambling Studies*, 13 (1), 69-84.
- Ladouceur, R.; Gaboury, A. y Duval, C. (1998). Modification des verbalisations irrationnelles pendant le jeu de roulette americaine et prise de risque monétaire. *Science et Comportement*, 18, 58-68.
- Ladouceur, R.; Sylvain, C.; Letarte, H.; Giroux, I. y Jacques, C. (1998). Cognitive treatment of pathological gamblers. *Behaviour Research and Therapy*, 36 (12), 1111-1119.
- Ladouceur, R.; Sylvain, C.; Boutin, C. y Doucet, C. (2002). *Understanding and treating the pathological gambler*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Ladouceur, R.; Sylvain, C.; Boutin, C. Lachance, S.; Doucet, C. y Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: A cognitiva approach. *Behavior Recherche and Therapy* 41, 587-596.
- Landa, N.; Fernández-Montalvo, J.; López-Goñi, J.J.; Castillo, A. y Lorea, I. (2005). Comorbilidad del juego patológico en el alcoholismo. Resumen de ponencia presentada al XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías. *Conductas adictivas*, 5, (2), 42.
- Lang, P. (1979). A bioinformational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- Leary, K. y Dickerson, M. (1985). Levels of arousal in high- and low- frequency gamblers. *Behavior Recherche and Therapy*, 23 (6), 635-640.
- Legarda, J.J.; Babío, R. Y Abreu, J.M. (1992). Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *British Journal of Addictions*, 87 (5), 767-770.

- Lejoyeux, M.; Feuche, N.; Loi, S.; Solomon, J. y Ades, J. (1999). Study of impulse-control disorders among alcohol-dependent patients. *Journal of clinical Psychiatry*, 60 (5), 302-305.
- Lejoyeux, M.; Boulanguiez, S.; Fichelle, A.; McLoughlin, M.; Claudon, M. y Ades, J. (2000). Alcohol dependence among patients admitted to psychiatric emergency services. *General Hospital Psychiatry*, 22 (3), 206-212.
- Lesieur, H.R. (1984). *The Chase. Career of the compulsive gambler*. Cambridge, MA: Schenkman Books.
- Lesieur, H.R. (1987). Gambling, pathological gambling and crime. En T. Galski (Ed.), *The handbook of pathological gambling* (pp. 89-110). Springfield, III.: Charles C. Thomas Publisher.
- Lesieur, H.R. (1990). Working with and understanding Gamblers Anonymous. En T.J. Powell (Ed.), *Working with Self-Help* (pp. 237-253). Homewood, Il.: Dorsey Press.
- Lesieur, H.R. (2002). Epidemiological surveys of pathological Gamblers: Critique and suggestions for modification. En J.J. Marotta, J.A. Cornelius y W.R. Eadington (Eds.), *The downside: Problem & pathological gambling* (pp. 325-338). Reno, NV: Institute for the Study of Gambling & Commercial Gaming.
- Lesieur, H.R. y Klein, R. (1987). Pathological gambling among high school students. *Addictive Behaviors*, 12, 129-135.
- Lesieur, H.R. & Heinman, M. (1988). Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. *British Journal of Addiction*, 83 (7), 765-771.
- Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1986). Alcoholism, drug abuse, and gambling. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 10 (1), 33-38.
- Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144 (9), 1184-1188.

- Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1990). Characteristics of pathological gamblers identified among patients on a psychiatry admission service. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1009-1012.
- Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1991). Evaluation of patient treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *British Journal of Addiction* 86 (8), 1017-1028.
- Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1993). Pathological gambling, eating disorders and the psychoactive substance use disorders. *Journal of Addiction Disorders*, 12 (3), 89-102.
- Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1993). Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings. *Journal of Gambling Studies*, 9 (3), 213-223.
- Lesieur, H.R. y Custer, R.L. (1984). Pathological Gambling: Roots, Phases, and Treatment. *The Annals of the American Academy*, 474, 147-156.
- Lesieur, H.R. y Rosenthal, R.J. (1991), Pathological Gambling: a review of the literature. *Journal of Gambling Studies*, 7 (1), 5-39.
- Lesieur, H.R.; Blume, S.B. y Zoppa, R.M. (1986). Alcoholism, drug abuse, and gambling. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 10, 33-38.
- Letarte, A.; Ladouceur, R. y Mayrand, M. (1986). Primary and secondary illusory control and risk-taking in gambling (roulette). *Psychological Reports*, 58 (1), 299-302.
- Linden, R.; Pope, H.G. y Jonas, J.M. (1986). Pathological gambling and major affective disorder: Preliminary Findings. *Journal Clin Psychiatry*, 47 (4), 201-203.
- Llinares, M<sup>a</sup>.C. y Lloret, M. (1999). El juego patológico: una adicción sin tóxico, una adicción psicológica. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 41, 25-38.

- Mañoso, V.; Labrador, F.J. y Fernández-Alba, A. (2004). Tipo de verbalizaciones durante el juego; distorsiones cognitivas durante el juego en jugadores patológicos y en no jugadores. *Psicothema*, 16, 576-581.
- Marlatt, G.A. (1985). Relapse prevention: theoretical rationale and overview of the model, pp. 3-70, en Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. *Relapse prevention*, New York: The Guilford Press.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (eds.) (1985): *Relapse prevention: Maintenance Strategies in Addictive Behavior Change*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. y Donovan, J.R. (Eds.) (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York. Guilford Press.
- Martins, S.S.; Tavares, H.; Sabatini, D.; Galetti, A.M. y Gentil, V. (2004). Pathological gambling, gender and risk behaviours. *Addictive Behaviours*, 29, 1231-1235.
- McConaghy, N. (1980). Behavior completion mechanisms rather than primary drives maintain behavioral patterns. *Activitas Nervosa Superior (Praha)*, 22, 138-151.
- McConaghy, N. (1983). Agoraphobia, compulsive behaviours and behaviour completion mechanisms. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 17, 170-179.
- McConaghy, N.; Armstrong, M.; Blaszczynski, A. y Allcock, C. (1983). Controlled comparison of Aversive Therapy and Imaginal Desensitization in Compulsive Gambling. *British Journal of Psychiatry*, 142, 366-372.
- McConaghy, N.; Armstrong, M.; Blaszczynski, A. y Allcock, C. (1988). Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling. Implications for behavioral assessment. *Behavior Modification*, 12, 371-384.
- McConaghy, N.; Blaszczynski, A.P. y Frankova, A. (1991). Comparison of Imaginal Desensitizations with other behavioural treatments of pathological gambling: A two to nine year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 159, 390-393.

- McCormick, R.A. (1994). The importance of coping skill enhancement in the treatment of the pathological gambler. *Journal of Gambling Studies*, 10, 77-86.
- McCormick, R.A. (1993). Disinhibition and negative affectivity in substance abusers with a gambling problem. *Addictive Behaviors*, 18 (3), 331-336.
- McCormick, R.A. y Ramírez, L.F. (1988). Pathological Gambling. En J.G. Howells (Ed.), *Modern perspectives in psychosocial pathology*, (pp. 135-157). New York: Brunner/Mazel Inc.
- 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, III.: Charles C. Thomas Publisher.
- McCormick, R.A. y Taber, J.I. (1988). Attributional style in pathological gamblers in treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (3), 368-370.
- McCormick, R.A.; Russo, A.; Ramirez, L. & Taber, J. (1984). Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 215-218.
- McIntyre, R.S.; McElroy, S.L.; Konarski, J.Z.; Soczynska, J.K.; Wilkins, K. y Kennedy, S.H. (2007). Problem gambling in bipolar disorder. Results from the Canadian Community Health Survey. *Journal of Affective Disorders*, 120 (1), 27-34.
- McKay, M.; Davis, M. y Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mercadé, P.V.; González, A.; Pastor, C. y Aymamí, N. (1990). Juego patológico y grupo: una posibilidad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 16, 19-24.
- Meyer, G.; Hauffa, B.P.; Schedlowski, M.; Pawlak, C.; Stadler, M.A. y Exton, M.S. (2000). Casino gambling increases heart rate and salivary cortisol in regular gamblers. *Biological Psychiatry*, 48, 948-953.

- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1986). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*. Madrid: TEA Ediciones. (2ª edición ampliada, 1988; 3ª edición ampliada, 1994).
- Moodie, C. y Finnigan, F. (2004). A comparison of the autonomic arousal of frequent, infrequent and non-gamblers while playing fruit machines. *Addiction*, 100 (1), 51-59.
- Morán, E. (1970). Varieties of pathological gambling. *British Journal of Psychiatry*, 116, 593-597.
- Ochoa, E. y Labrador, F.J. (1994). *El juego patológico*, ed. Plaza y Janés, Barcelona.
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, ed. Meditor, Madrid.
- Oxford, J. y McCartney, (1990). Is excessive gambling seen as form of dependence? Evidence from the community and the clinic. *Journal of Gambling Studies*, 6 (2), 139-152.
- Peck, C.P. (1986). A public mental health issue. Risk-taking behavior and compulsive gambling. *American Psychologist*, 41 (4), 461-465.
- Petry, M.N. (2005). Pathological Gambling. Etiology, comorbidity, and treatment. *Washington, DC, American Psychological Association*, 85-116 y 161-173.
- Petry, N.M. y Mallya, S. (2004). Gambling Participation and Problems Among Employees at a University Health Center. *Journal of Gambling Studies* 20 (2), 155-170.
- Petry, N.M.; Stinson, F.S. y Grant, B.F. (2005). Comorbidity of DSM-IV Pathological Gambling and other Psychiatric Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 564-574.

- Pietrzak, R.H. y Petry, N.M. (2005). Trastorno de personalidad antisocial y los juegos de azar. *La adicción*, 100 (8), 1183-1193.
- Planes, M.; Font, S. y Gras, M.E. (2000). ¿Piensan los estudiantes fumadores en las consecuencias de su hábito? *Oncología*, 23, 61-62.
- Potenza, M.N. y Chambers R.A. (2001). Schizophrenia and pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 158 (3), 497-498.
- Prieto, M. (2003). Una propuesta de clasificación de los jugadores patológicos. *Psicología Conductual*, 11 (1), 5-23.
- Prieto, M. (2007). El Juego Controlado como objetivo terapéutico. En E. Becoña (Ed.) Actualización en el tratamiento del Juego Patológico. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo.
- Pursley, W.L. (1991). Adolescence, Chemical Dependency and Pathological Gambling. *Counseling The Chemically Dependent Adolescent*, 1 ( 4), 25-47.
- Ramírez, J.N.; Cabanes, M.; Carbonero, M.; Castilla, R.; Duarte, J.; Gutiérrez, B. et al. (1999). Análisis del sector de las máquinas recreativas “tipos A y B”. *Estimación y análisis de la proporción de ludópatas en Andalucía*. Córdoba: ANMARE.
- Raviv, M. (1993). Personality Characteristics of sexual addicts and pathological gamblers. . *Journal of Gambling Studies*, 9 (1), 17-30.
- Rich, M. (1998). *Women who gamble*, tesis doctoral no publicada. Chicago, Institute for Clinical Social Work.
- Rodríguez-Martos, A. (1993). La ludopatía: una dependencia no ligada al uso de sustancias. Ludopatía y alcoholismo. *IV Jornadas sobre dependencia alcohólica*. Málaga, noviembre.
- Rosenthal, R.J. (19189). Pathological Gambling and problem gambling: problems of definition and diagnosis, en Shaffer, H.J.; Stein, S.A.; Gambino, B. y Cummings, T.N. (Ed.). *Compulsive Gambling: Theory, Research and Practique*, Lexington Books, Mass.

- Rosenthal, R.J. y Lesieur, H.R. (1992). Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. *The American Journal on Addictions*, 1 (2), 150-154.
- Roy, A.; Custer, R.; Lorenz, V. y Linnoila, M. (1988a). Personality factors and pathological gambling. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80 (1), 37-39.
- Rubio, G. (2004). Eficacia diferencial del tratamiento psicológico individual versus en grupo en jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio. Tesis Doctoral: Universidad Complutense de Madrid.
- Rubio, G.; Fernández-Alba, A.; Labrador, F.J. Salgado, A. y Ruiz, B. (2002). Evaluación de la activación durante el juego en máquinas recreativas con premio: análisis comparativo de una muestra de jugadores patológicos y una muestra normal. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28 (118), 213-233.
- Rupcich, N.; Frisch, G.R. y Govoni, R. (1997). Comorbidity of pathological gambling addiction treatment facilities *Journal Substances Abuse Treatment*, 14 (6), 573-574.
- Russo, A. Taber, J.; McCormick, R. y Ramírez, L. (1984). An outcome Study of an Inpatient Treatment Program for Patological Gamblers. *Hospital and Community Psychiatry*, 35 (8), 823-827.
- Schwartz, J. y Lindner, A. (1992). Inpatient treatment of male pathological gamblers in Germany. *Journal of Gambling Studies*, 8, 93-109.
- Shaffer, H. (2003). A public health perspective on gambling: The four principles. *Report prepared for the American Gaming Association Responsible Gaming Lectures Series, Chicago, Illinois, February.*
- Shaffer, H.J.; Nelson, S.E.; LaPlante, D.A.; LaBrie, R.A.; Albanese, M. y Caro, G. (2007). The epidemiology of psychiatric disorders among repeat DUI offenders accepting a treatment sentencing option *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (5), 795-804.
- Sharpe, L. (2004). Patterns of Autonomic Arousal in Imaginal Situations of Winning and Losing in Problem Gambling. *Journal de Gambling Studies*, 20 (1), 95-104.

- Sharpe, L. y Tarrier, N. (1993). Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. *British Journal of Psychiatry*, 162, 407-412.
- Sharpe, L.; Tarrier, N.; Schotte, D. y Spence, S.H. (1995). The role of autonomic arousal in problem gambling. *Addiction*, 90 (11), 1529-1540.
- Seager, C.P. (1970). The treatment of compulsive gambling by electrical aversión. *British Journal of Psychiatry*, 117, 545-553.
- Seager, C.P.; Pokorny, M.R. y Black, D. (1966). Aversion therapy for compulsive gambling (Letter to the Editor). *Lancet*, 1 (74356), 546.
- Secades, R. y Villa, A. (1998). *El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Sevillá, J. y Pastor, C. (1996). Un caso complejo de juego patológico. *Psicología Conductual*, 4 (2), 253-262.
- Sylvain, C.; Ladouceur, R. y Boisvert, J.M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 727-732.
- Specker, S.M.; Carlson, G.A.; Edmonson, K.M.; Johnson, P.E. y Marcotte, M. (1996). Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*, 12, 67-82.
- Sproston, K.; Erens, B. y Orford, J. (2000). *Gambling Prevalence Survey*. Londres, RU: National Center for Social Research.
- Spunt, B.; Lesieur, H.R.; Hunt, D. & Cahill, L. (1995). Gambling among methadone patients. *International Journal of Addictions*, 30 (8), 284-288.
- Stewart, R.M. y Brown, R.I. (1988). An Outcome Study of Gamblers Anonymous. *British Journal of Psychiatry*, 152, 284-288.
- Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors*, 27, 1-19.

- Sylvain, C. y Ladouceur, R. (1992). Correction cognitive et habitudes de jeu chez les joueurs de poker video. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 24 (4), 479-489.
- Tabares, H. Zilberman, M.L. y el-Guebaly, N. (2003). Are there cognitive and behavioural approaches specific to the treatment of pathological gambling? *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 22-27.
- Tejeiro, R. (1998). El juego de azar en Algeciras (España). Prevalencia y características sociodemográficas. *Revista Española de Drogodependencias*, 23 (1), 53-74.
- Toneatto, T.; Blitz-Miller, T.; Calderwood, K.; Dragonetti, R. y Tsanos, A. (1997). Cognitive distortions in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies*, 13, 253-266.
- Toneatto, T y Ladouceur, R. (2003). Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviours*, 17, 284-292.
- Tudesco, D. y Bruderman, M. (1995). The relationship between the illusion of control and the desirability bias. *Journal of Behavioural Decision Making*, 8, 109-125.
- Turón, J.V.; Salgado, P.; González, A. y Vicente, P. (1990). Tratamiento farmacológico del juego patológico. *Actas de la XV Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*. (Córdoba), pp.: 368-375.
- Villalbí, J.R. (1998): Tabaco y políticas del tabaco. En E. Becoña (Ed.), *Libro Blanco sobre el tabaquismo en España* (pp.175-189). Barcelona: Glosa.
- Villoria, C. (2003). El juego patológico en los estudiantes universitario de la Comunidad de Madrid. *Clínica y Salud* 14 (1), 43-65.
- Vitaro, F.; Arsenault, L. y Tremblay, R.E. (1999). Impulsivity predictors problem gambling in low SES adolescent males. *Addiction*, 94, 565-575.
- Walker, M. (1992). Irrational thinking among slot machine players. *Journal of Gambling Studies*, 8, 245-261.

- Welte, J.W.; Barnes, G.M.; Wieczorek, W.F.; Tidwell, C.O. y Parker, J.C. (2001). Gambling Participation in the U.S.- Results from a National Survey. *Journal Gambling Studies*, 18 (4), 313-337.
- Welte, J.W.; Barnes, G.M.; Wieczorek, W.F.; Tidwell, C.O. y Parker, J.C. (2004). Risk factors for pathological gambling. *Addictive Behaviors*, 29 (2), 323-335.
- Winters, K.C. (2000). Youth gambling: Transition from adolescence to young adulthood. *11<sup>th</sup> International Conference on Gambling & Risk Taking*. Las Vegas, Nevada.
- Winters, K.C.; Stinchfield, R.D. y Fulkerson. J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, 9, 63-84.
- Wong, I.L. y So, E.M. (2003). Prevalence estimates of problem and pathological gambling in Hong Kong. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1353-1354.
- Woody, R.T.A. y Griffiths, M.D. (1998). The acquisition, development and maintenance of lottery an scratchcard gambling in adolescent. *Journal of Adolescence*, 21, 265-273.
- Wray, I. y Dickerson, M.G. (1981). Cessation of high frequency gambling and “withdrawal” symptoms. *British Journal of Addiction*, 76, 401-405.
- Wulfert, E.; Roland, B.D.; Hartley, J.; Wang, N. y Franco, C. (2005). Heart Rate Arousal and Excitement in Gambling: Winners Versus Losers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 311-316.
- Zitzow, D. (1992). *Incidence and comparative study of compulsive gambling behaviors between Indian and non-Indians within and near a northern plains reservation*. Bemidji, MN: Indian Health Service, Bemidji Area Office.



## ANEXOS



## ANEXO I

Hojas de autorregistro utilizadas durante el  
tratamiento



# Anexo IA

Descripción



### **1. Autorregistro de frases para afrontar la presión social**

En una hoja con el título *frases para afrontar la presión social*, se anotarán una serie de frases para que, expresadas de manera automática, las utilice cuando se sienta presionado por otros a jugar.

Se le señalan algunos ejemplos y se le pedirá que las que él confeccione se adapten a su estilo de lenguaje.

### **2. Autorregistro de actividades alternativas al juego**

En una hoja con el título *actividades alternativas al juego*, el sujeto hace una relación de las actividades incompatibles con jugar, que le gustaría hacer y que puede hacer.

Es útil para identificar las posibilidades de cara a cómo organizar su tiempo de ocio.

### **3. Autorregistro de las ventajas de la conducta abstinentes**

En una hoja bajo el epígrafe *ventajas y beneficios de haber dejado el juego*, registrará las ventajas de la conducta de no jugar.

Se pretende que tome conciencia de las consecuencias de dicha conducta.

### **4. Autorregistro de las consecuencias de haber jugado tras un periodo de abstinencia.**

En la misma hoja donde reflejó las ventajas de la conducta abstinentes, y bajo el título *consecuencias de haber vuelto a jugar en otras ocasiones*, registrará las desventajas de haber jugado, en otras ocasiones, tras una temporada sin jugar.



# Anexo IB

## Modelos



## FRASES PARA AFRONTAR LA PRESIÓN SOCIAL

Las respuestas siguientes, a modo de ejemplo, expresadas de manera firme y con seguridad, conseguirán que ceda la presión a la que usted en algún momento pueda verse sometido por alguien que le anime a jugar.

Usted tiene que elegir sus propias frases, adecuadas a su vocabulario habitual, lo más contundentes posibles y repetírselas a usted mismo, a diario, delante de un espejo, hasta asegurarse de que surtirán el efecto deseado.

Ejemplos:

- Déjate de tonterías. Jugar es perder.
- El tiempo es precioso. No lo pierdas jugando.
- Me fastidia tirar el dinero. Prefiero invitarte a algo.

Anote aquí sus propias frases:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### ACTIVIDADES ALTERNATIVAS AL JUEGO

A continuación describa las actividades que le gustaría realizar ahora que va a disponer de más tiempo. Piense en ello con tranquilidad y anótelas todas.

Una vez anotadas, señale cuatro o cinco de ellas que más le apetezcan y que en este momento nada le impediría llevarlas a cabo.

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

9.....

10.....

**VENTAJAS Y BENEFICIOS DE HABER DEJADO EL JUEGO**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

**CONSECUENCIAS DE HABER VUELTO A JUGAR EN OTRAS  
OCASIONES**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

## ANEXO II

Técnicas utilizadas durante el tratamiento



## **ANEXO IIA**

**Descripción**



### **1. Técnica de imaginación (Davis et al., 1985)**

Se detallan en una hoja, bajo el título *técnica para crear las propias imágenes*, los pasos a seguir para la creación de las propias imágenes) (Davis et al., 1985) y se le entrega al sujeto.

Se le pide que, más abajo, describa algunas imágenes que le resulten atractivas.

Las técnicas de imaginación se muestran muy eficaces para reducir el estrés de forma significativa.

### **2. Técnica de detención del pensamiento (Labrador, 1995)**

Es una técnica sencilla, de tres pasos, cuyo objetivo es que el sujeto aprenda a controlar los pensamientos que aparecen de forma espontánea y se hacen persistentes, de tal forma que rondan constantemente, deprimiéndole e impidiéndole llevar a cabo otras actividades más útiles.

En una hoja, titulada *ejercicios para la detención de un pensamiento*, se explican los distintos pasos a seguir para conseguir el dominio de esta técnica y se le entrega al sujeto para ayudarle a dominarla.

### **3. Técnica de respiración completa (Labrador, 1995)**

Los ejercicios dirigidos a mejorar la respiración, permiten aprender a controlar ésta y, en consecuencia, favorecen la aparición de los beneficios asociados a una buena oxigenación, entre ellos, además del control de la activación fisiológica, la reducción de la tensión muscular, la irritabilidad, la fatiga y la ansiedad, ayudando a conseguir una sensación de tranquilidad y bienestar.

En una hoja, bajo el título *ejercicios de respiración*, se explican los distintos pasos a seguir hasta conseguir el dominio de esta técnica, y se le da al sujeto para ayudarle a dominarla.

#### **4. Procedimiento para identificar un problema (McKay et al., 1985)**

Se pretende que aprenda que la causa de no sentirse bien no es la abstinencia del juego.

Consiste en un *listado de posibles situaciones problemáticas*, agrupado por áreas, que se le entrega al sujeto para ayudarlo a identificar el suyo, en aquellos momentos en los que quiera saber qué le pasa, que no se siente a gusto.

#### **5. Entrenamiento en disputar los pensamientos automáticos (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)**

En una hoja, confeccionada al efecto, el sujeto propondrá posibles pensamientos automáticos negativos, ante un suceso activador definido, buscará las disputas a ellos y la respuesta racional consecuente, que le produciría emociones y conductas más adaptativas.

Se utiliza como una estrategia para afrontar los estados emocionales negativos.

#### **6. Estrategia de afrontamiento tras un episodio aislado de juego (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)**

En una hoja se le detalla una estrategia de afrontamiento para el caso de un episodio de juego tras un periodo de abstinencia.

Se pretende que el sujeto no se encuentre sin saber qué hacer si juega una vez y que sepa distinguir entre el hecho aislado y una recaída.

#### **7. Hoja-recordatorio**

Contiene los pensamientos e ideas irracionales detectadas en el paciente, relacionadas tanto directa como indirectamente con el juego y las ideas racionales relacionadas con cada una de las anteriores, conseguidas y descubiertas con el paciente.

**8. Procedimiento para hacer correctamente la exposición (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)**

En una hoja, se le detalla al sujeto el procedimiento correcto para que la exposición a la máquina se realice de una manera efectiva.

Se pretende que la exposición se haga de la manera más adecuada para conseguir que el paciente aprenda a resistir el deseo de jugar si en alguna ocasión se encuentra frente a una máquina tragaperras.

**9. Sugerencias para prevenir recaídas.**

En una hoja, confeccionada al efecto, se detallan las actividades que le conviene llevar a cabo, ahora que no juega, para mantener la conducta de abstinencia y prevenir y afrontar las situaciones de riesgo.

También se le advierte de los comportamientos y situaciones que le conviene evitar si quiere evitar riesgos innecesarios.



## ANEXO IIB

### Modelos



## TÉCNICA PARA CREAR LAS PROPIAS IMÁGENES

(Davis et al., 1985)

- Busque una posición cómoda, cierre los ojos, concéntrese en las propias sensaciones físicas y practique una respiración profunda.
- Imagine distintos lugares: la playa, las calles de la ciudad, un río que conozca, etc.
- De entre todas las escenas que ha imaginado, elija una donde relajarse y dispóngase a disfrutar de ella.
- ¿Qué olor percibe? ¿Qué ve? Póngase allí cómodo. ¿Qué ruidos escucha? ¿Cómo se siente su cuerpo?
- Imagine que está haciendo algo que le relaja, por ejemplo estar sentado sobre una piedra, a la sombra de un árbol en primavera, viendo correr mansamente el agua de un río y observando las pequeñas cascadas que produce el agua sobre las pequeñas piedras. Escuche ese ruido. Sienta la brisa del aire, otee el horizonte para ver volar los pájaros, mire mecerse el verde de los campos, ...

Para cuando se halle instalado en la escena que ha imaginado y se haya relajado en ella, posiblemente su ansiedad habrá desaparecido.

Describa algunas imágenes que le resulten atractivas, conviértalas en situaciones personales relajantes y familiarícese con ellas para utilizarlas cuando sienta necesidad de relajarse.

Situación 1

Situación 2

Situación 3

## EJERCICIOS PARA LA DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO

(Labrador, 1995)

- Cuando note alguna sensación de malestar (estado de intranquilidad o desasosiego de origen no muy claro), párese y analice qué está pasando.
- Una vez identificados los pensamientos negativos trate de hacerlos explícitos, expresándolos verbalmente. Hágalo como si pensara en voz alta de forma que la verbalización sea lo más parecida posible a los pensamientos.
- Para la detención del pensamiento negativo necesita de un estímulo suficientemente intenso que usted pueda producir a voluntad y que sea capaz de atraer inmediatamente la atención, como un ruido intenso (por ejemplo, una palmada) o un grito (como “¡Basta!”, “¡Stop!”, “¡No!”), o ambas cosas, un ruido y una palabra.

A continuación seguirá los siguientes pasos:

### Paso 1º.-

- Con los ojos cerrados, para concentrarse mejor, comience a generar la cadena de pensamientos, expresándolos en voz alta. Tres o cuatro segundos después de haber comenzado interrúmpalos de manera inmediata con ayuda del estímulo de corte fijado ( por ejemplo, palmada y grito “¡Basta!”).

Para que no vuelva a aparecer esta cadena, de inmediato llevará a cabo alguna tarea que le permita centrar su atención. Pueden serle útiles:

- Recordar pormenorizadamente una situación especialmente agradable para usted. (Decida cual va a ser antes de comenzar su ejercicio).
- Centrar la atención en la situación presente durante unos segundos, luego cerrar los ojos y tratar de reconstruirla mentalmente.

Repita este paso de ocho a diez veces hasta que le resulte fácil generar la cadena y cortarla a voluntad.

Paso 2º.-

- Genere la cadena de pensamientos negativos pero sin explicitarla verbalmente, solo mentalmente.
- Cuando perciba con claridad la cadena de pensamientos proceda como en el caso anterior: Interrúmpala con el estímulo fijado y centre la atención veinte o treinta segundos en la tarea establecida de antemano (conviene que sea siempre la misma).

Repita este ejercicio ocho o diez veces.

Paso 3º.-

- Genere, como en el paso anterior, la cadena de pensamientos mentalmente. Cuando la perciba con claridad interrúmpala con el estímulo de corte pero aplíquelo en esta ocasión, mentalmente (grite “¡Basta!” o “¡Stop!” de forma imaginaria, no verbal). Pase, inmediatamente después, al ejercicio de centrar la atención como en los pasos anteriores.

Repita el ejercicio hasta conseguir dominar la técnica y detener el pensamiento.

Una vez aprendida la técnica practíquela durante quince días hasta llegar a dominarla, unas cinco o diez veces al día.

Utilice esta técnica en todas aquellas ocasiones en que aparezca algún pensamiento o cadena de pensamientos que desee cortar.

## **EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN**

**(Labrador, 1995)**

### Ejercicio 1º.-

- Túmbese y cierre los ojos. Coloque una mano encima del vientre (por debajo del ombligo), y otra encima del estómago.
- Comience a realizar inspiraciones pausadas tratando, en cada inspiración, que el aire se dirija a la parte inferior del tronco y no al estómago o al pecho.

La realización adecuada del ejercicio debe producir que se mueva la mano colocada sobre el vientre pero no la colocada sobre el estómago.

Conviene hacer este ejercicio durante periodos cortos de tiempo (dos o cuatro minutos), alternándolos con periodos de descanso (uno o dos minutos).

### Ejercicio 2.-

- En la misma posición anterior, dirija el aire en primer lugar a la parte inferior del tronco (como en el ejercicio anterior), y después, en la misma inspiración, pero marcando un tiempo diferente, dirigir el aire a la parte media.

Ahora debe notar que primero se hincha la parte de su cuerpo que está bajo la mano del vientre y después la zona que está bajo la otra mano.

Los periodos de ensayo y descanso de este ejercicio serán similares a los del ejercicio anterior.

### Ejercicio 3.-

- En la posición habitual, dirija el aire de cada inspiración en primer lugar hacia la zona del vientre, luego hacia la del estómago y por último hacia el pecho, en tres tiempos diferentes, uno por cada zona.

Recuerde que la inspiración debe ser pausada, sin exagerar la cantidad de aire que dirige a cada zona.

Ejercicio 4.-

- En la posición habitual de entrenamiento haga una inspiración como en el ejercicio 3º y después comience a realizar la espiración cerrando bastante los labios para que esta produzca un tenue ruido. (esto le ayudará a que la espiración no sea brusca, sino pausada y constante).

Ejercicio 5.-

- En la misma posición habitual haga una inspiración completa pero no en tres tiempos diferenciados sino en uno continuo.

La espiración es similar a la del ejercicio anterior pudiendo sustituir el ruido y pasar a un ciclo respiratorio completamente normal.

Ejercicio 6.-

- Repita el ejercicio 5º en distintas posiciones y situaciones. Puede iniciarse estando sentado, luego de pie, posteriormente andando, con los ojos abiertos, hablando, con ruidos, entre otras personas, etc...

Sea capaz, a lo largo de estas variaciones, de identificar las sensaciones experimentadas cuando el entrenamiento se llevaba a cabo en condiciones óptimas.

La duración de cada ejercicio será similar a la del ejercicio 1º (entre dos y cuatro minutos, con uno o dos de descanso).

Se pasará al ejercicio siguiente cuando el anterior se consiga hacer con facilidad.

Durante al menos la primera semana de entrenamiento se deberán realizar varias veces al día en su medio habitual (antes de comer, al ir en coche, viendo la televisión, antes de acostarse, ...).

Es más importante la frecuencia que la duración de los entrenamientos.

Una vez aprendida la técnica, aplíquela de forma sistemática, en especial en aquellos momentos de su actividad que provoquen unos elevados niveles de activación.

## LISTA DE POSIBLES SITUACIONES PROBLEMÁTICAS

(McKay et al., 1985)

Marque en cada situación, la casilla que describa mejor en qué medida se trata para usted de un problema. Si tiene dificultades para determinar si una situación es un problema significativo para usted, imagínese en esta situación. Incluya imágenes, acciones y sonidos que la hagan parecer real. En esta situación, ¿se siente colérico?, ¿se siente deprimido?, ¿se siente ansioso?, ¿se siente confundido? Atención a estas emociones. Si se experimenta cólera, depresión, ansiedad o confusión probablemente se encuentre ante una situación problemática; algo hay en su forma de responder que no funciona bien. Marque la casilla adecuada.

**A. No me molesta en absoluto:** No tiene nada que ver conmigo.

**B. Me molesta un poco:** Afecta ligeramente mi vida y constituye un pequeño gasto de energías.

**C. Me molesta bastante:** Posee un claro impacto en mi vida.

**D. Me molesta mucho:** Altera enormemente mi vida cotidiana y afecta profundamente mi bienestar.

<b>Salud</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
<input type="checkbox"/> Trastornos del sueño .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemas sobre el peso .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sentirse físicamente cansado .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trastornos del estómago .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemas físicos crónicos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dificultades para levantarse por la mañana .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Alimentación y dieta pobre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Economía</b>				
<input type="checkbox"/> Dificultad para hacer llegar el dinero a fin de mes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dinero insuficiente para las necesidades básicas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aumento creciente en las deudas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gastos inesperados .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dinero insuficiente para el ocio y las aficiones .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> No hay fuente fija de ingresos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Demasiadas cargas financieras .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Trabajo</b>				
<input type="checkbox"/> Trabajo monótono y aburrido .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Relaciones difíciles con el jefe o superior .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prisas y con estrés .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Deseo de un trabajo o carrera distintos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Necesidad de mayor experiencia o formación .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	A	B	C	D
Temor de perder el trabajo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades para entenderse con los compañeros de trabajo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paro .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condiciones de trabajo desagradables .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesidad de mayor libertad en el trabajo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vivienda**

Vecinos indeseables .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demasiado lejos del trabajo o escuela .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demasiado pequeña .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condiciones desagradables .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cosas que precisan una reparación .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malas relaciones con el propietario .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Relaciones sociales**

Tímido o vergonzoso con el sexo opuesto .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No tener muchos amigos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poco contacto con el sexo opuesto .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse solo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No entenderse bien con algunas personas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracaso o estar fracasando en una aventura amorosa ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse abandonado .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de amor o afecto .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vulnerable a las críticas de los demás .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desear más intimidad con la gente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No comprendido por los demás .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No saber, realmente, cómo llevar una conversación ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No encontrar la pareja adecuada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ocio**

No disfrutar de la suficiente diversión .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediocre en el deporte o el juego .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poco tiempo libre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Querer más oportunidades para disfrutar del arte o la expresión .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pocas ocasiones para disfrutar de la naturaleza .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deseo de viajar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesidad de unas vacaciones .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacidad para pensar en algo divertido que hacer ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Familia</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
Sentirse rechazado por la familia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desacuerdo en casa con el cónyuge .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No llevarse bien con uno, o más, de los niños .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse atrapado en una situación familiar dolorosa ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inseguridad — temor a perder la pareja .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapaz de ser abierto y honesto con los miembros de la familia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deseo de contacto sexual fuera de la pareja .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conflicto con los padres .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tener distintos intereses que el cónyuge .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roces familiares .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruptura matrimonial .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de los niños en la escuela .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro de la familia enfermo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excesivas discusiones en casa .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cólera, resentimiento hacia el cónyuge .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar irritado por las costumbres de un miembro de la familia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar preocupado por un miembro de la familia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <b>Psicológico</b>				
Tener un mal hábito concreto .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas religiosos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con la autoridad .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objetivos o exigencias .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar obsesionado por objetivos lejanos, inalcanzables ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de motivación .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse muy deprimido algunas veces .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse muy nervioso algunas veces .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse bloqueado para alcanzar los objetivos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse muy enfadado .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocuparse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <b>Otros:</b> (Si algunas situaciones concretas no enumeradas anteriormente inter- fieren de forma significativa en su vida, escríbalas y evalúelas.)				
_____ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ENTRENAMIENTO PARA DISPUTAR PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

(Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)

Para evitar que los pensamientos le puedan jugar una mala pasada, usted ha aprendido a identificarlos, disputarlos y modificarlos. Practique en esta hoja ese aprendizaje ante un suceso activador que pueda originar en usted pensamientos automáticos generadores de tristeza.

Si no tiene ninguno a mano, utilice el siguiente: *“Este año no podré salir de vacaciones por falta de dinero”*.

Pensamiento automático: .....

Disputa: .....

Respuesta racional: .....

Pensamiento automático: .....

Disputa: .....

Respuesta racional: .....

Pensamiento automático: .....

Disputa: .....

Respuesta racional: .....

## **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO RECOMENDADAS EN CASO DE UN EPISODIO DE JUEGO DESPUÉS DE UN PERÍODO DE ABSTINENCIA**

**(Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)**

- 1. Párese, observe y escuche.** La primera cosa que hay que hacer cuando se produce un episodio de juego es pararse, romper la cadena de sucesos y observar y escuchar lo que está ocurriendo. Un episodio de juego es una señal de aviso que le indica que está en una situación de peligro. Si le es posible, desplácese a un lugar donde no haya estímulos que le tienten.
  
- 2. Cállese.** Como primera reacción al episodio de juego es posible que se sienta culpable y deprimido por lo ocurrido. Esta reacción es normal, pero no la utilice como excusa para bajar las defensas y perder el control. Deje pasar el tiempo suficiente para que este sentimiento desaparezca, sin evaluarlo negativamente. Intente no exponerse a tentaciones, ya que si lo hace dificultará mucho el proceso de recuperación. Intente pensar en el episodio de juego como un hecho aislado. Que haya jugado una vez no significa que tenga que volver a engancharse. Un episodio de juego no significa que haya fracasado, que no pueda controlarse o que sea un adicto sin esperanza. Mire el episodio de juego como un suceso independiente, algo que será capaz de evitar en el futuro. Un episodio de juego es un error, una oportunidad para aprender, no una señal de fracaso total.
  
- 3. Renueve el compromiso.** Después de un episodio de juego el problema más difícil al que tendrá que enfrentarse va a ser el de su propia motivación. Puede ser que se sienta sin ganas para seguir intentándolo y se diga a sí mismo frases como : “¿de qué sirve continuar?”, “ya he fallado”, “ya he tirado por la borda todo mi esfuerzo”, “ya, de perdidos, al río”, etc.. Estos pensamientos son falsos, pero si usted se recrea pensando en ellos, acaban por convertirse en realidad. En este caso debe actuar de la siguiente manera:
  - Piense en los beneficios, a largo plazo, que obtendrá si deja de jugar. ¿Vale la pena dejar de intentarlo sólo porque ha dado un paso atrás? El progreso a veces consiste en dar dos pasos adelante y un paso atrás.

- Acuérdesse de las razones que tenía para intentar dejar de jugar cuando empezó el tratamiento.

Recuerde que está intentando cambiar su conducta adictiva para sí mismo, como forma de mejorar su salud y su calidad de vida. Mire hacia atrás y fíjese en los objetivos que ha ido consiguiendo con el cambio de conducta. Centre la atención de forma optimista en las veces que ha tenido éxito en afrontar situaciones de riesgo, en vez de centrarla en el episodio de juego actual. ¿Cree realmente que un simple episodio de juego anula todos los progresos que ha realizado hasta ahora?. Renueve su compromiso. Usted puede controlar la conducta.

- 4. Revise la situación que le ha llevado a jugar.** No tienda a culpabilizarse ni a deprimirse por lo que ha pasado. Si se centra en su fracaso personal, hará que aumente su reacción de culpa y le será mucho más difícil hacer frente a la situación de una forma eficaz. Lo que tiene que hacer es analizar qué le ha llevado a jugar y qué es lo que ha hecho de forma inadecuada. Plantéese las siguientes cuestiones: *“¿Qué hechos me llevaron a jugar?”*, *“¿noté la presencia de señales de aviso previas al episodio de juego?”*, *“¿cuál fue la situación de riesgo que desencadenó el episodio de juego?”*, *“¿qué pude haber hecho ante esa situación y no lo hice?”*.

Imagine que sucede de nuevo toda la escena, pero esta vez imagínese a usted mismo haciendo frente eficazmente a las situaciones de riesgo sin abandonarse a la tentación. Siempre es más fácil dejar de jugar ahora, justo después del episodio de juego, que seguir con el hábito y posponer indefinidamente el plan de recuperación.

- 5. Prepare su plan para recuperarse inmediatamente.** Después de un episodio de juego tiene que desarrollar un plan de acción que pueda llevar a cabo inmediatamente. Siga las siguientes instrucciones:

- Deshágase de todos los estímulos asociados con el juego que puedan tentarle. **¡Hágalo ahora!**
- Aléjese de la situación de riesgo tanto como le sea posible. ¡Haga algo!, vaya a dar un paseo y pase a una situación menos arriesgada para usted. Si le resulta imposible marcharse físicamente, aléjese psicológicamente. Cierre los ojos y relájese durante unos segundos o respire profundamente varias veces

para aclarar su mente. Relájese y centre su atención e en su interior en lugar de dejarse influir por lo que está ocurriendo a su alrededor.

- Plántese una actividad sustitutiva que llene sus necesidades en este momento. Charle con alguien, haga ejercicio físico o inicie cualquier otra actividad que le ayude a eliminar el exceso de energía y los sentimientos negativos.

**6. Pida ayuda.** Hágaselo fácil si ve que necesita ayuda. **¡Pídala!**. Dígales a los amigos que estén presentes en ese momento, que le ayuden en la forma que puedan: dándole ánimo, proporcionándole actividades alternativas, sugiriéndole formas de afrontamiento, etc.. Si está solo, llame a su terapeuta y busque su asistencia y apoyo.

## HOJA-RECORDATORIO

Desde nuestro primer contacto, expresó usted una serie de pensamientos que facilitaban su conducta de juego e impedían que usted consiguiese dejar de jugar. A medida que usted comprobaba lo irracional de cada pensamiento y se convencía de cuál debía ser el pensamiento alterativo, disminuía la probabilidad de volver a su anterior conducta de juego.

A continuación están enunciados esos pensamientos, los irracionales y los conseguidos tras una reflexión apropiada. Léalos frecuentemente, refuércelos con su propia experiencia y no olvide la importancia que supuso el cambio de pensamientos para su rehabilitación:

**Pensamiento irracional encontrado**

**Pensamiento racional conseguido**

- |         |  |
|---------|--|
| 1. .... |  |
| 2. .... |  |
| 3. .... |  |
| 4. .... |  |
| 5. .... |  |
| 6. .... |  |
| 7. .... |  |
| 8. .... |  |
| 9. .... |  |
| .....   |  |
| .....   |  |
| .....   |  |
| .....   |  |
| .....   |  |

## **PROCEDIMIENTO PARA HACER UNA CORRECTA EXPOSICIÓN**

**(Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)**

Con el objetivo de que aprenda a resistir y controlar el deseo de jugar que, muy probablemente experimentará cuando se encuentre ante una máquina tragaperras, la técnica de exposición a ella deberá hacerla de una manera adecuada. No olvide la siguiente secuencia:

1. Elija un local en el que haya jugado en otras ocasiones.
2. Entre sin dinero o con el dinero indicado por su terapeuta.
3. Acérquese a la máquina, busque un sitio cómodo ante ella, mírela y concéntrese en todas las sensaciones que sienta su cuerpo (qué siente, qué piensa, las ganas de jugar, etc.)
4. Recuerde las veces que ha jugado en esa máquina y las sensaciones que experimentaba entonces.
5. No hable con nadie. Sólo concéntrese en lo que ve y lo que siente.
6. Esté un mínimo de 15 a 20 minutos ante la máquina cada día.
  - Recuerde cómo se sentía inmediatamente después de haber jugado en otras ocasiones.
  - Recuerde las consecuencias de la conducta de jugar.
  - Compárelas con las ventajas de su actual conducta de abstinencia.
  - Si siente ansiedad, realice el ejercicio de respiración aprendido.
7. No salga hasta que esté tranquilo sin ganas de jugar; Establezca una escala subjetiva de ansiedad de cero a diez y no salga nunca con un nivel de ansiedad superior a tres.
8. Nada más salir, o en el mismo lugar si ofrece comodidad, rellene la hoja de registro que se le proporciona, procurando no olvidar ninguna sensación ni pensamiento que haya experimentado durante la exposición.

## **SUGERENCIAS PARA PREVENIR RECAÍDAS**

- Jugarse, aunque solamente sea una moneda, entraña un gran riesgo.
- Evitará, de ahora en adelante, a los amigos jugadores.
- Ejercitará en su vida cotidiana las técnicas de respiración aprendidas.
- Ensayará habitualmente la técnica de detención del pensamiento.
- Practicará con frecuencia la técnica de creación de imágenes propias.
- Disfrutará, cuando piense en juego, de su condición de no jugador.
- Logrará tener siempre a mano una actividad agradable incompatible con el juego.
- Recordará, y dirá en voz alta, sus frases de afrontamiento a la presión social.
- Llevará consigo y leerá a veces la lista de ventajas de no jugar y la de consecuencias negativas tras anteriores recaídas.
- Cuando se encuentre decaído se parará a pensar cual es su problema, y buscará respuestas eficaces al mismo en lugar de dar respuestas emocionales.
- Evitará los pensamientos automáticos ante situaciones negativas, y si aparecen los disputará con pensamientos racionales.



**ANEXO III**  
**Instrumentos de evaluación**



## **ANEXO IIIA**

**Descripción**



## **1. Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS) (Lesieur y Blue, 1987; Validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montero y Páez, 1994b).**

El SOGS es un cuestionario de fácil aplicación que consta de veinte ítems y que se adapta a los criterios del DSM-III para el juego patológico. Es un instrumento fiable y válido para el diagnóstico del juego patológico y uno de los más utilizados

Se validó para la población española (cfr. Echeburúa et al., 1994b) con una muestra de 72 jugadores patológicos y 400 sujetos normativos. En nuestro país presenta una fiabilidad test-retest de 0.98 ( $p < 0.001$ ) y un índice de constancia interna, obtenido mediante el alfa de Cronbach, de 0.94.

Presenta una validez convergente de 0.92 ( $p < 0.001$ ) con los criterios diagnósticos del DSM-III-R.

Discrimina adecuadamente entre los jugadores patológicos y la población normal, tanto a nivel de puntuación global en el cuestionario ( $t = 53.34$ ;  $p < 0.001$ ) como a un nivel más específico la de cada ítem.

El rango oscila entre 0 y 19. Hay preguntas que no se valoran por que son preguntas de control para estimar algunas variables no consideradas directamente en esa tarea de *screening*.

Los autores de la validación española proponen un punto de corte de 4 para una eficacia diagnóstica del 98%. Esta propuesta ha servido de criterio para establecer el punto de corte en este trabajo.

## **2. Inventario de pensamientos sobre el juego (Echeburúa y Báez, 1994a)**

Está formado por un listado de 27 ítems binarios y su finalidad es detectar los pensamientos irracionales del jugador patológico

Consta de tres subescalas:

- Subescala a): Detecta los sesgos cognitivos que presenta el jugador en relación con la conducta del Juego. Consta de 15 ítems con un rango que oscila entre 0 y 15.

- Subescala b): Detecta los sesgos cognitivos que presenta el jugador en relación con su adicción al juego. Consta de 6 ítems, con rango que oscila entre 0 y 6.
- Subescala c): Proporciona información sobre el estilo atribucional y el locus de control del jugador respecto a su problema y a la posibilidad de superarlo. Consta de 6 ítems, con un rango que oscila entre 0 y 6. El rango total del instrumento es de 0-21 porque no se considera la puntuación de a tercera subescala en la puntuación final.

Se trata de un instrumento útil para evaluar los principales sesgos cognitivos que caracterizan a los jugadores patológicos (Fernández-Montalvo et al., 1996).

### **3. Entrevista estructurada**

Se trata de un modelo de entrevista desarrollado para este trabajo en el que se recogen los datos personales y los relacionados con la historia del sujeto como jugador, las deudas contraídas y los antecedentes familiares de juego.

### **4. Autorregistro del alcance actual de su problema de juego (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)**

Instrumento de autorregistro en el que el jugador ha de anotar la frecuencia, el dinero que gasta y el tiempo que invierte a la semana en jugar, antes de iniciar el tratamiento.

### **5. Autorregistro de los problemas que el juego le causa en la actualidad (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)**

Instrumento de autorregistro en el que el jugador ha de anotar los problemas que el juego le ha ocasionado en las áreas que se le proponen: personal, económica, laboral, familiar, social y problemas con la Justicia.

### **6. Autorregistro de pensamientos sobre el juego**

Se trata de un autorregistro fácil de completar, que permite detectar pensamientos irracionales sobre el juego así como conductas inadecuadas tras un pensamiento racional.

El jugador, ante un pensamiento relacionado con el juego, anota en la hoja confeccionada al efecto, la hora y el lugar donde se produjo ese pensamiento, qué fue lo que pensó, qué pudo ocasionar ese pensamiento y qué hizo o cómo actuó tras él.

#### **7. Autorregistro de pensamientos y sensaciones durante la exposición**

Consta de una serie de columnas donde el paciente anota el tiempo que duró la exposición a la máquina tragaperras, el nivel subjetivo de ansiedad al comienzo y al final y los pensamientos y las sensaciones que experimentó durante la exposición.

Se utiliza para detectar nuevos pensamientos irracionales.

#### **8. Inventario de pensamientos sobre el juego con la redacción cambiada**

Teniendo en cuenta que los items del apartado a) del Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1994b), están formulados para ser respondidos por un sujeto que en ese momento es jugador, y que esa formulación no era válida para una persona que no juega, se cambió la redacción de los items para obtener información en el postratamiento y en el seguimiento de cuáles eran los pensamientos de los sujetos sobre las mismas cuestiones a las que respondieron en el pretratamiento.

Con él se pretende valorar los cambios cognitivos, con relación al juego, experimentados por los sujetos a lo largo del tratamiento.



# ANEXO IIIB

## Modelos



**CUESTIONARIO DE JUEGO DE SOUTH OAKS (S.O.G.S.)**

**(Lesieur y Blume, 1987. Traducción y adaptación de Echeburúa y Báez, 1990)**

Nombre: ..... Fecha.....

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			
B	Apostar en las carreras de caballos			
C	Apostar en el frontón o en los deportes rurales			
D	Jugar a la lotería, a las quinielas, primitiva, a la bono-loto o a los ciegos.			
E	Jugar en el casino			
F	Jugar en el bingo			
G	Especular en la bolsa de valores			
H	Jugar en las máquinas tragaperras			
I	Practicar cualquier deporte o poner a prueba cualquier habilidad por una apuesta			

2. ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que ha gastado en jugar en un solo día?

A	Nunca he jugado dinero	
B	Menos de 1.000 pesetas	
C	Entre 1.000 y 5.000 pesetas	
D	Entre 5.000 y 10.000 pesetas	
E	Entre 10.000 y 50.000 pesetas	
F	Más de 50.000 pesetas	

3. Señale quién de las siguientes personas allegadas tiene o ha tenido un problema de juego.

A	Mi padre	
B	Mi madre	
C	Un hermano	
D	Un abuelo	
E	Mi cónyuge o pareja	
F	Alguno de mis hijos	
G	Otro familiar	
H	Un amigo o alguien importante para mí	

4. Cuando usted juego dinero, ¿con qué frecuencia vuelve otra vez a jugar para recuperar lo perdido?.

A	Nunca	
B	Algunas veces, pero menos de la mitad	
C	La mayoría de las veces que pierdo	
D	Siempre que pierdo	

5. ¿Ha afirmado usted alguna vez haber ganado dinero en el juego cuando en realidad había perdido?

A	Nunca	
B	Sí, pero menos de la mitad de las veces que he perdido	
C	La mayoría de las veces	

6. ¿Cree usted que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?

A	No	
B	Ahora no pero en el pasado sí	
C	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?

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 que 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 ahorro	
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”.

- No se valoran las preguntas 1, 2, 3, 12 y 16i.
- 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*”.
- Preguntas de la 7 a la 11 y de la 13 a la 16h: “*Sí*”.

El TOTAL se calcula, por tanto, sobre un máximo de 19 puntos.

## INVENTARIO DE PENSAMIENTOS SOBRE EL JUEGO

(Echeburúa y Báez, 1994a)

Usted va a contestar ahora un SÍ o un NO según esté o no de acuerdo con las formulaciones que se le plantean a continuación:

<b>A. Sesgos cognitivos en relación con la conducta de juego</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
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 type="checkbox"/>	<input 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 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"/>

**B. Sesgos cognitivos en relación con la adicción al juego****SÍ 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"/> |

**C. Estilo atribucional y locus de control en relación con la adicción al juego** **SÍ 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**

### Subescala A:

- Un punto por cada respuesta afirmativa.

### Subescala B:

- Un punto por cada respuesta afirmativa en los items 2, 3, 5 y 6
- Un punto por cada respuesta negativa en los items 1 y 4.

### Subescala C:

- Un punto por cada respuesta afirmativa. (Esta subescala no contribuye a la puntuación total del inventario pero proporciona una información cualitativa adicional).

## PRIMERA ENTREVISTA

Nombre del paciente..... Tfno.....

Edad      Sexo      Estado      Hijos

¿Cuál es su nivel de estudios?

¿Cuál es su profesión?

¿Con quién convive?

¿Tiene trabajo?      ¿Temporal o estable?

¿A cuánto ascienden mensualmente sus ingresos?

¿Dónde comenzó a jugar a las máquinas?

¿Cuánto tiempo hace de eso?

¿Por qué motivos comenzó a jugar?

Coincidió esa época con algún acontecimiento importante para usted?

¿Con qué frecuencia jugaba al principio?

¿Cuánto tiempo hace que comenzó a considerar que el juego era un problema para usted?

¿En qué sentido era un problema?

Explique brevemente su historia como jugador desde entonces

¿Ha intentado dejar por si mismo el juego?      ¿Qué hizo para conseguirlo?

¿Cuánto tiempo estuvo sin jugar entonces?

¿Ha recibido tratamiento alguna vez por el problema?      ¿De qué tipo?

¿Cuánto tiempo estuvo sin jugar entonces?

¿Ha habido en su familia alguna persona con problemas de juego?      ¿Qué influencia pudo tener en la aparición de su problema?

¿Cuánto dinero adeuda actualmente debido al juego?

¿De cuánto tiempo de ocio dispone al día?      ¿Qué hace en ese tiempo?

¿Cuántas veces jugó durante las dos últimas semanas?

¿Cuánto dinero perdió en ese tiempo?

¿Cuál fue el último día que jugó?

¿Quién va a ser su colaborador?

### **ALCANCE ACTUAL DE SU PROBLEMA**

- La media de dinero que gasto en una semana en el juego es:

.....

- La frecuencia con que acudo semanalmente a jugar es:

.....

- El tiempo que dedico semanalmente a jugar es:

.....

## PROBLEMAS ACTUALES DERIVADOS DEL JUEGO

- A nivel personal

.....  
.....

- A nivel económico

.....  
.....

- A nivel laboral

.....  
.....

- A nivel familiar

.....  
.....

- A nivel social

.....  
.....

- Problemas con la justicia

.....  
.....

### REGISTRO DE PENSAMIENTO SIGNIFICATIVOS SOBRE EL JUEGO

Nombre: ..... Semana n°: .....

FECHA	HORA	LUGAR	¿QUÉ PIENSAS?	SITUACIÓN QUE LO PRODUJO	¿QUÉ HACES?

**REGISTRO DE PENSAMIENTO Y SENSACIONES DURANTE LA EXPOSICIÓN**

Nombre: ..... Semana n°: .....

FECHA	LUGAR	TIEMPO EMPLEADO	ANSIEDAD (0-10)		PENSAMIENTOS	SENSACIONES
			MÁXIMA	AL SALIR		

### REDACCIÓN DEL INVENTARIO DE PENSAMIENTOS SOBRE EL JUEGO APROPIADO PARA UN SUJETO NO NECESARIAMENTE JUGADOR

Usted va a contestar ahora un SÍ o un NO según esté o no de acuerdo con las formulaciones que se le plantean a continuación

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1) Pienso que conviene fijarse en los resultados del juego para sacar conclusiones de cómo apostar, cuándo y cuánto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Pienso que debe de haber un "sistema" para ganar en el juego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Pienso que se gana por que se es hábil y se hace bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Pienso que jugando el tiempo suficiente se recuperarán las pérdidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Pienso que ganan los más listos de los jugadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Pienso que, a la larga, jugando se gana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Pienso que no hay que pensar en las consecuencias negativas del juego, sólo en que puede tocar o se puede ganar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Pienso que si se pierde es debido a la mala suerte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pienso que se pierde porque no se está concentrado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Pienso que cuando se pierde y se ha estado cerca puede decirse que "casi se gana".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Pienso que es mejor ir con la "sensación" de que se va a ganar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Pienso que ganar es una cuestión más de suerte que de probabilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Pienso que conviene llevar la misma ropa con la que anteriormente se ganó, amuletos, juegos mentales con números, etc. ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Pienso que para sentirse bien jugando, puede ser bueno pensar en todo lo que uno puede comprarse o regalar a alguien, pues es así como uno se siente bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Pienso que robar para jugar no es delito pues se considera ese dinero como un préstamo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO IV  
Exposición resumida de las sesiones



## **ANEXO IV-I**

**Exposición resumida de las sesiones**

**Grupo Experimental**



<b>PRIMERA SESIÓN</b>	
<b>RECIBIMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recibimiento como consecuencia de una cita telefónica previa.</li> <li>- Acuden con una persona cercana a él, que actuará como coterapeuta, ejerciendo funciones de ayuda en los momentos difíciles y en tareas como:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control del dinero.</li> <li>• Elaboración de un programa de devolución de deudas.</li> <li>• Exposición a la máquina.</li> </ul> </li> </ul> <p>(El coterapeuta aconsejado sería algún familiar que conviviera con el paciente.)</p>
<b>INFORMACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información sobre el problema de juego que padecen algunas personas.</li> <li>- Datos de incidencia.</li> <li>- Posibilidad real de rehabilitarse.</li> <li>- Explicación, en líneas generales, en qué va a consistir el tratamiento.</li> <li>- Información de la necesidad de seguir todas las instrucciones.</li> </ul>
<b>EVALUACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS). (Validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994b).</li> <li>- Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1994a).</li> <li>- Entrevista estructurada.</li> <li>- Hoja registro del alcance actual de su problema.</li> <li>- Hoja registro de los problemas que el juego le ocasiona actualmente.</li> </ul>
<b>MOTIVACIÓN</b>	<p>Un jugador patológico de máquinas tragaperras, rehabilitado, intentará hacerle comprender que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es posible dejar de jugar y no sentirse mal por ello.</li> <li>- Está ante alguien que tuvo su mismo problema y que no juega desde hace cinco años.</li> <li>- Los intentos por dejar el juego, sin éxito hasta ahora, no deben mermar su confianza en este tratamiento.</li> <li>- Los momentos difíciles, una vez superados, ayudan a superar los próximos.</li> <li>- Tiene que dejar de mentir desde el primer momento.</li> <li>- Tiene que seguir estrictamente las indicaciones del terapeuta, aunque a veces no las comparta.</li> <li>- Las consecuencias positivas de la abstinencia superan enormemente a los esfuerzos realizados para conseguirla.</li> </ul>
<b>TAREAS</b>	<p>Control estimular.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control del dinero.</li> <li>- Alejamiento de los circuitos de riesgo.</li> <li>- Dejar a los amigos jugadores.</li> <li>- Anotar en una hoja sus pensamientos sobre el juego, sobre él como jugador y sobre sus deseos de jugar.</li> </ul>

<b>SEGUNDA SESIÓN</b>	
<b>REVISIÓN DE TAREAS Y REFORZAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar si se han llevado a cabo los controles tal y como se les indicó en la sesión anterior.</li> <li>- Confirmar por el coterapeuta lo dicho por el paciente.</li> <li>- Verificar si se ha realizado la transferencia de talonarios, tarjeta, etc. a otra persona.</li> <li>- Felicitarle por el éxito, de haberse dado, y animarle a seguir.</li> </ul>
<b>TERAPIA COGNITIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajar cognitivamente sobre alguna idea irracional de las detectadas en el Inventario de Pensamientos sobre el Juego.</li> <li>- Trabajar cognitivamente sobre alguna idea irracional de las detectadas en la hoja de autorregistro.</li> <li>- Reforzar las ideas racionales anotadas.</li> </ul>
<b>PLAN DE DEVOLUCIÓN DE DEUDAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrucción para llevar a cabo de manera correcta un plan razonable de devolución de préstamos y deudas.</li> <li>- Advertencia sobre los riesgos que podían derivarse de no declarar ahora todas las deudas contraídas por jugar.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIAS PARA SUPERAR LOS “DESEOS” DE JUGAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Advertencia de la posibilidad de sentir, a veces, fuertes deseos de jugar y de la necesidad de prepararse para hacerle frente.</li> <li>- Explicación de la estrategia para superar los momentos de “ansia” por el juego, (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).</li> <li>- Técnica para crear las propias imágenes, (Davis y col., 1985).</li> <li>- Técnica de detención del pensamiento, (Labrador, 1993).</li> <li>- Técnica de relajación completa, (Labrador, 1993).</li> </ul>
<b>TAREAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar con el control del dinero y el alejamiento de amigos jugadores.</li> <li>- Levantamiento de la prohibición de pasar por delante de los lugares en los que antes jugaba.</li> <li>- Establecer, junto con su colaborador, un plan de devolución de deudas.</li> <li>- Ensayar, como se le indica, la técnica de detención de un pensamiento.</li> <li>- Ensayar, como se le indica, la técnica de respiración.</li> <li>- Ensayar, varias veces al día, la técnica para la creación de las propias imágenes.</li> <li>- Complimentar los autorregistros.</li> <li>- Confeccionar la hoja de registro de actividades alternativas al juego y elección de las más apetecibles.</li> </ul>

<b>TERCERA SESIÓN</b>	
<b>REVISIÓN DE TAREAS Y REFORZAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar si se han llevado a cabo los controles tal y como se indicó en la sesión anterior.</li> <li>- Confirmar por el acompañante lo manifestado por el paciente.</li> <li>- Analizar junto con el paciente el plan de devolución de deudas.</li> <li>- Analizar junto con el paciente la lista de conductas alternativas al juego.</li> <li>- Acordar un plan semanal, flexible, de actividades que se comprometa a llevar a cabo.</li> <li>- Constatar que ensaya las técnicas aprendidas en la sesión anterior y atender las posibles dificultades encontradas a la hora de ponerlas en práctica.</li> <li>- Informarle de que su sacrificio y esfuerzo diario son imprescindibles para el éxito del tratamiento.</li> <li>- Felicitarle por lo conseguido e invitarle a seguir.</li> </ul>
<b>TERAPIA COGNITIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajar cognitivamente sobre alguna idea irracional de las detectadas en el Inventario de Pensamientos sobre el Juego..</li> <li>- Trabajar cognitivamente alguna idea irracional detectada en la hoja de autorregistro.</li> <li>- Revisar si se mantienen los cambios conseguidos en la sesión anterior mediante Reorganización Cognitiva.</li> <li>- Reforzar los pensamientos acertados y hacerle notar, si los hubiese, los avances respecto a la sesión anterior.</li> </ul>
<b>TÉCNICA PARA AFRONTAR LA PRESIÓN SOCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se le pedirá que prepare y que las ensaye en voz alta, una serie de frases.</li> <li>- Se le proporcionarán ejemplos.</li> </ul>
<b>EXPOSICIÓN GRADUAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicación de la teoría que subyace a los nuevos ejercicios que va a tener que realizar.</li> <li>- Explicación minuciosa de la manera de llevarla a cabo.</li> <li>- Demostración, por parte del paciente, de que ha comprendido bien las instrucciones.</li> </ul>
<b>TAREAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control del dinero, de amigos jugadores y circuitos de riesgo: como la semana anterior.</li> <li>- Llevar a cabo las sesiones de exposición a la máquina.</li> <li>- Anotar las sensaciones y los pensamientos que tuvo durante la exposición.</li> <li>- Anotar los pensamientos y sensaciones sobre el juego, como las semanas anteriores.</li> <li>- Ensayar, a diario, durante unos minutos, la técnica aprendida para afrontar la presión social.</li> <li>- Ensayar, igualmente, el resto de las técnicas aprendidas en la sesión anterior.</li> <li>- Poner en marcha el plan de devolución de deudas.</li> <li>- Llevar a cabo el plan flexible de actividades diarias.</li> </ul>

<b>CUARTA SESIÓN</b>	
<b>REVISIÓN DE TAREAS Y REFORZAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar si se han llevado a cabo los controles tal y como se indicó en la sesión anterior.</li> <li>- Confirmar por el acompañante lo manifestado por el paciente.</li> <li>- Comprobar que está cumpliendo el plan de devolución de deudas.</li> <li>- Analizar con el paciente lo anotado en el autorregistro tras la primera semana de exposición y comentar la experiencia.</li> <li>- Confirmar, preguntando a su acompañante, que ensaya las técnicas aprendidas.</li> <li>- Informarle de que el sacrificio y el esfuerzo diario son imprescindibles para el éxito del tratamiento.</li> <li>- Felicitarle por lo conseguido y premiarle por ello.</li> </ul>
<b>TERAPIA COGNITIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajar cognitivamente sobre alguna idea irracional de las detectadas en el Inventario de Pensamientos sobre el Juego.</li> <li>- Trabajar cognitivamente alguna idea irracional detectada en las hojas de autorregistro.</li> <li>- Revisar si se mantienen los cambios conseguidos hasta la sesión anterior mediante Reorganización Cognitiva.</li> <li>- Reforzar los pensamientos acertados y hacerle notar, si los hubiese, los avances respecto a la sesión anterior.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA PARA EVITAR EL AUTOENGAÑO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar sobre la probabilidad de la aparición de ciertos pensamientos que conviene prevenir o manejar adecuadamente.</li> <li>- Utilizar la lista de las consecuencias negativas derivadas de jugar y la de ventajas conseguidas desde que no juega.</li> <li>- Entregarle un formato para que haga una lista con los pensamientos, las sensaciones y las consecuencias producidas al volver a jugar otras veces cuando previamente había decidido, como ahora, no volver a hacerlo.</li> </ul>
<b>EXPOSICIÓN GRADUAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrucción para la realización correcta de esta segunda semana de exposición.</li> <li>- Advertir de la conveniencia de corregir los defectos incurridos en la primera semana de exposición.</li> </ul>
<b>TAREAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenuar gradualmente el control del dinero.</li> <li>- Llevar a cabo las sesiones de exposición a la máquina.</li> <li>- Complimentar el autorregistro tras la exposición.</li> <li>- Anotar los pensamientos sobre el juego, sobre los deseos de jugar, sobre el control del dinero y los que aparecen cuando trascurre por los circuitos de riesgo, así como la estrategia empleada para superar dificultades.</li> <li>- Continuar llevando a cabo el plan flexible de actividades diarias.</li> <li>- Confeccionar una lista de beneficios y ventajas percibidas desde que dejó de jugar.</li> <li>- Confeccionar una lista de las consecuencias negativas producidas, en otras ocasiones, por haber vuelto a jugar tras un periodo de abstinencia.</li> <li>- Seguir ensayando las distintas técnicas aprendidas.</li> </ul>

<b>QUINTA SESIÓN</b>	
<b>REVISIÓN DE TAREAS Y REFORZAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preguntar cómo ha reaccionado la primera semana que ha vuelto a llevar más dinero del estrictamente necesario.</li> <li>- Constatar que sigue evitando a las personas que juegan.</li> <li>- Analizar con el paciente lo anotado en el autorregistro tras la segunda semana de exposición y comentar la experiencia.</li> <li>- Analizar con el paciente las actividades alternativas al juego puestas en práctica.</li> <li>- Analizar con el paciente la lista de beneficios que ha conseguido durante la abstinencia y la de consecuencias negativas de anteriores recaídas.</li> <li>- Insistir en la necesidad del esfuerzo diario.</li> <li>- Reforzar su conducta con los cambios tanto internos como externos conseguidos tras la abstinencia.</li> <li>- Confirmar que ensaya las técnicas aprendidas.</li> </ul>
<b>TERAPIA COGNITIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajar cognitivamente sobre alguna idea irracional de las detectadas en el Inventario de Pensamientos sobre el Juego.</li> <li>- Trabajar cognitivamente sobre alguna idea irracional detectada en las hojas de registro.</li> <li>- Revisar si se mantienen los cambios conseguidos hasta la sesión anterior mediante Reorganización Cognitiva.</li> <li>- Reforzar los pensamientos acertados y hacerle notar, si los hubiese, los avances respecto a la sesión anterior.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR EL DECAIMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajar la Técnica de Resolución de Problemas (Labrador, 1995).</li> <li>- Cambiar la forma de considerar los problemas. (Labrador, 1993).</li> <li>- Aprender a especificar un problema (Mc Kay et. al., 1995).</li> <li>- Practicar alguna actividad agradable.</li> <li>- Localizar y manejar los “pensamientos automáticos” (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).</li> </ul>
<b>EXPOSICIÓN GRADUAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir para la realización correcta de esta tercera semana de exposición.</li> <li>- Tener en cuenta los defectos incurridos en las semanas anteriores para no caer en ellos.</li> </ul>
<b>TAREAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar atenuando el control del dinero.</li> <li>- Recuperación de talonarios de cheques y tarjetas de crédito.</li> <li>- Llevar a cabo las sesiones de exposición a la máquina.</li> <li>- Cumplimentar los autorregistros.</li> <li>- Poner en práctica, en caso necesario, la estrategia para afrontar el decaimiento.</li> <li>- Continuar poniendo en práctica el plan flexible de actividades.</li> <li>- Seguir ensayando las distintas técnicas aprendidas.</li> <li>- Ejercicios para la comprensión, funcionamiento y manejo de los “pensamientos automáticos”.</li> <li>- Escribir en el anverso y reverso de una tarjeta los beneficios de la abstinencia y las consecuencias negativas de volver a jugar.</li> </ul>

<b>SEXTA SESIÓN</b>	
<b>REVISIÓN DE TAREAS Y REFORZAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preguntar cómo acepta y responde al control del dinero en la actualidad.</li> <li>- Comprobar que se han cumplimentado los autorregistro y las tareas escritas.</li> <li>- Preguntar si ha considerado necesario o conveniente, en algún momento, la puesta en práctica de alguna de las estrategias aprendidas con anterioridad.</li> <li>- Felicitarle por su trabajo y animarle a seguir.</li> </ul>
<b>TERAPIA COGNITIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajar cognitivamente sobre alguna de las ideas irracionales detectadas en el Inventario de Pensamientos sobre el Juego.</li> <li>- Trabajar cognitivamente sobre alguna de las ideas irracionales detectadas en las hojas de registro.</li> <li>- Revisar si se mantienen los avances conseguidos hasta la sesión anterior mediante Reorganización Cognitiva.</li> <li>- Reforzar los pensamientos anotados y hacerle notar, si los hubiese, los avances respecto a la sesión anterior.</li> <li>- Examinar y trabajar cognitivamente, en caso necesario, la tarea sobre pensamientos automáticos.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO EN CASO DE EPISODIO AISLADO DE JUEGO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar la diferencia entre episodio aislado y recaída (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).</li> <li>- Estudiar, con el paciente, la estrategia de afrontamiento de un episodio de juego tras un periodo de abstinencia (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).</li> <li>- Entregar una hoja con la secuencia de pasos de la estrategia estudiada.</li> </ul>
<b>EXPOSICIÓN GRADUAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Llevar a cabo durante una semana más la exposición tal y como lo hizo la semana anterior pero sin cumplimentar ningún autorregistro.</li> </ul>
<b>PREVENCIÓN DE RECAÍDAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repasar y entregar una hoja con las ideas irracionales más propias de cada paciente junto a la idea racional correspondiente.</li> <li>- Leer y entregar una hoja de advertencias y consejos para evitar recaídas.</li> </ul>
<b>PLAN DE TRABAJO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminar totalmente el control del dinero.</li> <li>- Recomendar la exposición diaria a la máquina durante una semana más.</li> <li>- Recomendar la práctica de actividades alternativas al juego.</li> <li>- Advertir de la conveniencia de seguir evitando amigos jugadores.</li> <li>- Aconsejar poner en práctica las distintas estrategias aprendidas.</li> <li>- Recomendar la anotación de pensamientos significativos sobre el juego.</li> <li>- Aconsejar el establecimiento de recompensas por los éxitos conseguidos.</li> </ul>

## **ANEXO IV-II**

**Exposición resumida de la sesión de intervención**

**Grupo de Control**



<b>SESIÓN ÚNICA</b>	
<b>RECIBIMIENTO</b>	Actuar de igual forma a como se hizo con los pacientes del grupo experimental
<b>INFORMACIÓN</b>	
<b>EVALUACIÓN</b>	
<b>MOTIVACIÓN</b>	
<b>TAREAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control del dinero idéntico al que se hizo con los pacientes del grupo experimental en la primera sesión.</li> <li>- Atenuación progresiva y personal a partir de la cuarta semana.</li> <li>- Alejamiento de los circuitos de riesgo durante una semana.</li> <li>- Alejamiento permanente de amigos jugadores.</li> </ul>



## **ANEXO IV–III**

**Exposición resumida de las sesiones de evaluación**

**–Postratamiento y Seguidimientos–**



<b>EVALUACIÓN EN EL POSTRATAMIENTO Y EN LOS SEGUIMIENTOS</b>	
<b>MEDIDAS DE EVALUACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS) (Lesieur y Blume, 1987).</li><li>- Registro del alcance actual de su problema de juego en los aspectos de:<ul style="list-style-type: none"><li>• Gasto.</li><li>• Frecuencia.</li><li>• Tiempo empleado.</li></ul></li><li>- Registro de los problemas que el juego les ocasiona actualmente en los ámbitos:<ul style="list-style-type: none"><li>• Personal.</li><li>• Económico.</li><li>• Laboral.</li><li>• Familiar.</li><li>• Social.</li><li>• De la Justicia.</li></ul></li><li>- Inventario de Pensamientos sobre el juego (Echeburúa y Báez, 1994a)., adaptado para este momento.</li></ul>



## ANEXO V

### Desarrollo de las sesiones de tratamiento



## ANEXO V-I

**Desarrollo de las sesiones de tratamiento: Grupo experimental**



## DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

### PRIMERA SESIÓN

La intervención en esta sesión se realizó siguiendo la siguiente secuencia:

- **Motivación.**
- **Tareas.**

El objetivo de esta sesión es conseguir que el paciente salga convencido de que su problema tiene solución y lo suficientemente motivado hacia el cumplimiento responsable de las tareas asignadas.

#### Motivación:

Para conseguir ese doble objetivo se contó, solamente en la primera sesión, con la colaboración de un jugador de máquinas tragaperras ya rehabilitado, con cinco años de experiencia en la tarea de recibir en A.T.E.J. a jugadores, el primer día que acuden buscando ayuda. Este colaborador lleva participando también como tal durante cinco años en las sesiones de terapia de grupo que se llevan a cabo en la mencionada Asociación.

La idea de utilizar a un jugador rehabilitado y con experiencia en recibir pacientes surgió ante dos hechos que se repiten con insistencia. Por una parte, es frecuente oír, durante el periodo de tratamiento grupal que se ofrece en A.T.E.J., que fue durante ese primer contacto con la asociación, a través de la entrevista con el jugador rehabilitado, cuando vieron claro, por primera vez, que el problema de la ludopatía tenía solución, ya que tanto intento fallido por solucionarlo, bien en solitario o con ayuda, les había llevado al convencimiento de estar inmersos en un problema imposible de resolver. De otra parte, en el protocolo de alta terapéutica tienen que responder a la pregunta: “Qué dos circunstancias, personas, o grupo de personas, piensas que han tenido más influencia en tu rehabilitación”. Aquí se constata que una mayoría señala a la persona (jugador rehabilitado) que le recibió el día que acudió por primera vez a la Asociación.

El experimentador le dio al colaborador terapéutico las instrucciones precisas sobre su intervención con el paciente y se ensayaron durante un tiempo hasta comprobar que las había asimilado.

Se pretendía que incidiese sobre lo siguiente:

- Del juego se puede salir.
- Historia personal del colaborador como jugador patológico, como prueba de esa afirmación.
- Los intentos pasados para dejar el juego no tienen que mermar su confianza en el tratamiento. (La mayoría de los jugadores que acuden en busca de ayuda y se rehabilitan, también lo habían intentado sin éxito en otras ocasiones, como ellos).
- Los momentos difíciles, una vez superados, sirven para superar los siguientes.
- Las consecuencias positivas de la abstinencia superan enormemente a los esfuerzos realizados para conseguirla.

También se hizo que el paciente quedase informado por el colaborador de dos conductas que le ayudarían, como a él, a conseguir la abstinencia:

- Dejar de mentir.
- Seguir estrictamente las indicaciones del terapeuta.

El colaborador podía responder a las preguntas que le hiciese el jugador pero, únicamente, desde su experiencia personal y sólo con estímulos positivos.

El experimentador concluía haciendo hincapié sobre todo en lo siguiente:

- Hay mucha gente que tiene su problema.
- Las máquinas tragaperras son un gran negocio que financia el jugador.

Se le dijo que merecía la pena dejar de jugar y se le animó a intentarlo.

Posteriormente se le indicaron las tareas que debería hacer hasta la siguiente sesión.

Tareas para la semana:

- Control de estímulos.
  - Control del dinero.

Con el control del dinero se pretenden dos **objetivos**:

- Disminuir la probabilidad de que se juegue al comienzo del tratamiento.
- Reforzar la conducta abstinentes.

Para conseguir el primer objetivo se le ordenó transferir a la persona elegida como coterapeuta todos los talonarios, libretas y tarjetas de crédito; Se le autorizó a llevar consigo solamente el dinero necesario para el transporte, tabaco (en el caso de ser fumador) y el costo de un café en el trabajo o una consumición similar. Se hizo esta valoración con cada paciente y se le asignó una cantidad diaria. En este momento es frecuente tener que vencer la resistencia que opone el paciente a no poder disponer de dinero. Se le hará ver que desde el primer momento, cuando no lo necesite para jugar, el llevar o no llevar dinero no tendrá la importancia que ahora le asigna.

Se le dijo que al término de cada jornada tenía que justificar verbalmente a su colaborador todos los gastos y entregarle el dinero sobrante antes de recibir la cantidad asignada para el día siguiente.

El tener que dar cuenta a diario de los gastos realizados, empieza a abrir una puerta a la comunicación con la pareja o la familia más cercana (comunicación generalmente deteriorada en el jugador patológico). El hecho también de poder decir de nuevo la verdad, cada día, sobre cuales han sido todas sus actividades (algo que no ocurre generalmente cuando se juega) y la comprobación de que se puede vivir con los demás y con uno mismo sin tensión , sin necesidad de llevar más dinero del necesario, se piensa que pueden actuar como reforzadores de la conducta abstinentes del sujeto.

Se le dijo que si algún día tuviese previsto un gasto extra inevitable y no pudiera ser acompañado por el coterapeuta, este le adelantaría el dinero y, posteriormente, él justificaría el gasto con un ticket de compra.

o A.2. Alejamiento de los circuitos de riesgo

Con el objetivo de recordar menos el juego se le ordenó que evite pasar cerca de los lugares donde jugaba habitualmente.

Hay jugadores que en intentos anteriores de dejar el juego se “probaban” pasando por delante de los lugares donde habían jugado frecuentemente desconociendo el factor de riesgo de recaída que representa dicho lugar aunque no se entre en él, cuando el tiempo de abstinencia es insuficiente para poder afrontar esa situación. Por ello se hace necesario insistir en la importancia del cumplimiento de esta tarea.

Durante esta primera semana se les prohibió entrar a bares o a establecimientos donde hubiese máquinas tragaperras, con el objetivo de poder comprobar cómo respondieron esta semana sin acercarse a una máquina.

o Dejar amigos jugadores

Porque es muy difícil tener éxito si frecuenta amigos jugadores y con el objetivo de reducir en este momento el riesgo de una recaída se le ordenó que evitase estar con personas que jueguen.

Cuando se resistía se le hablaba así: “La medida puede resultar dura pero es usted quien desea abandonar el juego, y los hábitos adquiridos con esas personas contribuyen a mantener las conductas pasadas.”

Se les indicaba también que tendrían que evitar estar, en lugares donde se pueda jugar, con personas dispuestas a hacerlo.

- Anotar en una hoja los pensamientos sobre el juego, sobre él mismo como jugador y sobre sus deseos de jugar

El **objetivo** es detectar los posibles pensamientos irracionales relacionados con el juego, o con el dinero, para trabajar cognitivamente junto a él. También detectar, si los hubiese, pensamientos positivos, para utilizarlos como refuerzos.

Se le dijo que cuando se sorprendiera pensando en el juego o sobre algo relacionado con él se esforzase por recordarlo después, a la hora de apuntarlo en la hoja de autorregistro que se le proporcionó. Se le pidió que reflejase esos pensamientos con toda exactitud intentando transcribirlos con las autoverbalizaciones precisas que ellos le hubiesen generado.

Se cumplimentó delante de él una hoja con pensamientos hipotéticos para que comprendiese mejor lo que queríamos de él y se le pidió que hiciese las anotaciones:

- Al término de la jornada de mañana.
- Antes del comienzo de la jornada de tarde.
- Al final de la jornada de tarde o al llegar a casa.
- Antes de acostarse.

Se había pensado pedirle que hiciese las anotaciones cada dos horas para evitar en lo posible su olvido y conservar la exactitud del pensamiento, pero hubo que desestimarlos ante la imposibilidad que mostraron los sujetos del grupo experimental de llevarlo a cabo.

## **SEGUNDA SESIÓN**

La intervención en esta sesión se realizó siguiendo la siguiente secuencia:

- **Revisión de tareas y reforzamiento.**
- **Trabajo sobre los sesgos cognitivos detectados en el Inventario y sobre los pensamientos anotados por él.**
- **Preparación de un plan de devolución de deudas.**
- **Explicación de estrategias para superar los momentos de “ansia” o “deseo” por el juego y para disminuir la probabilidad de que aparezca.**
- **Tareas para la semana.**

### **– Revisión de tareas y reforzamiento**

- Se indagó, a través de las manifestaciones del paciente y del coterapeuta, si había seguido el control del dinero tal y como se le indicó; si se había hecho bien se le animaba a seguir haciéndolo.
- Se le preguntó sobre el grado de insatisfacción por el hecho de no poder disponer libremente de dinero, con el objetivo de comprobar su nivel de aceptación de esta tarea y en caso necesario, trabajar cognitivamente con el paciente.
- Se verificó si hizo el traspaso de talonarios, cartillas de ahorro y tarjetas de crédito a su colaborador.
- Se le pidió el autorregistro de sus pensamientos sobre el juego.
- Se le preguntó si había evitado, tanto estar con personas que jueguen a su juego problema como los circuitos de riesgo.
- En el caso de que hubiera llevado a cabo todas estas conductas con éxito, se le felicitó por ello y se le animó a seguir.

- Si no había cumplido alguna tarea se buscaba la causa. Si se apreciaba poco interés por parte del paciente en colaborar, se le volvían a hacer las consideraciones de la semana anterior, relativas a la necesidad de seguir las instrucciones recibidas si realmente deseaba resolver su problema y se le advertía que, si volvía a actuar con desinterés no se podría seguir trabajando con él.

– **Trabajo cognitivo sobre los pensamientos anotados**

- En el inventario

La información del paciente, recogida en el Inventario de Pensamientos sobre el Juego servía para detectar algunos factores de riesgo de recaída y los sesgos cognitivos que presentaba en relación con su conducta de juego y con su percepción del problema de jugar.

El análisis, también, del estilo atribucional y el “locus de control” respecto a su problema y a la posibilidad de superarlo, ayudaba también a detectar distorsiones perceptivas sobre las que actuar.

Con estos datos, en cada sesión, a partir de esta segunda, se trabajó, junto con el paciente, una o dos de las ideas irracionales detectadas, utilizando la técnica de Reorganización Cognitiva:

- Se le mostraba y se comprobaba que reconocía la idea irracional que se esconde tras el pensamiento o la autoafirmación que manifiesta cuando piensa en las máquinas tragaperras o está ante una de ellas.
- Se le enfrentaba la idea racional en cada caso, para desmontar la suya con argumentos racionales, hasta asegurar que se había logrado.

Como ilustración del procedimiento seguido, se explica cómo se trabajó el ítem 1 del Inventario de Pensamientos sobre el Juego con los jugadores que afirmaban que para sacar conclusiones de cómo, cuándo y cuánto apostar se fijaban mucho en los resultados del juego.

Primero se le mostraba la idea irracional que subyace tras este pensamiento: “Los premios aparecen de una manera cíclica” lo que equivale a creer que los premios

de la máquina están sometidos a un Programa de condicionamiento de razón fija. Con esta idea irracional, el jugador deduce que tiene mucha mayor probabilidad de obtener premio tras un periodo más o menos largo de ausencia del mismo y que la probabilidad de obtenerlo es nula cuando se juega inmediatamente después de haberlo dado la máquina.

No le cuesta mucho al jugador reconocer que la idea que se le ha expresado coincide con la suya.

A esta idea irracional se le enfrenta esta: “los premios que da una máquina se deben al azar” argumentando, y confirmándolo la experiencia del paciente como jugador, que a veces los premios se suceden con una frecuencia inexplicable desde su idea irracional, así como otras veces los intervalos entre los premios son tan amplios que hacen poco creíble la teoría de los ciclos.

Para terminar de desmontar su idea irracional se le argumentaba que :

- Si esto fuese así, él habría ganado mucho dinero puesto que esperaba siempre para jugar “el momento oportuno”.
- Habría jugadores profesionales de máquinas tragaperras puesto que sería muy sencillo aprender a ganar siempre.

En cada sesión, a partir de la tercera, se controlaba que los pensamientos trabajados en sesiones anteriores continuaban siendo racionales.

- En la hoja de autorregistro

Se analizaron, junto al paciente, los pensamientos anotados durante la semana en el autorregistro, sus posibles causas y las conductas adoptadas tras ellos. Se reforzaban los pensamientos racionales y se cambiaban los irracionales, cuando aparecían, mediante Reorganización Cognitiva.

#### – **Préstamos y devolución de deudas**

Se actúa con el objetivo de conseguir del paciente con deudas pendientes por el juego, que potencie su propia responsabilidad en la devolución de todo el dinero que debe, y que aprenda a controlarlo y administrarlo de forma adecuada.

Se le hacía reconocer al sujeto que el ludópata es una persona experta en conseguir dinero para jugar. Se le dijo que de nada serviría el control del dinero diario que estaba llevando a cabo junto a su acompañante sino estaba decidido a no hacer uso de sus estrategias para conseguir dinero prestado.

En los casos en los que el paciente tenía pendientes deudas económicas debidas al juego se le pidió establecer, junto a su colaborador, un plan razonable de devolución. Se le dijo que dicho plan debía potenciar su propia responsabilidad en la devolución de todo el dinero y para orientarle sobre la forma de llevarlo a cabo, se actuó como se explica a continuación:

Primero se les dijo: “Es fundamental que explique a los deudores que no le dejen más dinero porque tiene un problema con el juego. Exíjales que no le presten nada ,bajo ninguna excusa”

Posteriormente se le pidió que recordara todas las deudas contraídas. En este punto se le ayudaba a recordar. Generalmente, el ludópata no reconoce todos sus débitos, por varios motivos. Por una parte no quiere hacer mayor todavía la consecuencia económica de su adicción y piensa, como cuando jugaba, que de alguna manera conseguirá el dinero de la deuda no declarada y la liquidará sin necesidad de tenerla que declarar ahora. Por otra parte, piensa que el daño para su estima es proporcional al dinero que adeuda Esta creencia hace que tienda a minimizar la deuda contraída.

Se le advertía del peligro que representaba para su rehabilitación el hecho de tener que conseguir dinero, ahora que todos los caminos de acceso al mismo se estaban cerrando, y que seguramente pensaría en el juego como forma de conseguirlo.

Se le recordaba también el potencial reforzador que poseía el declarar toda la verdad y se le instaba de nuevo a recordar todas sus deudas.

Una vez conocida la suma total y las posibilidades económicas del paciente, se le orientó sobre la cantidad mensual que podía dedicar a su devolución, dejándole claro que tendría que ser él, junto con su colaborador, quien estableciese un plan asumible y respetado desde el principio.

Se le aconsejó que empezase la devolución por aquellas personas que más lo necesitaran o, si las hubiera, por las que perdieran suponer un peligro para él.

Se le instó a explicarles a sus deudores la causa de su demora y los plazos que él había establecido para la devolución de su deuda, ya a convencerles de que esos plazos estaban determinados por su realidad económica. Si no los convencía para que aceptasen dichos plazos se le aconsejaba pedirlo prestado a las personas más cercanas o bien, si reunía las condiciones necesarias, a una entidad de crédito.

Se le dejaba claro, de cualquier forma, que tenía que ser él quien se responsabilizase del pago de sus deudas.

– **Estrategias para superar los momentos de “deseo” de jugar.**

Se pretende proporcionar al paciente instrumentos suficientes para superar con éxito los impulsos hacia el juego que pueden experimentar tras los primeros días de abstinencia.

Se le advirtió de esta posibilidad y se le indicaron (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997) las dos acciones que debe poner inmediatamente en marcha:

- Pensar:
  - Lo que pasa por la cabeza no es una necesidad, es una apetencia, y las apetencias son rechazables.
  - No puedo tirar por la borda lo conseguido.
- Distraerse:
  - Con alguna actividad agradable, aunque sea un pensamiento.
  - Con alguna compañía agradable.

Para ayudarle en esta tarea se le entregó una hoja donde apuntar las actividades agradables que puede hacer en su tiempo libre, ahora que ha dejado el juego (anexo 1) y se le ayudó a buscar aquellas que podría poner en marcha inmediatamente si es que en algún momento experimentase un fuerte impulso a jugar.

En previsión de que no pudiera, en ese momento, realizar alguna actividad de las encontradas hasta entonces, se le explicó la “Técnica para crear las propias imágenes”

(Davis et al., 1985), se leyó junto a él la explicación escrita en una hoja que posteriormente se le entregó (anexo 2), hasta comprobar que el paciente había comprendido la técnica y, para asegurarse más, el experimentador la ensayó en voz alta ante el paciente.

Con el objetivo de reducir el riesgo de que los pensamientos obsesivos sobre el juego le lleven a jugar, se le explicó la “Técnica de detención del pensamiento”, (Labrador, 1.995.); Se leyó con él la hoja con la explicación de la técnica (Anexo 2), que se le entregó más tarde. El experimentador hizo un ensayo ante el paciente e instó a este a que hiciese lo mismo, para asegurarse de que la había comprendido.

Con el objetivo de evitar el riesgo de que intente reducir la ansiedad jugando, se le indicó que realizase un sencillo ejercicio de respiración, siguiendo los siguientes pasos:

- De cinco a siete segundos de inspiración.
- De cinco a siete segundos de mantenimiento del aire.
- De cinco a siete segundos de expiración

llevando el aire al estómago y soltándolo haciendo un pequeño silbido uniforme. Se le hizo ensayar hasta comprobar que lo realizaba correctamente.

Se le suministró una hoja (anexo 2) con la explicación de la “Técnica de respiración completa” (Labrador, 1995), se le hizo una demostración de cómo debía ejecutarla, indicándole que lo que estaba viendo era lo que iba a encontrar en la hoja, y se le instó a que la ensayase y la utilizase en lugar de la anterior una vez hubiera conseguido dominarla.

Se le dejó claro, al término de esta parte de la sesión, que los pensamientos racionales y el poner en marcha alguna actividad agradable eran los primeros pasos que tenía que dar en el caso de experimentar un fuerte deseo de jugar; que a la técnica para crear las propias imágenes debería recurrir cuando le fuese imposible realizar alguna de esas actividades. Se le advirtió que era posible que era posible que incluso realizando una de esas actividades, no fuese capaz de eliminar los pensamientos obsesivos sobre el juego o sobre el jugar y que, era en ese momento cuando tendría que utilizar la técnica de detención del pensamiento. Sobre el ejercicio de respiración se le indicó que previa o

simultáneamente con la aplicación del resto de las técnicas tendría que respirar correctamente y que, de esta manera, por una parte estaría facilitando los beneficios y la correcta realización de las otras técnicas y por otra parte, notaría que el solo hecho de respirar correctamente le produciría un descenso notable en la percepción de su ansiedad.

Se insistió en que pusiera en práctica las técnicas aprendidas para reducir la ansiedad provocada por otros sucesos de su vida cotidiana y que, independientemente de la ansiedad que sintiera, practicase los ejercicios de respiración varias veces al día.

#### – **Tareas para la semana**

Se le recordó previamente que de nada o de poco servirían las sesiones de terapia si él no estaba realmente decidido a cumplir todas las tareas encomendadas y a hacerlo con un espíritu positivo, incluso con entusiasmo, pensando los beneficios que para su vida iba a suponer el alejamiento definitivo del juego.

También se dejó claro que no se pretendía imponer la voluntad del experimentador y que él debería preguntar el por qué de cualquiera de las tareas cuando alguna de ellas le pareciese injustificada o inútil. En ese caso el experimentador justificaba su realización con argumentos que la hacían necesaria o muy conveniente, hasta convencerle.

Para esta semana se le encomendaron las siguientes tareas:

- Seguir haciendo el control del dinero y el alejamiento de los amigos jugadores como la semana anterior.
- Volver a pasar por los circuitos de riesgo (por los sitios donde antes jugaba) si era necesario para su vida habitual, pero sin entrar en ellos. Se le advirtió que ahora dispone de unas sencillas técnicas que poder emplear para reducir la ansiedad, en el caso de sentirla, al pasar por alguno de esos lugares.
- Informar a los acreedores del modo que se explicó durante la sesión y establecer, junto a su acompañante, un plan realista de devolución de deudas.
- Ensayar, como se le indicó, la técnica de detención del pensamiento.
- Ensayar, como se le indicó, la técnica para la creación de las propias imágenes.

- Ensayar, varias veces al día, la técnica de respiración.
- Apuntar en una hoja:
  - Los pensamientos, tanto agradables como desagradables, sobre el control del dinero.
  - Los pensamientos sobre el juego cuando transita por los lugares donde habitualmente jugaba.
  - Los pensamientos sobre el juego en general y sobre sí mismo en relación a su problema de juego, tal como lo hizo la semana anterior.
- Completar la hoja de registro de actividades alternativas al juego que se comenzó a confeccionar durante la sesión, dando prioridad a las más placenteras, de las que señalará, entre dos y cuatro, las que más quiera hacer de las que pueda realizar.

Se pensó que esta sesión, debido a la cantidad de ejercicios nuevos que tenían que aprender los pacientes, podría resultarle pesada y desmotivarles, pero se comprobó en el estudio piloto que el resultado contradecía nuestros temores al confesar los pacientes que esos ejercicios los habían sentido como agradables y que no les había cansado su ejecución..

### **TERCERA SESIÓN**

La intervención en esta sesión se realizó siguiendo la siguiente secuencia:

- **Revisión de tareas y reforzamiento.**
- **Trabajo sobre los sesgos cognitivos detectados en el Inventario y en el autorregistro.**
- **Técnica para el afrontamiento de la presión social..**
- **Exposición a la máquina, acompañado.**
- **Tareas para la semana.**

#### **– Revisión de tareas y reforzamiento**

- Se le pidió el autorregistro de sus pensamientos sobre el juego.
- Se volvió a comprobar por las manifestaciones del paciente y a confirmar por las del acompañante si había llevado a cabo el control del dinero de igual forma que la semana anterior. En caso afirmativo se le animó a seguir haciéndolo
- Se le pidió que valorase el grado de satisfacción con el que había llevado a cabo esta tarea la última semana..
- De igual forma, se constató que sigue evitando a las personas que jueguen.
- Se le preguntó si hubo de poner en práctica alguna técnica de las aprendidas la semana anterior al pasar por delante de algún lugar donde jugaba anteriormente.
- En caso afirmativo se preguntó cómo lo hizo y, cuando fue pertinente, se corrigieron los errores cometidos.
- Se analizó el plan de devolución de deudas. Se modificó en algunas ocasiones hasta hacerlo plausible en opinión del paciente y del colaborador.

- Se analizó con él la lista de conductas alternativas al juego y la viabilidad de las opciones elegidas para ponerlas en práctica. Se acordó un plan semanal, flexible, de actividades que se comprometía a llevar a cabo.

En este punto hubo que ayudar a un número significativo de pacientes a encontrar actividades incompatibles con el juego, puesto que no se les ocurría alguna de fácil realización. El experimentador no sabe si este vacío es debido a que durante el tiempo que estuvieron jugando, el juego ocupó todo el lugar de anteriores actividades hasta hacerlas olvidar, o bien, ocurrió que antes de comenzar a jugar ya existía ese vacío y el juego lo que hizo fue ocuparlo.

- Se le hizo repetir al paciente las técnicas aprendidas la semana anterior: se constataba si las ensayaba y utilizaba correctamente. Se atendieron las dificultades y se corrigieron los errores.
- Se les felicitó por lo conseguido hasta ahora, haciéndole ver lo importante que era el hecho de llevar tantos días sin jugar.
- Se le recordó que su sacrificio y esfuerzo diario es imprescindible para el éxito del tratamiento.

– **Trabajo cognitivo**

- Se trabajó, como la sesión anterior, sobre una o dos ideas irracionales de las detectadas en el Inventario de Pensamientos sobre el Juego mediante Reorganización Cognitiva.
- De la misma manera se trabajó sobre las ideas irracionales detectadas en la hoja de autorregistro relativas, tanto al juego en sí y a él mismo en relación con su problema de juego como las generadas al pensar en el control del dinero y al pasar por los lugares donde habitualmente jugaba.

Como, en general, a los pacientes les resulta mucho más fácil anotar conductas que pensamientos o las posibles causas de estos, en su deseo de colaborar, el experimentador se encontró con que las conductas (que se suponen contingentes a los pensamientos) abundaban en el autorregistro. Los pensamientos eran escasos y sus posibles causas prácticamente nulas independientemente del nivel de estudios del paciente. Cada día, desde la segunda sesión, se dedicaron unos minutos a corregir esta tendencia, explicándole al paciente que, para poder ayudarlo, tan necesarias resultaban las conductas como los pensamientos que las generaron y las posibles causas que provocaron tales pensamientos.

- Se volvió a las ideas trabajadas la sesión anterior para comprobar lo avanzado. Se reforzaron los pensamientos acertados y se les hizo ver los cambios respecto a la sesión anterior.

#### – **Técnica para el afrontamiento de la presión social**

En multitud de ocasiones, un jugador en periodo de rehabilitación o posteriormente, se verá sometido a una presión social tal que, de no estar preparado, podría llevarle de nuevo al juego.

El objetivo ahora es enseñarle a afrontar adecuadamente este tipo de situaciones.

Se le pidió que preparase una serie de frases, en función de su propio estilo de lenguaje y que, siendo creíbles, pueda utilizarlas de forma automática cuando se encuentre en una situación comprometida. Se le pidió que las trajese anotadas en una hoja al efecto (anexo 1), las ensayase en casa en voz alta y, algunas veces, delante de un espejo.

Se le proporcionaron los siguientes ejemplos que le sirvieran para preparar sus frases:

- “Déjate de tonterías. Jugar es perder”.
- “El tiempo es precioso. No lo pierdas jugando”.

- “Me fastidia tirar el dinero. Prefiero invitarte a algo”.

– **Exposición a la máquina, acompañado**

El objetivo de la exposición en vivo es conseguir que el paciente aprenda a resistir el deseo de jugar ante una situación evidente de riesgo.

Se le dijo que todos los días tendría que entrar con su colaborador en un bar o local de juego donde jugaba habitualmente.

Se le explicó la teoría que subyace a este procedimiento y lo beneficioso que puede resultarle, con el fin de vencer el temor que muchos pacientes expresaban ante tal propuesta.

Se le indicó así la forma de hacerlo:

1°. Elija un local de entre los que habitualmente jugaba.

2°. Entre al local sin dinero junto a su colaborador.

3°. Acérquese a la máquina acompañado de su colaborador, busque un sitio cómodo ante ella, mírela y concéntrese en todas las sensaciones que sienta su cuerpo (lo que siente, lo que piensa, las ganas de jugar, etc.)

4°. Recuerde las veces que ha jugado en esa misma máquina y las sensaciones que experimentaba entonces.

5°. No hable con su colaborador. Sólo concéntrese en lo que está viendo y sintiendo.

6°. Esté un mínimo de 15 a 20 minutos ante la máquina cada día (.Si solamente le decimos que esté hasta que se encuentre tranquilo, corremos el riesgo de que a los pocos minutos, debido a la presencia del colaborador, a la influencia del tratamiento o a otros factores aún no haya experimentado ansiedad ni deseos de jugar y se vaya.)

7°. Si siente ansiedad, realice el ejercicio de respiración aprendido.

8°. Recuerde cómo se sentía inmediatamente después de haber jugado, las consecuencias de su conducta de jugar y compárelas con las ventajas de su actual conducta de abstinencia.

9°. No salga hasta que esté tranquilo y sin ganas de jugar; Establezca una escala subjetiva de ansiedad de 0 a 10 y no salga nunca con un nivel de ansiedad superior a 3.

10°. Nada más salir, o en el mismo lugar si ofrece comodidad, rellene la hoja de registro que se le proporciona, procurando no olvidar ninguna sensación ni pensamiento que haya experimentado durante la exposición.

Seguidamente se le entregó una hoja detallando toda la secuencia anterior (anexo 2) para que la memorizase antes de la primera exposición; Se le explicó al acompañante que su papel de esta semana, durante el tiempo que permaneciesen en el lugar elegido por el paciente para hacer la exposición, consistiría únicamente en acompañarle y recordarle que debía cumplir todos los puntos para que la exposición sea efectiva.

Por último, se le hizo ensayar ante el experimentador, situándose el paciente ante una máquina imaginada por él, hasta comprobar que lo había comprendido y se le entregó la hoja que tendría que cumplimentar cada día después de la exposición (anexo 3).

#### **– Tareas para la semana**

Antes de indicarle o recordarle las tareas para la semana, se hacía un repaso de las deficiencias observadas en las tareas realizadas la semana anterior y se le instaba a corregirlas ahora.

Para esta semana se le indicaron las siguientes tareas:

- Control del dinero, amigos jugadores y circuitos de riesgo, como la semana anterior.
- Hacer la exposición tal como se le explicó.
- Cumplimentar a diario la hoja al efecto tras la exposición.

- Anotar los pensamientos y sensaciones sobre el juego, como las semanas anteriores.
- Ensayar, igualmente, el resto de las técnicas aprendidas en la sesión anterior.
- Poner en marcha el plan de devolución de deudas.
- Llevar a cabo el plan flexible de actividades diarias.

Se le despedía felicitándole por lo conseguido y animándole a seguir esforzándose.

## **CUARTA SESIÓN**

La intervención en esta sesión se realizó siguiendo la siguiente secuencia:

- **Revisión de tareas y reforzamiento.**
- **Trabajo cognitivo sobre pensamientos fuera y durante la exposición.**
- **Estrategia para no autoengañarse con pensamientos erróneos sobre los efectos negativos del juego.**
- **Exposición gradual.**
- **Tareas para la semana.**

### **– Revisión de tareas y reforzamiento**

- Se le pidió el autorregistro de sus pensamientos sobre el juego.
- Se indagó, de la misma forma que en las dos sesiones anteriores, si hacía de manera correcta el control del dinero y con qué grado de satisfacción llevaba esta tarea a cabo.

La experiencia clínica le ha enseñado al experimentador que es a este control al que el paciente ofrece una mayor resistencia. Son bastantes los casos de abandono de tratamiento por la negativa del jugador a someterse a este control. El jugador patológico necesita llevar dinero en el bolsillo para no sentirse vacío y desamparado. Algunos reconocen que sin una cantidad considerable de dinero en el bolsillo no salían a la calle. De hecho, la mayoría intenta evitar este control argumentando que ahora que han decidido abandonar su adicción no importa el dinero que lleven consigo puesto que es firme su decisión de no volver a jugar. En estos casos el experimentador les explica la necesidad y la importancia de llevar a cabo esta orden; se les hace ver que la mayoría de las personas llevan, normalmente, poco dinero y trata su idea como una idea irracional más.

Se piensa que una manera de establecer un pronóstico previo sobre la implicación del paciente en el tratamiento y, por extensión, del resultado del mismo es

preguntar al paciente cómo vive él la experiencia de no llevar dinero consigo y si superó o no la resistencia que opuso cuando supo de la exigencia de dicho control.

- Se controló que sigue evitando a las personas que juegan.
- Se le preguntó cómo llevaba a cabo el plan de devolución de deudas.
- Se insistió en la conveniencia de llevar a cabo el plan semanal de conductas alternativas al juego, acordado en la anterior sesión y se le preguntó sobre su realización.
- Se comprobó si la exposición a la máquina se hizo de manera correcta, pidiéndoles, tanto al paciente como al acompañante, que explicasen secuencialmente la manera en que se llevó a cabo. Se les felicitó cuando, tras hacer correctamente la exposición, lograron disminuir significativamente su nivel de ansiedad.
- Se leyó junto al paciente la hoja de registro cumplimentada por él tras la exposición. Siempre hubo necesidad de volver a explicarles que lo que pretendemos que refleje en ella son el mayor número posible de pensamientos y sensaciones vividos durante la exposición, puesto que muchas hojas registraban frases que nada tenían que ver con lo que se les había pedido.
- (Esto es esperable de personas sin los suficientes conocimientos para saber distinguir entre pensamiento, sentimiento y sensación)
- Se le pidió que ensayase ante nosotros, tal y como lo hizo durante la semana, la técnica aprendida para afrontar la presión social. En todos los casos se comprobó si las frases del paciente tenían la fuerza y la contundencia suficiente para evitar la insistencia de quien pretendía hacer jugar al paciente. Se corregían, en su caso, las que se consideraban poco eficaces y se trabajaba el tono de voz hasta conseguir que fuesen expresadas con un grado alto de firmeza.

- Se le pidió confirmación sobre si ensayaba también las técnicas aprendidas en la segunda sesión. En algunos casos hubo que aclarar las dudas manifestadas o corregir alguna mala interpretación de las técnicas, por parte del paciente.

– **Trabajo cognitivo**

- Se volvió a trabajar, como en las sesiones anteriores, mediante Reorganización Cognitiva, sobre una o dos ideas irracionales de las detectadas cuando el paciente cumplimentó el Inventario de Pensamientos sobre el Juego.
- También, y empleando la misma técnica, se intentó corregir las ideas irracionales detectadas detrás de los pensamientos expresados en las hojas de autorregistro que diariamente cumplimentaba, tanto después de la exposición como fuera de ella.
- Lo mismo se hizo tras preguntarle por sus pensamientos y sensaciones al pasar por los lugares donde antes jugaba habitualmente.
- Se volvió sobre los pensamientos e ideas trabajadas las sesiones anteriores para comprobar lo avanzado. Se reforzaron los pensamientos acertados y se le hizo ver los cambios respecto a la sesión anterior.

– **Estrategia para no autoengañarse con pensamientos erróneos sobre los efectos negativos del juego**

Los jugadores llaman “flash” a esos momentos en los cuales les asalta con mucha fuerza la idea de jugar estando en periodo de rehabilitación. Lo cuentan como una vivencia negativa; en ese momento, el riesgo de recaída aumenta considerablemente.

También, con el paso del tiempo sin haber vuelto a jugar, suelen confiarse y, ante la idea de jugar, generar pensamientos del tipo: “puedo jugar una vez y no volver a

hacerlo más”, “si juego ahora voy a sentirme mejor puesto que voy a tranquilizarme”, etc.

- Con el objetivo de prepararlo para estos momentos, primero se le advirtió de ellos. Se le hizo ver que son autoengaños, puesto que si juega:
  - Va a sentirse muy mal, contrariamente a lo que había pensado.
  - Posiblemente su ansiedad disminuirá, pero, inmediatamente después, se sentirá mucho peor.
  - Muy posiblemente vuelva a hacerlo más veces hasta retornar a frecuencias de juego como las que le llevaron a buscar tratamiento.
- Para reforzar en esos momentos la abstinencia, se le hizo leer la lista de consecuencias negativas que el juego le había acarreado en las diferentes áreas de su vida y que había manifestado en la primera sesión. Al mismo tiempo, se le pedía que expresase los beneficios y las ventajas que ha conseguido desde que ha dejado de jugar. Tras comparar unas y otras, se le pedía que pensase si merecía la pena volver a jugar. Se le pidió que apuntase en una hoja al efecto (anexo 1) las ventajas expresadas y que las llevase escritas a la siguiente sesión.
- Se le dio un formato para que anotase, a lo largo de la semana, los pensamientos, las sensaciones y las consecuencias producidas al volver a jugar en otras ocasiones (anexo 1), en las que previamente había decidido no volver a hacerlo y se le hizo ver que si ahora jugase de nuevo, se repetirían aumentadas.

#### – **Exposición a la máquina**

- Se le indicó que la exposición a la máquina debería hacerla exactamente igual que la semana anterior pero que en esta ocasión debería entrar al local solo. Que no llevaría más dinero del que cueste una consumición y que su acompañante se quedaría fuera del local, pero a la vista, por si hubiese algún problema.

- Se le recordó la necesidad de que se concentrase en lo siente su cuerpo, en sus pensamientos, en sus deseos de jugar y en los recuerdos de las sensaciones experimentaba cuando jugaba en esa misma máquina.
- Se le instó a que corrigiera los defectos en la exposición deducidos en la revisión de las tareas, tanto por la explicación de la forma en llevarla a cabo como por la lectura de los autorregistros tras la exposición.
- Tras esto, se le animó a seguir.

– **Tareas para la semana**

- Con el objetivo de comprobar si el jugador era capaz de manejar correctamente una cantidad de dinero que le permitiese jugar, pero sin arriesgarnos a que gastase en exceso, se le dijo al acompañante que esa semana le diese el primer día el dinero correspondiente a toda la semana. Advertimos al jugador que debería justificar diariamente los gastos de forma verbal y mostrar el dinero sobrante al acompañante. A este le dijimos que anotase el gasto diario del jugador y nos lo mostrase la próxima sesión.
- Hacer la exposición tal como se le indicó.
- Cumplimentar, a diario, la hoja al efecto tras la exposición.
- Anotar los pensamientos sobre el juego, sobre los deseos de jugar, durante su paso por los lugares donde antes jugaba, y las estrategias empleadas para superar dificultades.
- Continuar realizando el plan flexible de actividades incompatibles con el juego.
- Poner en práctica, en su caso, el plan de devolución de deudas.

- Confeccionar una lista con los beneficios y las ventajas percibidas desde que dejó de jugar.
- Confeccionar una lista, con las consecuencias negativas producidas en otras ocasiones, por haber vuelto a jugar tras un periodo de abstinencia.
- Seguir ensayando las distintas técnicas aprendidas tras recordarle cuáles eran estas.

## **QUINTA SESIÓN**

La intervención en esta sesión se realizó siguiendo la siguiente secuencia:

- **Revisión de tareas y reforzamiento.**
- **Trabajo cognitivo sobre pensamientos fuera y durante la exposición.**
- **Prepararle para saber afrontar los momentos de decaimiento.**
- **Exposición gradual.**
- **Tareas para la semana.**

### **– Revisión de tareas y reforzamiento**

- Se le pidió el autorregistro de sus pensamientos sobre el juego.
- Se comprobó si el jugador había repartido el dinero permitido, a lo largo de la semana. Se le felicitó en los casos afirmativos.

Se pidió al coterapeuta que nos indicase la pauta de gasto con el fin de saber si se había acumulado mucho en el primer o último tramo de la semana y hacerle comprender, en alguno de estos casos, que lo que se espera de él, cuando se le retire totalmente el control del dinero, es que gaste solamente en función de sus necesidades y no en función del dinero que disponga.

- Se le preguntó si sigue evitando a las personas que juegan y se le advirtió del riesgo que asumiría en caso de no hacerlo.
- Se preguntó, si lo tenía que haber llevado a cabo durante esa semana, por la puesta en práctica del plan de devolución de deudas. Con el objetivo de reforzarle su conducta abstinerente se le hizo notar la diferencia entre pedir más dinero – que sería lo más probable que hubiese ocurrido si no hubiese dejado de jugar – y haber podido ahorrar la cantidad devuelta.

- Se le pidió la hoja de registro de la segunda semana de exposición ante la máquina. Se le preguntó sobre los distintos aspectos a tener en cuenta para llevarla a cabo correctamente y se le hizo saber, en su caso, las deficiencias observadas tras su comentario. Se le felicitó en el caso de que, haciendo adecuadamente la exposición, hubiese conseguido disminuir significativamente su nivel de ansiedad.
- Se le preguntó, y se analizaron junto con él, por las actividades alternativas al juego puestas en práctica. Cuando se veía conveniente, se intentaba cambiar alguna actividad por otra más gratificante para el paciente y con igual posibilidad de llevarla a cabo.
- Se comentó con el paciente la lista de ventajas que, según él, había conseguido durante la abstinencia del juego. Se le ayudó a buscar otras, haciéndole ver que en todas las áreas de su vida donde el juego había actuado negativamente podía ahora, pro llevar a cabo la conducta de no jugar, encontrar algún beneficio.
- Se le hizo ver, de la misma manera, cómo sería su vida otra vez, si volviese a jugar ahora, a la vista de las consecuencias negativas que él había escrito, referidas a cuando anteriormente volvía a jugar tras un periodo de abstinencia.
- Se le hizo comprender lo importante que era el hecho de no haber jugado durante un mes consecutivo. Se le felicitó por ello y se reforzó su conducta con los cambios, tanto externos como internos, producidos y reconocidos pro el jugador.
- Se utilizó este momento, para recordarle lo necesario que era el esfuerzo diario para el éxito del tratamiento.
- Se comprobó que ensayaba, con la pauta indicada, las distintas técnicas aprendidas en anteriores sesiones.

– **Trabajo cognitivo**

- Se volvió a trabajar, de la misma forma que en las sesiones anteriores, sobre una o dos ideas irracionales de las detectadas en el Inventario de Pensamientos sobre el Juego. Se comprobó si mantenía pensamientos racionales con relación a los items trabajados en sesiones anteriores.
- Se trabajó, de igual manera, con las ideas irracionales detectadas tras algunos de los pensamientos anotados en la hoja de autorregistro de cumplimentación diaria, tanto tras la exposición como a lo largo del día.
- Se volvió a las ideas trabajadas en sesiones anteriores par comprobar lo avanzado. Se reforzaron los pensamientos acertados y se le hizo ver cambios respecto a la sesión anterior.

– **Estrategias para afrontar el decaimiento**

- Con el objetivo de evitar que ante un estado de decaimiento el paciente piense que es debido al tiempo que lleva sin jugar, se le enseñó una sencilla técnica que le sirviera para aprender a especificar su problema.
  - Primero se le hizo ver que todas las personas, jugadores o no, pasan por momentos buenos y malos.
  - Se le llevó a reconocer que es normal que en la vida, frecuentemente, se nos presenten problemas.
  - Se le indicó, y se le hizo ver, que lo problemático, más que la situación, es la falta de respuestas eficaces.
  - Posteriormente se le enseñaron los dos primeros pasos de la “Técnica de resolución de problemas” para que aprenda a localizar el suyo.
  - Se le proporcionaron las hojas (Matthew McKay, 1981), con las distintas áreas para que busque en ellas qué aspectos de su vida resultan problemáticos en ese momento y ayudarle así a especificar su problema actual (anexo 2).

De esta manera se pretendía conseguir, que el paciente aprenda a distinguir cuándo tiene que enfrentarse a un problema relacionado con el juego, y cuándo su problema es otro.

- Se le hizo ver, que cuando un jugador pasa por uno de esos malos momentos tiene mayor riesgo de recaída, y que es necesario superarlos lo antes posible para evitar así ese riesgo.
- Que, por otra parte, para afrontar el problema detectado, es necesario hacerlo con el ánimo adecuado.

Para conseguir ese estado, y así poder dar una respuesta racional a su problema, se le indicó:

- Practicar alguna actividad agradable, hablar con otras personas o poner en práctica alguna de las actividades alternativas al juego propuestas en sesiones anteriores.
- Que lo que causa tristeza no son los sucesos sino nuestros pensamientos sobre los sucesos.

Se le explicó, mediante un ejemplo, cómo los “pensamientos automáticos” desarrollados ante ciertos sucesos, son los responsables de nuestro estado de ánimo. Se le indicaron vías para cambiar los pensamientos automáticos, una vez detectados, por pensamientos racionales (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997), que le ayudasen a encontrar las respuestas eficaces necesarias para superar su problema.

Se le proporcionó una hoja preparada para que apunte, tras un suceso activador que se le propone, los pensamientos automáticos, las disputas y la respuesta racional a cada uno (anexo 2).

– **Exposición a la máquina.**

- Se le indicó que la exposición a la máquina debería hacerla exactamente igual que las semanas anteriores. Que debería entrar solo y que su acompañante debería quedarse en casa. Que entraría al bar con mil o dos mil pesetas y que si se encontraba en peligro de jugar llamaría por teléfono a su colaborador.
- Se le insistió sobre la necesidad de concentrarse en sus sensaciones, en sus pensamientos, en sus deseos de jugar y en los recuerdos de las sensaciones experimentadas cuando jugaba en esa misma máquina.

- Se le recordó que no debería abandonar la exposición hasta que hubiesen pasado entre 15 y 20 minutos y su nivel de ansiedad, en la escala subjetiva de 1 a 10 fuese igual o menor de 3.
- Por último, se le animó a seguir.

– **Tareas para la semana**

- En el caso de que el paciente hubiese acumulado la mayor parte del gasto al principio o al final de la semana y con el objetivo de darle la oportunidad de corregir la pauta de gasto del dinero semanal asignado, y poder reforzarle esa conducta, se le volvió a ordenar que el primer día recibiese el dinero de toda la semana, pero, que, esta vez, tratase de repartir su gasto a lo largo de toda la semana como lo hacía cuando recibía la asignación a diario.
- Recuperar su talonario de cheques, sus tarjetas de crédito y volver a tener las cuentas bancarias a su nombre, con la orden expresa de que solamente podía hacer uso del dinero semanal asignado y entregado por el coterapeuta.
- Llevar a cabo las sesiones de exposición de la forma descrita, cumplimentando, inmediatamente después, la hoja al efecto.
- Anotar, en las hojas de autorregistro, los pensamientos sobre el juego, sobre los deseos de jugar, sobre el control del dinero y los circuitos de riesgo, así como las estrategias empleadas – de las aprendidas durante el tratamiento - para superar las eventuales dificultades.
- Poner en práctica, en caso necesario, la estrategia aprendida para superar los estados de decaimiento y para identificar un problema.
- Imaginarse un hecho no deseable, anotar algunos pensamientos automáticos susceptibles de generar un estado de ánimo negativo, las disputas a estos pensamientos y la respuesta racional a cada uno de ellos. Se le proporcionó una hoja preparada para estos apuntes.

- Seguir ejecutando las conductas reforzantes alternativas al juego.
- Seguir ensayando las distintas técnicas aprendidas.
- Con el objetivo de ayudarle a no olvidar, con el paso del tiempo, la importancia de la decisión que había tomado de no volver a jugar, se le mandó copiar, a tamaño tarjeta, las listas de beneficios de no jugar, y de consecuencias por haber vuelto a jugar tras otros periodos de abstinencia; cada lista por una cara, plastificarla y llevarla en la cartera.

## **SEXTA SESIÓN**

La intervención, en esta sesión, se realizó siguiendo la siguiente secuencia:

- **1. Revisión de tareas y reforzamiento.**
- **2. Trabajo cognitivo sobre pensamientos fuera y durante la exposición.**
- **3. Estrategias de afrontamiento recomendadas en caso de un episodio de juego después de un periodo de abstinencia.**
- **Diferencia entre caída y recaída.**
- **Exposición gradual.**
- **6. Prevención de recaídas.**

### **– Revisión de tareas y reforzamiento.**

- Se le pidió el autorregistro de sus pensamientos sobre el juego.
- Se le preguntó si, ahora que no juega al menos cinco semanas consecutivas, entiende mejor lo relativo que es llevar más o menos dinero en el bolsillo. Se le animaba en caso afirmativo.
- Se le preguntó si había sido capaz de repartir bien el dinero a lo largo de la semana, comprobando sus afirmaciones con los datos aportados por su colaborador.
- Se le preguntó que si por el hecho de llevar más dinero había sentido más deseos de jugar.
- Se le preguntó si había tenido necesidad de evitar a alguna persona jugadora, o de poner en práctica alguna de las estrategias o técnicas aprendidas a lo largo del tratamiento. En caso de éxito, se le felicitó.
- Se le pidió las hojas de registro de la tercera semana de exposición. Se comentó la experiencia superficialmente y se le felicitó cuando lo

había realizado correctamente, motivado, y si había conseguido reducir significativamente su nivel de ansiedad, durante la exposición.

- Se le pidió la hoja con los ejercicios sobre los pensamientos automáticos.

– **Trabajo cognitivo**

- Se volvió a trabajar, de la misma forma que en las sesiones anteriores, sobre alguna idea irracional de las detectadas en el Inventario de Pensamientos sobre el Juego, en el caso de que aún no se hubiesen trabajado ya todas. En cualquier caso se volvió a las ideas sobre las que el paciente mostró más resistencia al cambio para comprobar que se mantenían los pensamientos racionales.
- Se trabajó de nuevo, y de igual forma que en las sesiones anteriores, sobre las ideas irracionales detectadas tras alguno de los pensamientos anotados en la hoja de registro de cumplimentación diaria fuera de la exposición.
- A estas alturas del tratamiento era esperable un descenso significativo del número de dichas respuestas. Cuando esto era así, se le hacía notar y se le felicitaba por ello.
- Se trabajó de igual forma con los pensamientos anotados tras la exposición en caso necesario.
- Se examinó, junto al jugador, la tarea sobre la detección y el cambio de pensamientos automáticos. En caso necesario, se trabajó cognitivamente.

– **Estrategia de afrontamiento en caso de un episodio de juego tras un periodo de abstinencia**

- Se le explicó (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997) la diferencia entre caída o episodio aislado de juego y recaída.

- Se le explicaron los pasos a seguir tras un episodio aislado de juego tras un periodo de abstinencia. Se confeccionó una hoja (anexo 2) que se leyó junto al paciente, se analizó el significado de cada punto y la manera de llevarla a cabo. Dicha hoja se le entregó al paciente con el consejo de tenerla cerca y leerla esporádicamente para evitar la desorientación o la conducta equivocada en caso de caída.

– **Exposición gradual**

- Se le ordenó que durante una semana, a diario, siguiera haciendo las tareas de exposición; que recordase, antes de entrar al bar, que ahora tenía el dinero que él hubiese decidido libremente llevar, pero que ese hecho no tendría que cambiar su firme decisión de no volver a jugar.
- Se le dijo que ahora ya no tenía que escribir los pensamientos y las sensaciones experimentados durante la exposición, pero que verbalizarlos es reforzante; Por ello se le recomendó que los comentase con su acompañante y que buscase él la ocasión para hacerlo.

– **Prevención de recaídas**

Concluida la intervención terapéutica inicial, preparar al paciente para afrontar situaciones críticas y para abordar la vida cotidiana de una forma distinta, pueden reducir significativamente el número de recaídas en los primeros meses de seguimiento, que constituyen el momento crítico (Echeburúa, Corral y Amor, 2005; Marlatt y Donovan, 2005; Hodgins et. al., 2007).

Las ideas irracionales, la falta de estrategias de afrontamiento ante determinadas circunstancias externas o estados internos y la vulnerabilidad de jugador ante la máquina tragaperras, pudieran ser las responsables, en gran medida, de la conducta de mantenimiento en el juego por parte del jugador. Sin una actuación adecuada dirigida a cambiar ese estado de cosas, no es de extrañar que se fracase cada vez que se intente dejar de jugar.

Con el tratamiento, se intentó cambiar los pensamientos irracionales por racionales, se le proporcionaron estrategias de afrontamiento ante determinadas situaciones de riesgo de recaídas, y se le enseñaron técnicas que pudieran ayudarle a mejorar su estado interior. Con los pacientes que a esta altura del tratamiento mantienen su conducta de abstinencia, se trató de conseguir que, con el paso del tiempo, mantuviesen frescos en su memoria los pensamientos racionales alcanzados, y que interiorizaran e hicieran suyas, tanto las técnicas como las estrategias aprendidas, con el objetivo de que, pensando y actuando de la manera que ahora lo hacen, sepan en cualquier momento afrontar una situación de riesgo y, como consecuencia, no vuelvan a recaer en el juego.

Para ello se obró de la siguiente forma:

Los pensamientos irracionales detectados durante la evaluación y a lo largo del tratamiento, aunque no fuesen únicamente relativos al juego pero que sí podían influir en que el paciente jugase, se anotaron en una hoja (anexo 2). Al lado de cada uno se anotó el pensamiento racional conseguido tras el trabajo cognitivo y se le entregó al paciente.

También se confeccionó y se les entregó, después de leérsela muy despacio y comprobar que lo entendían, una hoja (anexo 2) con la instrucción de tenerla a mano y leerla periódicamente, que incluye una serie de advertencias y consejos para prevenir recaídas.

Se le dijo que debería leer con una frecuencia de mayor a menor, a medida que pase el tiempo, la hoja que acaba de recibir, concentrándose en su significación y, en el caso de pensamientos racionales sobre el juego, reforzándolos con su propia experiencia, y que eso le ayudaría a encontrar el recurso adecuado ante una situación que pudiera poner en peligro su abstinencia de juego.

#### – Plan de trabajo

- Se le dijo al acompañante que, desde ese momento, eliminase totalmente el control del dinero. Se agradeció su colaboración.

- Se le recomendó llevar a cabo, durante una semana más, la exposición diaria a la máquina de la forma descrita.
- Se le aconsejó practicar las actividades alternativas al juego que más le reforzasen, hasta hacerlas parte de su quehacer habitual. Se le indicó que, de hacerlo así, encontraría nuevas actividades tan satisfactorias como las actuales.
- Se le advirtió del peligro al que se expondría si frecuentaba amigos jugadores. Se le instó a que los evitase.
- Se le aconsejó poner en práctica las estrategias aprendidas para afrontar distintas situaciones de riesgo.
- Se le habló de la conveniencia de recompensarse con premios planificados, a medio plazo, por los éxitos conseguidos.
- Se le recomendó que anotase, al término de cada jornada, pensamientos sobre el juego que él considerase significativos, y que trajese la hoja de autorregistro a la próxima sesión de seguimiento, con ellos anotados. Esta última tarea no se tendría en cuenta.

## **ANEXO V-II**

**Desarrollo de la sesión de intervención**

**Grupo de Control**



## DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Este grupo lo formaban veinticinco participantes (el mismo número que el grupo experimental). Fueron diagnosticados como probables jugadores patológicos por medio del South Oaks y son las máquinas tragaperras su único juego problema.

Se les aplicó solamente la primera sesión de las que recibe el grupo experimental, con las consiguientes restricciones derivadas de no tener que volver a una segunda sesión.

### SESIÓN ÚNICA

- *Recibimiento e información.*
- *Motivación.*
- *Evaluación.*
- *Tareas.*

– *Recibimiento e información, Motivación y Evaluación.*

Se hará igual que con los sujetos del grupo experimental.

– *Tareas.*

Como, por una parte, no vamos a trabajar con ellos los pensamientos irracionales detectados y, por otro lado, no los vamos a citar para una posterior sesión de tratamiento, no necesitarán cumplimentar ningún autorregistro. El resto de las tareas se les ordenará llevarlas a cabo como a los sujetos del grupo experimental en la primera sesión de tratamiento con alguna ligera modificación:

- Control del dinero.-

Se les dirá que a partir de la cuarta semana lo vayan atenuando gradualmente de acuerdo con su colaborador y según el grado de seguridad en sí mismos que vayan percibiendo.

- Alejamiento de los circuitos de riesgo.-

Se les dirá que a partir de la segunda semana pueden pasar por delante de los bares donde jugaban si es que se encuentran en el camino que han de recorrer para hacer su vida habitual.

- Dejar a los amigos jugadores.-

Se les dejará claro que tendrán que evitar siempre a las personas que sean jugadores, en situaciones donde se corra el riesgo de jugar.

Tras esto se les dirá que se quedará con ellos al cabo de un mes para llevar a cabo la sesión de evaluación postratamiento.