



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Grado en Psicología

Trabajo Fin de Grado

Curso 2020/2021

Convocatoria de Junio

Propuesta de intervención para el juego patológico

Autor: Cristian Sarrión Pérez

Tutor: José Luis Carballo Crespo

Elche, a 04 de mayo de 2021

ÍNDICE

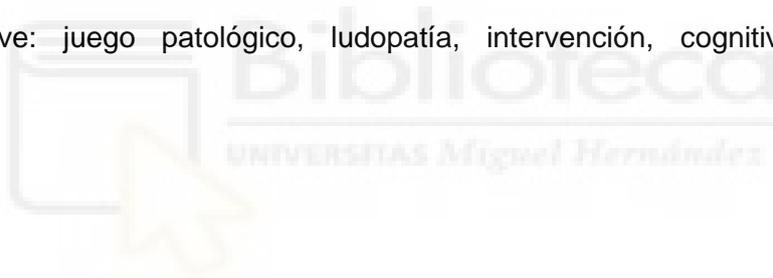
RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
MÉTODO.....	8
- POBLACIÓN DIANA	8
- VARIABLES E INSTRUMENTOS.....	9
- PROCEDIMIENTO.....	11
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	12
DISCUSIÓN.....	18
BIBLIOGRAFÍA.....	19



RESUMEN

Desde hace varias décadas, se pueden encontrar en España una gran cantidad de juegos de azar y apuestas a pie de calle y además sigue una tendencia ascendente. El mal uso de este tipo de ocio ha llevado a la aparición del llamado trastorno del juego patológico o ludopatía, el cual trae consigo una gran cantidad de consecuencias negativas en varias áreas del individuo afectado. El objetivo de este trabajo es presentar una propuesta de intervención para el trastorno del juego patológico basada en otros trabajos realizados por varios autores y profesionales de la materia. En este protocolo de intervención se evalúan variables relacionadas con la conducta de juego y variables relacionadas con otros trastornos comórbidos al juego patológico mediante instrumentos con una eficacia contrastada. La intervención tiene un enfoque cognitivo-conductual y se compone de técnicas como la reestructuración cognitiva, la desensibilización imaginada con relajación, la exposición en vivo con prevención de respuesta y la prevención de recaídas.

Palabras clave: juego patológico, ludopatía, intervención, cognitivo-conductual, adicción.



INTRODUCCIÓN

Desde que se legalizara el juego en España en 1977 (Becoña, 2004), se puede encontrar una gran cantidad de juegos de azar y apuestas a pie de calle, tales como loterías, bingos, tragaperras, casinos, etc., y hoy en día incluso desde la comodidad de la vivienda con las apuestas por Internet.

Tal es así que, según Vázquez-Fernández y Barrera-Algarín (2019), la industria generó 84.702 empleos directos en 2017 y se calculó que había 3.150 locales de apuestas ese mismo año, además, según Chóliz (2006), se trata de una actividad que muestra una tendencia creciente, debido entre otras causas al aumento en la publicidad, el marketing y la legalización del juego (Morales-Ramírez, Ramírez-Aranda, Avilés-Cura y Garza-Elizondo, 2015).

Aunque este tipo de ocio haya traído consigo una gran cantidad de empleo y recaudación para el país, también ha traído una gran cantidad de problemas para las personas que hacen un mal uso o uso excesivo de él (Becoña, 2004), de ahí que Ochoa y Labrador (1994) diferencien entre cuatro tipos de jugadores: El Jugador Social, que suele jugar por un tiempo limitado y no le acarrea ningún problema; el Jugador Profesional, que se dedica al juego para ganar dinero y juega estadísticamente; el Jugador Problema, que juega frecuentemente y en ocasiones le trae problemas económicos; y por último el Jugador Patológico, que tiene una dependencia emocional hacia el juego, un escaso control de la conducta de juego y éste interfiere en el funcionamiento normal de su vida (PiDCA, 2008).

Por otra parte, en cuanto al concepto de adicción, inicialmente hacía referencia a la dependencia que podía producir en un individuo el uso de una sustancia (Becoña, 2004), pero más tarde dicho concepto fue cambiando gracias a las aportaciones de autores como Echeburúa (2005), el cual opinaba que de conductas normales e incluso saludables se puede hacer un mal uso en función de variables como la intensidad, la frecuencia o la cantidad de dinero gastado en dichas conductas, en definitiva que, “la ludopatía es una forma de adicción sin drogas” (Echeburúa, 2005, p. 11).

Así es que, aunque el trastorno del juego patológico se reconoce formalmente en el DSM-III en 1980 por la American Psychiatric Association dentro de la categoría de los trastornos del control de impulsos (Becoña, 1999), es en el año 2013 en el DSM-5 donde se traslada de dicha categoría a la de trastornos adictivos (APA, 2013; Navas y Perales, 2014) y se añade a una nueva subcategoría denominada *Trastornos adictivos no relacionados a sustancias* (Cía, 2013).

Los criterios diagnósticos del juego patológico en el DSM-5 son los siguientes (APA, 2013; Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014, p. 32):

El paciente muestra una conducta de juego persistente y desadaptativa tal como se refleja en la presencia de 4 o más de los siguientes síntomas:

- 1) Preocupación por el juego.
- 2) Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
- 3) Fracasos repetidos en los esfuerzos para controlar el juego.
- 4) Inquietud o irritabilidad cuando se intenta interrumpir o detener el juego.
- 5) Utilización del juego como vía de escape de los problemas o de alivio del malestar emocional.
- 6) Intentos repetidos de recuperar el dinero perdido.
- 7) Mentiras a la familia y a los terapeutas sobre la implicación en el juego.
- 8) Puesta en peligro o pérdida de relaciones personales significativas, de trabajo o de oportunidades educativas debido al juego.
- 9) Apoyo económico reiterado por parte de la familia y de los amigos.

En cuanto al concepto de ludopatía o juego patológico, muchos autores han aportado una definición a lo largo de los años, como por ejemplo Muñoz (2008), el cual opinaba que era la incapacidad de un individuo para controlar el deseo de apostar, lo que podía tener como consecuencia la destrucción total del capital económico del individuo y afectar a su entorno familiar, afectivo y social.

A medida que pasan los años, los estudios de prevalencia sobre la ludopatía van ayudando a mejorar la comprensión de este trastorno, además, el saber a cuánta y qué tipo de población afecta, ayuda en la puesta en marcha de programas de prevención y tratamientos adecuados (Domínguez Álvarez, 2009).

Se estima que la cantidad de población mundial que se ve afectada por el juego patológico oscila entre un 0,4% y un 1,6%, y en España alrededor del 0,5% (Montesinos, Lloret, Segura y Aracil, 2016), mientras que si se habla exclusivamente de población adulta, la tasa de prevalencia en nuestro país está entre el 2% y el 3% (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1999); por otra parte, Echeburúa (1992) afirma que “el trastorno es mucho más frecuente en hombres que en mujeres” y que “éstas son mucho más reacias a buscar ayuda terapéutica por la censura social existente” (Echeburúa, 1992, p. 12-14).

Como se puede ver en algunas de las definiciones, el juego patológico tiene graves consecuencias, que además van más allá del paciente y afectan a varias áreas de la vida del enfermo, tales como consecuencias laborales, económicas, sociales, familiares, etc. (García-Caballero, Torrens-Lluch, Ramírez-Gendráu, Garrido, Vallès y Aragay, 2018), algunas de esas consecuencias son las siguientes: deudas, aislamiento, bajo rendimiento y/o absentismo escolar o laboral, depresión, ansiedad, irritabilidad, insomnio, pérdida o aumento de peso, baja autoestima, sentimientos de culpa, desconfianza familiar, cuadros de ansiedad en padres, etc. (Vázquez-Fernández y Barrera-Algarín, 2019).

Además, también puedes aparecer diferentes consecuencias debido a la abstinencia al juego, como irritabilidad, un fuerte deseo de volver a jugar, insomnio, dolor de cabeza, trastornos digestivos, pérdida del apetito, palpitaciones, temblores, calambres, debilidad física, dificultad para respirar, sudoración, fiebre, dolores musculares y “craving”, o ansia por jugar (Arbinaga, 2000).

Por otra parte, a diferencia de otras conductas adictivas, el juego patológico se distribuye por todas las edades y clases sociales (Echeburúa, 2005), sin embargo, hay una preocupación generalizada sobre la elevada incidencia de juego patológico en la población más joven, de hecho, el porcentaje de adolescentes con este trastorno es relativamente más elevado que el de adultos (Domínguez Álvarez, 2009).

También se han realizado investigaciones para saber la tasa de comorbilidad de la ludopatía con otros trastornos, como el consumo de alcohol y/o drogas, la depresión o la ansiedad. Ortiz-Tallo, Cancino y Cobos (2011) encontraron que había hasta un 75% de los pacientes hospitalizados por juego patológico que cumplían los criterios para un trastorno depresivo mayor, asimismo, también se encontró que el 15% de los jugadores patológicos también mostraban adicción al alcohol y/u otras drogas (Arbinaga, 2000).

Al igual que con otros trastornos, también se han realizado estudios para saber la comorbilidad de la ludopatía con trastornos de la personalidad, como es el caso del estudio de Fernández-Montalvo y Echeburúa (2006), en el cual los resultados mostraron una tasa del 40% de trastornos de la personalidad en la muestra de jugadores patológicos, los que se mostraban en mayor medida eran el *trastorno narcisista de la personalidad*, el *trastorno antisocial* y el *pasivo-agresivo*.

Asimismo, también hay bastante literatura sobre los factores de riesgo en cuanto al trastorno del juego patológico, Domínguez Álvarez (2009) habla sobre *factores predisponentes o de riesgo*, que generan o refuerzan la conducta del juego, y *mantenedores*, que hacen que se siga jugando a pesar de las consecuencias, los

primeros a su vez, se pueden dividir en tres categorías y algunos ejemplos de cada una de ellas serían los siguientes: *factores personales*, como sensación de no poder superar dificultades, pérdida de la confianza en sí mismo e insatisfacción en su vida actual, estudios y/o trabajo; *factores familiares*, como malas relaciones entre padres e hijos y de pareja, abuso de alcohol, drogas o juego en los padres y mala situación económica; y *factores socioambientales*, como grupo de iguales jugadores, facilidad de acceso al juego, mala situación contractual o paro y cansancio intenso o estrés debido al trabajo.

Por otra parte, los *factores mantenedores* de la conducta del juego se pueden dividir en cuatro categorías: *refuerzos positivos y negativos*, positivos como el dinero, el refuerzo social y la activación fisiológica, y negativos como la eliminación o disminución de sensaciones o emociones desagradables; *estímulos discriminativos* como los sonidos, las luces y la música de los juegos; *sesgos cognitivos y pensamientos irracionales*, como la ilusión de control, el sesgo confirmatorio y atribuciones diferenciales en función del resultado; y la *falta de habilidades para hacer frente al impulso de jugar*, como falta de autocontrol y de habilidades del manejo del dinero o de afrontamiento del estrés (Domínguez Álvarez, 2009).

En cuanto a los tratamientos que se han utilizado para tratar a las personas que padecen de juego patológico, existe una gran variedad, pueden ser grupales o individuales, en régimen de internamiento o ambulatorio, mediante terapia conductual o cognitiva, o la unión de las dos con la Terapia Cognitivo-Conductual, mediante psicofármacos o con un grupo de autoayuda como Jugadores Anónimos, que tengan como objetivo la abstinencia total o el juego controlado, etc. (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014).

En el enfoque conductual, se pueden encontrar técnicas como la *Desensibilización imaginada con relajación*, la cual tiene como objetivo reducir la ansiedad del paciente ante las situaciones que le impulsan a jugar y tiene una tasa de éxito del 66%; y el *Control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuesta*, que ha obtenido tasas de éxito terapéutico del 68,8% y consiste por una parte, en controlar los estímulos del sujeto (por ejemplo limitando su dinero y evitando situaciones de riesgo y amigos problemáticos) y por otra parte en exponer sistemáticamente a los sujetos a dichos estímulos que desencadenan las ganas de jugar y enseñarles a resistirlo mediante programas de autocontrol, el objetivo es debilitar el poder de esos estímulos y enseñar a los pacientes estrategias para hacer frente al malestar emocional (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014).

Desde el enfoque cognitivo, la técnica que más se utiliza es la *Reestructuración cognitiva*, que se basa en identificar los sesgos cognitivos del sujeto y sustituirlos por

pensamientos más reales, los estudios muestran una tasa de abstinencia entre los pacientes del 70% al utilizar esta técnica (PiDCA, 2008), el objetivo es hacer frente a esos pensamientos irracionales y establecer una relación óptima entre pensamientos, emociones y conducta (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014).

Por otra parte, otros aspectos importantes a tener en cuenta en cuanto a la terapia es la adherencia al tratamiento, el abandono de la terapia y las recaídas tras la intervención, tal es la magnitud de estos inconvenientes, que más del 30% de los enfermos no cumplen el tratamiento y lo abandonan antes de terminarlo, por ese motivo, han surgido técnicas como la Terapia motivacional con el objetivo de reducir el impacto de estos inconvenientes (Montesinos et al., 2016).

Por otro lado, Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez (1999) realizaron un ensayo clínico enfocado hacia la Prevención de recaídas, con el objetivo de dotar al paciente de habilidades para identificar situaciones de riesgo y hacerles frente mediante estrategias de afrontamiento, y los resultados fueron muy satisfactorios, con una tasa de éxito del 82% en la modalidad individual y un 14% de tasa de abandonos (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014).

Aunque todos estos tratamientos son alentadores de cara al futuro, se necesita realizar más investigaciones y desarrollar tratamientos duales, ya que como se ha visto, la ludopatía tiene una elevada comorbilidad con otros trastornos como depresión, ansiedad, alcoholismo, etc., con lo cual, quizá con la unión de varios de estos tratamientos, se podría llegar al objetivo de la abstinencia total o al menos a tener un mayor control de ella (Echeburúa, 2005; Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1999).

Con todo esto, el objetivo de este trabajo es aportar una propuesta de intervención para el trastorno del juego patológico, la cual estará basada en una serie de técnicas que han demostrado ser eficaces para tratar esta enfermedad.

MÉTODO

- POBLACIÓN DIANA

La intervención irá dirigida tanto a hombres como mujeres que cumplan los criterios diagnósticos del juego patológico del DSM-5 (APA, 2013) y que pasen más de 4 horas al día realizando conductas relacionadas con el juego, lo cual se detectará con un instrumento de screening, y además, que hayan pasado anteriormente por alguna intervención para el juego patológico sin éxito. Los pacientes recogidos, tendrán edades

comprendidas entre 18 y 50 años con independencia de si tienen pareja o están solteros/as y de si están trabajando o desempleados/as, y provendrán de la provincia de Alicante, concretamente de salones de juegos, centros de día para adicciones y reuniones de alcohólicos anónimos.

La intervención se realizará de manera individual, el terapeuta a solas con el paciente (con la posibilidad de llevar a la pareja o a algún familiar a alguna de las sesiones), se ha optado por esta modalidad de intervención debido a la alta tasa de comorbilidad que tiene la ludopatía con otros trastornos, lo cual dificultaría mucho el trabajo en grupo con una muestra muy heterogénea de personas. En caso de que algún paciente presente alguna patología o trastorno de la personalidad comórbido al juego patológico, se podrían incluir en el tratamiento técnicas orientadas hacia dicha patología.

Por último, y debido a la situación que está atravesando España actualmente, se podrán realizar online algunas de las sesiones de la terapia, con el fin de no discontinuar la intervención y que tenga la mayor tasa de éxito posible.

- **VARIABLES E INSTRUMENTOS**

En primer lugar y antes de realizar la evaluación, se deben definir las variables que se van a evaluar para obtener un diagnóstico con el cual empezar el tratamiento, en el caso de la terapia para la ludopatía se deberían escoger variables demográficas, variables relacionadas con el juego y variables psicológicas. Por otra parte, existe un amplio catálogo de instrumentos que han ido surgiendo con el tiempo y que han sido utilizados para evaluar las variables mencionadas anteriormente, además, cada terapeuta tiene sus preferencias o reticencias a utilizar unos u otros, con lo cual, a continuación, se exponen algunos de esos instrumentos, entre los cuales se podría elegir para empezar con la evaluación del juego patológico; la mayoría de estos instrumentos se han encontrado en Domínguez Álvarez (2007), PiDCA (2008) y Salinas (2004).

-Variables relacionadas con la conducta de juego: cantidad de tiempo invertido en jugar, cantidad de dinero invertido en el juego, emociones implicadas durante la conducta, inicio y desarrollo del problema de juego, antecedentes familiares con problemas de juego, pérdida de control respecto a la conducta de jugar, dependencia del juego; la gran mayoría de estas variables se podrían medir y evaluar con varios de los siguientes instrumentos:

- El Cuestionario de juego de South Oaks (SOGS) de Lesieur y Blume (1987) o su versión española validada por Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez en 1994, que consta de 20 ítems, en su mayoría con dos alternativas de respuesta

(Sí/No), y tiene una consistencia interna de 0,94, una fiabilidad test-retest de 0,98 y una validez convergente con los criterios del DSM-III-R de 0,92. También hay una versión Revisada para Adolescentes, el SOGS-RA de Winters, Stinchfield y Fulkerson (1993), compuesta de 16 ítems y una fiabilidad de 0,80.

- La Escala de las veinte cuestiones de Jugadores Anónimos, adaptada por Prieto y Llavota (1998), que se compone de veinte preguntas dicotómicas y tiene una fiabilidad de 0,94 y una validez convergente al SOGS de 0,94. Además, tiene una versión adaptada para adolescentes, la Escala de las diez cuestiones de Jugadores Anónimos para adolescentes, adaptado por Secades y Villa (1998).

- El Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP) de Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez (1995), el cual también resulta útil como instrumento de "screening" para población normal, está basado en el SOGS, pero a diferencia de éste, el CBJP consta de 4 ítems de dos alternativas de respuesta (Sí/No), tiene una consistencia interna de 0,94, una fiabilidad test-retest de 0,99 y una validez convergente con el SOGS de 0,95.

- Otros: NORC DSM Screen for Gambling Problems (NODS); Índice de Severidad de la Adicción (ASI); Cuestionario Lie/Bet; Cuestionario de Juego de Massachussets (MAGS); etc.

-*Variables psicológicas:* la ludopatía muestra una alta comorbilidad con otros trastornos psicológicos y de la personalidad, algunos instrumentos para evaluar y medir las variables relacionadas con dichos trastornos son los siguientes:

- *Ansiedad:* El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), se ha utilizado para evaluar la ansiedad como estado y como rasgo, consta de 40 ítems con respuestas tipo Likert en total, 20 para la ansiedad-estado y 20 para la ansiedad-rasgo, tiene una fiabilidad test-retest de 0,40 para la primera y 0,81 para la segunda y una consistencia interna que oscila entre 0,83 y 0,92 (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1999).

- *Depresión:* El Inventario de Depresión (BDI) de Beck, Rush, Shaw y Emery (1983), se ha utilizado para medir la gravedad de la sintomatología depresiva, está compuesto por 21 ítems tipo Likert, tiene un coeficiente de fiabilidad de 0,93 y una validez convergente que oscila entre 0,62 y 0,66 (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1999).

- *Impulsividad:* La Escala de Impulsividad (BIS-11) de Barratt (1985), se ha utilizado para medir la impulsividad de un individuo, tiene 30 ítems de cuatro opciones de

respuesta cada uno, se divide en tres subescalas (Impulsividad cognitiva, motora y no planeada) y tiene una consistencia interna de 0,77 (Salvo y Castro, 2013).

- *Trastornos de la Personalidad*: El Inventario Clínico Multiaxial (MCMI-II) de Millon (1997), se ha utilizado para analizar los patrones de personalidad y la prevalencia de síndromes clínicos de un sujeto, está compuesto de 175 ítems de verdadero/falso divididos en 22 escalas clínicas y 3 de corrección, las escalas clínicas se dividen a su vez en escalas de personalidad y escalas de síndromes clínicos, con unas puntuaciones de estabilidad de 0,78 y 0,80 respectivamente; la validación española de Avila-Espada, Jiménez Gómez y cols. (1999) muestra unos criterios de fiabilidad y validez adecuados (Ortiz-Tallo, Cancino y Cobos, 2011)

- *Otras variables*:

- *Riesgo de consumo excesivo de alcohol*: El Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso de Alcohol (AUDIT) de Babor, De la Fuente, Saunders y Grant (1989), se ha utilizado para detectar el consumo excesivo de alcohol en un individuo, consta de 10 ítems, tiene una fiabilidad test-retest de 0,86 y un coeficiente de correlación con el CAGE de 0,78 (Babor, Higging-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001).

- *Riesgo de sufrir recaídas*: El Inventario de Situaciones Precipitantes de la Recaída y Estrategias de Afrontamiento en el Juego Patológico de Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo (1996), el cual consta de 19 ítems relacionados con situaciones de alto riesgo para la recaída, con cuatro opciones de respuesta cada uno basadas en el nivel de peligrosidad.

Por último, es importante mencionar que la técnica que va a servir de base tanto para la evaluación como para el tratamiento es la entrevista clínica (estructurada o semiestructurada), es una de las técnicas más empleadas y que mejores resultados da, se puede llevar a cabo durante todo el tratamiento e incluso puede incluir a los familiares de los pacientes; se pueden destacar la Entrevista estructurada de la historia de juego de Echeburúa y Báez (1991) y la Entrevista Motivacional, la cual además puede ayudar a la adherencia al tratamiento como ya se ha mencionado.

- **PROCEDIMIENTO**

La intervención que se propone en este trabajo, se llevará a cabo en la consulta del terapeuta, a excepción de las sesiones de la fase de exposición, las cuales se realizarán en el lugar que habrá indicado el paciente en su lista de situaciones de riesgo, lo más

habitual será el casino o salón de juegos más cercano al domicilio del paciente y el bar que más frecuenta para jugar a las máquinas tragaperras.

Por otro lado, al ser una intervención pensada para llevar a cabo de manera profesional en la consulta de un terapeuta, la mayoría de los pacientes vendrán a ella voluntariamente o a través de terceros, no obstante, es interesante para realizar los primeros ensayos de esta intervención, atraer pacientes por otros medios, como por ejemplo mediante el pase de instrumentos de screening como el CBJP en salones de juegos, en centros de día para adicciones o en reuniones de alcoholicos anónimos.

Los participantes que serán escogidos para la intervención, deberán cumplir los criterios diagnósticos del juego patológico del DSM-5 (APA, 2013), haber pasado más de 4 horas al día realizando conductas relacionadas con el juego, tener entre 18 y 50 años y haber pasado anteriormente por alguna intervención para el juego patológico sin éxito.

La intervención durará alrededor de 5 meses con una sesión por semana, las primeras sesiones se utilizarán para pasar los instrumentos oportunos y realizar la evaluación del paciente, siempre haciéndole saber que sus datos son totalmente confidenciales, después se adaptará el tratamiento al paciente en la medida de lo posible, por último, tras las 20 sesiones de la intervención, se concertarán tres sesiones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses tras la terapia.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

En cuanto al tratamiento del juego patológico, al igual que con la evaluación, puede diferir en técnicas, objetivos, tiempos, etc. según el criterio del terapeuta que la realice, con lo cual, el tratamiento que se propone en el presente trabajo estaría basado en el que se presenta en el artículo de Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez (2013), el cual tiene un enfoque cognitivo-conductual y multicomponente, en el que se utilizan técnicas como la entrevista motivacional, la desensibilización imaginada con relajación, la reestructuración cognitiva, el control de estímulos, la exposición en vivo con prevención de respuesta y la prevención de recaídas.

El tratamiento se compondrá de alrededor de 20 sesiones y cada una de ella durará sobre 1 hora y media, la modalidad del tratamiento será individual, con la posibilidad de llevar a la pareja o a algún familiar a alguna de las sesiones y en caso de detectar alguna patología adyacente a la ludopatía, se podrían añadir técnicas al tratamiento destinadas a la mejora de dichas patologías, el objetivo final de este tratamiento será la abstinencia total de la conducta de juego.

Sesiones 1 - 3: Fase Educativa y Motivacional

Objetivos:

- Dotar al paciente de los conocimientos oportunos sobre el problema del juego patológico y sobre la terapia que se va a llevar a cabo fase por fase
- Conseguir aumentar la motivación del paciente respecto a la terapia mediante la entrevista motivacional para mejorar la adhesión al tratamiento
- Conseguir instaurar en el paciente la motivación necesaria para el cambio

Tareas:

- Rellenar autoinformes y entrevista

Descripción: Se tiene la primera toma de contacto con el paciente y se escucha su historia relacionada con el juego, se le explican al paciente detalladamente los aspectos que componen el juego patológico, especialmente los problemáticos, y se hace hincapié en las variables que mantienen la conducta del juego, haciendo uso de un modelo de entrevista motivacional para aumentar la adherencia del paciente a la terapia y adaptando el lenguaje para que haya una buena comprensión, instando siempre a preguntar lo que no se entienda. La entrevista motivacional plantea un modelo de escucha activa y empática con el paciente, en el cual es éste el que tiene que tomar el control para decidir cambiar su comportamiento nocivo, sirviendo el terapeuta como apoyo para ese cambio, mediante técnicas como las preguntas abiertas, el resumen o la escucha reflexiva y evitando la confrontación, las etiquetas y el enfoque experto-paciente. A modo de ejemplo, el paciente podría expresar “por una vez que estaba con los amigos en el salón de juegos y llegué un par de horas tarde a recoger a la niña del colegio mi mujer ya no quiere dirigirme la palabra”, sin confrontarlo y mediante la escucha reflexiva se lo podría devolver la idea mediante una afirmación para que tomara conciencia del problema, como “así que estabas jugando y tu hija de 5 años se quedó 2 horas sola a la puerta del colegio”. También se le explica al paciente de qué pasos y fases va a tratar la terapia y se le pasan los instrumentos que sean convenientes para realizar la evaluación, ayudándole en todo momento a cumplimentarlos a lo largo de las sesiones de esta fase, además algunos de estos instrumentos, tendrá que rellenarlos en esta fase y al finalizar la terapia, para hacer una evaluación pre y post tratamiento. En la última sesión de esta fase, se le entregará un autorregistro que será útil para llevar a cabo la siguiente fase, en el cual tendrá que registrar todas las actividades relacionadas con el juego que realice durante esa semana.

Sesiones 4 - 8: Fase de Reestructuración

Objetivos:

- Dotar al paciente de los conocimientos oportunos sobre los sesgos y los errores cognitivos que aparecen en los jugadores patológicos
- Conseguir que el paciente cambie sus creencias y pensamientos irracionales por otros más racionales mediante la Reestructuración cognitiva

Tareas:

- El paciente realizará una lista de las ideas irracionales que presenta respecto a la conducta de juego con la ayuda de diversos instrumentos y/o técnicas
- El paciente elaborará una lista con los pensamientos irracionales que tenía antes de la Reestructuración Cognitiva y sus respectivos pensamientos racionales alternativos alcanzados

Descripción: Para empezar con esta fase, se le explica al paciente las ideas irracionales y sesgos cognitivos que están presentes en la mayoría de los adictos al juego y se utilizan ejemplos para su mejor comprensión, algunos de estos sesgos son la ilusión de control, el azar autocorrectivo, el sesgo confirmatorio, las supersticiones, etc., y algunos ejemplos de ellos son: pensar que como lleva mucho sin salir un número tiene que salir pronto, que mediante algún ritual como meter solo billetes de 5 va a salir su número, creer tener un sistema infalible para ganar o creer que se tiene un mal día y al siguiente ganará más (Ruiz-Pérez y López-Pina, 2016). Después se le pedirá que haga una lista de los pensamientos irracionales que detecta en su comportamiento, utilizando como ayuda los instrumentos cumplimentados en la primera fase, el autorregistro de la última sesión, un registro de pensamientos o mediante un "role-playing" para detectar las autoverbalizaciones del paciente durante la conducta de jugar de las cuales obtener los errores cognitivos. Por último, y a lo largo del resto de sesiones de esta fase, se reemplazarán dichos pensamientos uno a uno por otros más racionales y adecuados mediante las técnicas empleadas en la Reestructuración Cognitiva, como el diálogo socrático, la flecha descendente o la intención paradójica, y se elaborará una lista con los nuevos pensamientos alternativos alcanzados, los cuales podrá leer cuando lo necesite. A modo de ejemplo, el paciente puede expresar la idea "es fin de mes y no tengo dinero para el alquiler", la cual le provocaría malestar y le llevaría a jugar para intentar obtener el dinero, mediante la Reestructuración Cognitiva se podría sustituir ese pensamiento por uno alternativo como "aunque sea fin de mes y no tenga para pagar el alquiler, el mes que viene pagaré dos meses de golpe haciendo algunos trabajitos extra".

En la última sesión de esta fase, se le entregará un folleto sobre la técnica de la relajación progresiva, el cual deberá leerse para realizar con mayor facilidad la siguiente fase de la terapia.

Sesiones 9 - 12: Fase de Desensibilización

Objetivos:

- Dotar al paciente de los conocimientos oportunos sobre la técnica de Desensibilización imaginada con relajación
- Lograr que el paciente realice la técnica de la relajación progresiva de forma efectiva en casa y en las sesiones
- Conseguir la deshabitación de los estímulos que producen el deseo de jugar en el paciente

Tareas:

- El paciente realizará una lista de situaciones que le impulsen a jugar y las ordenará de menor a mayor deseo de jugar
- El paciente practicará la relajación progresiva entre sesiones hasta lograr dominarla
- El paciente deberá ponerse en contacto con un familiar que acceda a venir a las sesiones de la siguiente fase en función de coterapeuta

Descripción: En primer lugar, se entrena al paciente en la técnica de relajación progresiva, la cual consiste en tensión-relajación de todos los grupos musculares progresivamente con el fin de llegar a un estado de relajación intenso, después, se le pide que realice una lista con 4 o 5 situaciones que le llevan a realizar la conducta de juego ordenadas de menor a mayor grado de deseo por jugar. Después, a lo largo del resto de sesiones de esta fase, se lleva a cabo la desensibilización imaginada con relajación, la cual consiste, en primer lugar, volver al estado de relajación intensa, y a continuación, imaginarse la primera de las situaciones de la lista (la de menor grado de deseo por jugar) y mantenerla hasta que no le produzca ningún malestar, haciendo lo mismo con las demás situaciones en el orden establecido. A modo de ejemplo, una de las situaciones descritas por el paciente podría ser “cuando salgo del trabajo con los compañeros y hablamos de los partidos de fútbol que se van a jugar el fin de semana”, el paciente empieza la técnica de relajación y cuando la haya conseguido se empieza a imaginar la situación descrita con el mayor detalle posible, la escena le causa malestar

y ganas de ir a un salón de juegos y apostar para los partidos, es aquí cuando tiene que seguir centrando sus esfuerzos en mantenerse relajado pudiendo utilizar además autoverbalizaciones como por ejemplo “conseguir mi objetivo es más importante que apostar” para lograr relajarse, hasta que no tenga deseos de realizar la conducta. En la última sesión de esta fase, se informará al paciente de que debe ponerse en contacto con un familiar o amigo para que venga a las siguientes sesiones a hacer de coterapeuta en la siguiente fase del tratamiento.

Sesiones 13 - 18: Fase de Control estimular y Exposición en vivo

Objetivos:

- Dotar al paciente y al coterapeuta de los conocimientos oportunos sobre la técnica de la Exposición en vivo con prevención de respuesta y el Control de estímulos
- Conseguir debilitar el poder de los estímulos que llevan al paciente a realizar la conducta de jugar
- Lograr que el paciente tenga un mayor autocontrol frente a las conductas que le suscitan al juego

Tareas:

- El paciente deberá dejar el control de su dinero al coterapeuta y firmar hoja de autoexclusión de salas de juego
- El paciente deberá realizar una lista de estímulos y situaciones que entrañen un riesgo en realizar la conducta de juego y las ordenará de menor a mayor probabilidad

Descripción: En esta fase, se necesita de un coterapeuta tanto para el control de los estímulos como para la exposición en vivo, el cual es recomendable que sea un familiar o amigo del paciente, se entrenará al coterapeuta en ambas técnicas. En cuanto al control de estímulos, se le explicará al paciente que consiste en evitar situaciones de riesgo y en manejar mejor su dinero, con lo cual deberá comprometerse a evitar los lugares y las compañías precipitantes de la conducta del juego, firmando una hoja de autoexclusión de salas de juego si es necesario, y a dejar el control de su dinero al coterapeuta, disponiendo del dinero estrictamente necesario para su día a día, a lo largo de las sesiones se irán atenuando estas restricciones para mejorar el autocontrol del paciente. Después, se le explicará la técnica de la Exposición en vivo con prevención de respuesta (pudiendo hacer un “role-playing” para un mejor aprendizaje), la cual consistirá en exponerse a las situaciones precipitantes de la conducta problemática,

creando en el paciente un fuerte deseo por jugar, pero sin poder culminar la conducta haciendo uso de las habilidades aprendidas hasta el momento para conseguirlo (como la relajación o las autoverbalizaciones), el coterapeuta estará con el paciente durante las exposiciones, pero irá desapareciendo de ellas paulatinamente. Se expondrá a una lista de estímulos y situaciones de riesgo que habrá realizado anteriormente de menor a mayor deseo de jugar, a modo de ejemplo, una de las primeras exposiciones podría ser realizar alguna actividad como tener una conversación fuera del salón de juegos con el coterapeuta, mientras que la última podría ser estar delante de una máquina tragaperras viendo a otra persona jugar y sin el coterapeuta. Esta fase terminará una vez se haya expuesto a la situación que más deseo de jugar le provoque y haya conseguido resistir dicho deseo eficazmente.

Sesiones 19 - 20: Fase de Prevención de recaídas

Objetivos:

- Dotar al paciente de los conocimientos oportunos sobre el fenómeno de las recaídas
- Conseguir que el paciente adquiera las habilidades necesarias para detectar situaciones de riesgo
- Conseguir que el paciente adquiera estrategias de afrontamiento para las posibles situaciones de riesgo
- Lograr que el paciente mantenga la abstinencia alcanzada con el tratamiento durante los meses siguientes a la terapia

Tareas:

- El paciente realizará una lista de los posibles factores de riesgo para sufrir una recaída en su caso

Descripción: La última fase, consiste en llevar a cabo la prevención de recaídas, en primer lugar, se le explica el fenómeno de la recaída al paciente y los principales factores de riesgo para que se produzca, los cuales son, no manejar adecuadamente el dinero, la presión social y atravesar momentos de malestar emocional, por ejemplo, podría sufrir una recaída tras obtener una gran cantidad de dinero que no se esperaba o tras discutir con algún familiar. Una vez aprendido esto, se le pide que elabore una lista a modo de ejemplo con situaciones de riesgo a sufrir una recaída, que le hayan ocurrido o le puedan ocurrir, después, se le enseñan una serie de habilidades, adicionalmente a las que ya ha aprendido durante la terapia, con las que podrá hacer frente a las situaciones de

riesgo que se le presenten durante esta fase y tras terminar el tratamiento. Una de las nuevas habilidades que podría aprender es la de parada del pensamiento, la cual consiste en autoverbalizar alguna palabra con la que dejar de pensar en el malestar que le suscita un pensamiento que le produzca deseo de jugar, como por ejemplo “¡Stop!” o “¡Alto!”. A modo de ejemplo, el paciente podría considerar una situación de riesgo el recibir la paga doble el mes de diciembre, en caso de que ocurriera dicho acontecimiento, el paciente debería hacer frente a la situación con técnicas como la relajación acompañada de autoverbalizaciones y la modificación de ese pensamiento por otro como “aunque me den la paga doble en diciembre, no me lo puedo gastar en apostar, es mejor guardarlo para tener un colchón de emergencia”.

Una vez terminado el tratamiento, se realizarán tres sesiones de seguimiento del paciente a los 3, 6 y 12 meses tras la terapia, con el objetivo de observar si se mantienen los objetivos terapéuticos alcanzados, pudiendo retomar la terapia en caso de una recaída.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo, se ha propuesto una intervención para tratar el juego patológico de manera general, esta intervención, está basada en una serie de tratamientos los cuales han sido testados en pacientes diagnosticados con este trastorno y han tenido buenas tasas de éxito en cuanto a la abstinencia al juego en sus respectivos estudios.

La intervención que se ha descrito está pensada para ser realizada de manera individual, tiene un enfoque cognitivo-conductual y utiliza técnicas como la entrevista motivacional, la reestructuración cognitiva, la exposición en vivo y la prevención de recaídas.

Uno de los que se considera que es un punto fuerte en la intervención propuesta, es la utilización de la entrevista motivacional a lo largo de todo el tratamiento, ya que, consiguiendo la motivación suficiente del paciente para lograr una buena adhesión al tratamiento, se conseguiría evitar o al menos reducir uno de los mayores problemas de los tratamientos actuales del juego patológico, la gran tasa de abandono de la terapia. Siguiendo en esta línea, otro punto fuerte de la intervención es la prevención de recaídas que se lleva a cabo en la última fase, ya que, como se puede ver en el ensayo clínico de Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez (2000), es una de las técnicas que mejores resultados está dando durante los últimos años para conseguir mantener la abstinencia

del juego alcanzada por el paciente con la terapia (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014).

Por otra parte, debido a la gran cantidad de técnicas que han resultado eficaces que componen la intervención, una eficacia que se puede apreciar en los datos aportados por Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez (2014) en su artículo, es de esperar que la puesta en marcha de esta intervención dé buenos resultados y ayude a muchas personas diagnosticadas con juego patológico a llegar a la abstinencia, pero a su vez, ese mismo aspecto podría considerarse una debilidad, ya que al no haber sido probadas todas estas técnicas conjuntamente antes, la intervención podría resultar redundante y acabar por saturar de información y técnicas al paciente, el cual podría terminar por abandonar el tratamiento.

Finalmente, una de las limitaciones de la intervención propuesta, es que los tratamientos de que se habla están centrados en la conducta del juego patológico, mientras que se ha demostrado que la mayoría de los pacientes que padecen este trastorno, también padecen de otros trastornos de la personalidad y otras patologías como depresión, ansiedad o problemas con el alcohol, con lo cual, no se puede considerar esta intervención eficaz con la población general diagnosticada con juego patológico.

Por otro lado, otra limitación que presenta esta intervención, al igual que la mayoría de las intervenciones dirigidas al juego patológico, es la baja probabilidad de que el paciente reconozca su problema y acuda a la terapia en primer lugar, desde este trabajo no se puede aportar ninguna solución a este inconveniente, pero si se puede intentar mediante la intervención, en concreto mediante la entrevista motivacional que se ha comentado antes, enganchar al paciente a la terapia desde la primera sesión.

Así es que, desde este trabajo, como aspecto a tener en cuenta en cuanto al futuro, se considera que es de vital importancia realizar más investigaciones relacionadas con tratamientos que abarquen el conjunto de las patologías que padecen los enfermos diagnosticados con juego patológico, pudiendo así realizar intervenciones individualizadas y multicomponente con mejores tasas de éxito para los pacientes con varias patologías.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed.* Washington D.C.: American Psychiatric Association (trad. cast. en Barcelona: Masson, 1984).

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Arbinaga, F. (2000). Estudio descriptivo sobre el juego patológico en estudiantes (8-17 años): Características sociodemográficas, consumo de drogas y depresión. *Adicciones*, 12 (4), 493-505.
- Avila-Espada, A., Jiménez Gómez, F. y cols. (1999). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II)*. Madrid: TEA, Ediciones.
- Babor, T., De la Fuente, R., Saunders, J. y Grant, M. (1989). *AUDIT: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in Primary Health Care*. World Health Organization. Programme on Substance Abuse. WHO/PSA/92.4.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunder, J. y Monteiro, M. (2001). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT): Pautas para su utilización en Atención Primaria*. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. WHO/MSD/MSB/01.6a.
- Báez, C., Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1994). Características demográficas de personalidad y psicopatología de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo. *Clínica y Salud*, 5 (3), 289-305.
- Barratt, E. S. (1985). Impulsiveness subtraits: arousal and information processing. En J. T. Spence y C. E. Itard (eds.): *Motivation, emotion and personality*. North Holland: Elsevier.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower (original, 1979).
- Becoña, E. (1999). Epidemiología del juego patológico en España. *Anuario de Psicología*, 30 (4), 7-19.
- Becoña, E. (2004). El juego patológico: prevalencia en España. *Salud y drogas*, 4 (2), 9-34.
- Chóliz Montañés, M. (2006). Adicción al juego: sesgos y heurísticos implicados en el juego de azar. *Revista Española de Drogodependencias*, 31 (1), 173-184.

- Cía, A. H. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA 2013): Un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista Neuropsiquiatría*, 76 (4), 210-217.
- Domínguez Álvarez, A. M. (2007). *Guía clínica: Actuar ante el juego patológico*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Domínguez Álvarez, A. M. (2009). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de Psicología*, 27 (1), 3-20.
- 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 (1), 11-15.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1991). Enfoques terapéuticos en el tratamiento psicológico del juego patológico. *Revista española de terapia del comportamiento*, 8, 127-146.
- Echeburúa, E., 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., Báez, C., Fernández-Montalvo, J. y Páez, D. (1994). Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS): *Validación española. Análisis y Modificación de Conducta*, 20 (74), 769-791.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Báez, C. (1999). Avances en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, 11 (4), 349-361.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Báez, C. (1999). Prevención de recaídas en la terapia del 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 pathological gambling: long-term outcome. *Behavior Therapy*, 31, 351-364.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Nuevos retos en el tratamiento del juego patológico. *Terapia Psicológica*, 32 (1), 31-40.

- 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.
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. y Báez, C. (1995). El cuestionario breve de juego patológico (C BJP): Un nuevo instrumento de "screening". *Análisis y Modificación de Conducta*, 21 (76), 211-223.
- García-Caballero, A., Torrens-Lluch, M., Ramírez-Gendrau, I., Garrido, G., Vallès, V. y Aragay, N. (2018). Eficacia de la intervención Motivacional y la Terapia Cognitivo-conductual para el tratamiento del Juego Patológico. *Adicciones*, 30 (3), 219-224.
- 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, 1184-1188.
- Millon, T. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II)*. Minneapolis. National Computer Systems.
- Montesinos, R., Lloret, D., Segura, J. V. y Aracil, A. (2016). La percepción del apoyo social en jugadores patológicos y su relación con el éxito del tratamiento. *Clínica y Salud*, 27, 15-22.
- Morales-Ramírez, M., Ramírez-Aranda, J. M., Avilés-Cura, M. y Garza-Elizondo, T. (2015). La ludopatía, problema de salud actual: ¿qué puede hacer el médico familiar? *Aten Fam.*, 22 (4), 115-117.
- Muñoz-Molina, Y. (2008). Meta-análisis sobre juego patológico 1997-2007. *Revista de Salud Pública*, 10 (1), 150-159.
- Navas, J. F. y Perales, J. C. (2014). Comprensión y tratamiento del juego patológico: aportaciones desde la Neurociencia del Aprendizaje. *Clínica y Salud*, 25, 157-166.
- Ochoa, E., Labrador, F. J., Echeburúa, E., Becoña, E. y Vallejo, M. A. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Ortiz-Tallo, M., Cancino, C. y Cobos, S. (2011). Juego patológico, patrones de personalidad y síndromes clínicos. *Adicciones*, 23 (3), 189-197.
- PiDCA (2008). *Manual de Intervención en Juego Patológico*. Extremadura: Servicio Extremeño de Salud.
- Prieto, M. y Llavota, L. (1998). 20 Questions of Gamblers Anonymous: A psychometric study with population of Spain. *Journal of Gambling Studies*, 14 (1), 3-15.

- Ruiz-Pérez, J. I. y López-Pina, J. A. (2016). Evaluación Psicométrica de una Escala de Distorsiones Cognitivas sobre los Juegos de Azar en una Muestra Nacional de Estudiantes Colombianos. *Revista Colombiana de Psicología*, 25 (2), 203-219.
- Salinas, J. M. (2004). Instrumentos de diagnóstico y screening del juego patológico. *Salud y Drogas*, 4, (2), 35-59.
- Salvo, L. y Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 51 (4), 245-254.
- Secades, R. y Villa, A. (1998). *El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto C. A.: Consulting Psychologists Press (versión española, TEA, 1982).
- Vázquez-Fernández, M. J. y Barrera-Algarín, E. (2019). El juego online en España y las apuestas deportivas: Los jóvenes como nuevos perfiles con ludopatía. *Health and Addictions*, 20 (2), 61-69.
- 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.