

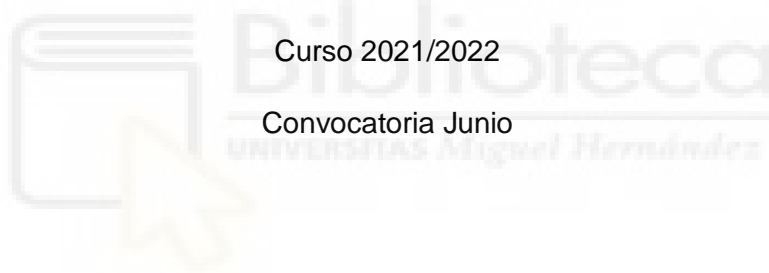


Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2021/2022

Convocatoria Junio



**Modalidad:** Propuesta de intervención

**Título:** Propuesta de Intervención para el Juego Patológico

**Autora:** Jennifer Manzano Payá

**Tutor:** José Luis Carballo Crespo

Elche a 1 de junio de 2022

**Índice**

Resumen .....	3
Introducción .....	4
Método.....	7
Población Diana .....	7
Variables e Instrumentos.....	8
Procedimiento .....	10
Propuesta de Intervención .....	10
Sesión 1. Introduciéndonos En El Cambio.....	11
Sesión 2. Detonantes y Afrontamiento de mi Conducta De Juego.....	12
Sesión 3. Planes de Cambio o Acción.....	13
Sesión 4. Prevención de Recaídas.....	14
Discusión.....	15
Referencias .....	17



## Resumen

A nivel sociocultural, las personas se ven inmersas en una variedad de situaciones en las que suele ser característico participar en juegos y ello generalmente se lleva a cabo sin experimentar consecuencias trascendentales. Sin embargo, existen circunstancias en las que algunos sujetos pueden verse seriamente perjudicados por su comportamiento de juego. El juego patológico trae consigo múltiples consecuencias negativas asociadas y la probabilidad de abandono del tratamiento supone un factor importante que determina la respuesta al tratamiento de los jugadores patológicos. En este sentido, constituye una prioridad reducir la resistencia al cambio, aumentar la motivación y potenciar la adherencia a programas de tratamiento íntegros donde el objetivo terapéutico pueda ser la abstinencia a medio o largo plazo. Por ello, el objetivo del presente estudio es realizar una propuesta de intervención dirigida a personas diagnosticadas de juego patológico que se encuentren en etapas tempranas de tratamiento, utilizando una intervención breve basada en el auto-cambio dirigido, combinando la entrevista motivacional con un abordaje cognitivo-conductual.

*Palabras clave:* juego patológico, intervención breve, auto-cambio dirigido, entrevista motivacional, terapia motivacional.



## Introducción

A pesar de su incidencia y del impacto que conlleva, el juego patológico se ve incrementado con el aumento de la oferta del juego sin restricciones hacia las personas más vulnerables, cómo es la población joven (Gayá, 2020). Esto puede ser resultado de la Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego. Desde entonces, se ha visto un incremento en la apertura de casas de apuestas y la libre difusión del consumo de juego, apuestas deportivas y juegos de azar. No obstante, la aprobación del RD 958/2020, de 3 de noviembre, de comunicaciones comerciales de las actividades de juego se aprobó con el fin de limitar la publicidad y restringir su acceso a los colectivos más vulnerables (Torres, 2022).

Tanto es así su repercusión que, la tasa de prevalencia en España, Europa y Estados Unidos está entorno al 1% y el 3% de la población general (Álvarez et al., 2020). En esta línea, los datos sobre prevalencia analizados en el Informe sobre Adicciones Comportamentales realizado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones en 2020, indican que en 2019 y 2020 un 64,2 % de la población de 15 a 64 años ha jugado con dinero en el último año de manera presencial, online o ambas. Sin embargo, ello no implica llevar a cabo conductas de juego clasificadas cómo problemáticas o patológicas. Por tanto, aplicando los criterios diagnósticos del DSM-5 se extrae que en 2019 y 2020 un 1,6% de la población general podría realizar un posible juego problemático y un 0,6% podría presentar un posible juego patológico. Además, los datos indican que los posibles jugadores problemáticos presentan mayor prevalencia de comportamientos de riesgo, referentes a un consumo de riesgo de alcohol y consumo de tabaco diario.

Como en cualquier patología, existen ciertas características que hacen aumentar la probabilidad de sufrir ésta. En este caso, la Dirección General de Ordenación del Juego (2017), realizó un estudio y análisis de los factores de riesgo del trastorno de juego en población clínica española, afirmando que el perfil predominante de juego patológico se daba en hombres, de estado civil soltero, activos laboralmente, con un inicio temprano de la conducta de juego y con ciertos problemas de salud. Por otro lado, las características de personalidad asociadas fueron elevados niveles de impulsividad cognitiva y menor autodeterminación, así cómo, los acontecimientos vitales estresantes se consideran predictores de la severidad de la patología (Dirección General de Ordenación del Juego, 2017).

En esta línea, Echeburúa et al. (2014) coinciden con que el rasgo de impulsividad sería uno de los factores de riesgo o predisposición, así como la disforia, intolerancia a los estímulos displacenteros y la búsqueda desmesurada de sensaciones nuevas. Sin embargo, existen situaciones ajenas al individuo que pueden detonar la conducta problema, cómo son aquellas

personas que sustituyen la carencia de afecto con sustancias químicas o conductas adictivas sin sustancia. Por ende, un sujeto será más vulnerable a la adicción si posee una personalidad endeble, escasos recursos sociales, hábitos de recompensa inmediata, presencia de factores ambientales estresantes, accesibilidad a la sustancia o conducta adictiva y presión social hacia el consumo. Asimismo, otros autores destacan las experiencias pasadas de abuso sexual, delincuencia adolescente y la depresión (Ferentzy et al., 2013).

Una vez instaurada la conducta de juego patológico, las consecuencias negativas asociadas son múltiples en todas las áreas vitales del sujeto, como es el impacto en el ámbito laboral, económico, familiar y social (García et al., 2018). Así como, consecuencias en el área legal, psicológica y somática (Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados, s.f.).

A pesar de constituir un problema de sanidad pública, las adicciones sin sustancias están ampliamente normalizadas en nuestra sociedad. Igualmente, existe cierto desconocimiento en el entorno sanitario en cuanto a su posible detección, es decir, un jugador patológico puede pasar desapercibido en espacios de atención médica debido a que su sintomatología o las consecuencias de juego experimentadas no son tan notorias o manifiestas (Gómez, 2020).

Por otro lado, existen casos donde dicho trastorno no se presenta de manera aislada. Según el DSM-5, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2013), existen altos niveles de comorbilidad con otros trastornos mentales, como son los trastornos por consumo de sustancias, depresivos, de ansiedad y de la personalidad. Especialmente los trastornos de ansiedad y aquellos caracterizados por el consumo de sustancias. Éste último, se asocia principalmente con el tabaquismo y el alcoholismo (Cía, 2013; APA, 2013). En cambio, existe un debate acerca de si el juego problemático y los trastornos por uso de sustancias son trastornos unificados por compartir ciertos rasgos como la impulsividad, o bien si su comorbilidad pueda ser situacional en algunos casos (Ferentzy et al., 2013).

Sea lo que fuere, el objetivo terapéutico indicado con relación a una droga o a una conducta adictiva, incluye la abstinencia en personas totalmente dependientes. Sin embargo, hay casos en los que no es posible, como sucede en las adicciones sin drogas (Echeburúa et al., 2014). En la literatura científica, ha existido cierta controversia en cuanto a la selección del objetivo terapéutico, es decir; ¿se debe plantear el objetivo de abstinencia ya que engloba a la mayoría de los modelos aplicados en el campo de las adicciones o el objetivo de juego controlado ya que puede resultar más realista, tener mayor retención y promover la adherencia al tratamiento? (Gómez et al., 2008).

El juego controlado se define en base a los siguientes parámetros; pautas de juego (límites en el tiempo y dinero), relación social (juego en solitario o en compañía),

motivación (razón por la que inicia el juego), grado de interferencia en la vida diaria, control sobre el juego y pensamientos objetivos sobre el juego (Echeburúa et al., 2014).

En definitiva, Echeburúa et al. (2014) en una revisión sobre la práctica clínica, señala que si se pretende reducir el riesgo de dependencia, controlar la conducta de juego y facilitar la motivación al cambio en jugadores problemáticos o población joven, puede ser útil contar con herramientas terapéuticas apoyadas en intervenciones breves. En cambio, ante jugadores patológicos y pacientes que han fracasado en un programa de juego controlado, los programas de abstinencia pueden ser buena alternativa. Por tanto, el objetivo terapéutico se podría basar en el reaprendizaje del control de la conducta o el juego controlado para aquellos sujetos diagnosticados de juego patológico con baja motivación hacia el tratamiento y aquellos jugadores patológicos que juegan de manera esporádica y han sido tratados con éxito sin experimentar recaídas (Echeburúa et al., 2014).

Igualmente, Gómez et al. (2008) coincide en que puede resultar más viable proponer el objetivo terapéutico de juego controlado en ciertos jugadores problemáticos, pero no tanto para jugadores patológicos. Por ende, el objetivo de abstinencia puede ser arriesgado si con ello se pierde la adherencia al tratamiento de pacientes que más bien se beneficiarían de lograr un juego controlado. Además, propiciará que posteriormente se plantee el objetivo de la abstinencia a medio o largo plazo.

En cuanto a los tratamientos psicológicos efectivos para el juego patológico, el enfoque psicológico más estudiado hasta el momento con resultados satisfactorios es el cognitivo-conductual, especialmente cuando se combina con otras herramientas terapéuticas como las intervenciones motivacionales breves, mindfulness o el uso de nuevas tecnologías (Menchon et al., 2018).

En un estudio donde se analiza la eficacia de una intervención psicológica individual basada en la terapia cognitivo-conductual combinada con la entrevista motivacional en una muestra de 18 pacientes diagnosticados de juego patológico y sin comorbilidad asociada, se evidencia que son eficaces para reducir la conducta de juego, la impulsividad y mejorar la calidad de vida de los sujetos (García et al., 2018). Asimismo, la tasa de abandono suele ser menor cuando se aplica la terapia de mejora de la motivación, seguida de sesiones adicionales de intervención cognitivo-conductual (Rizeanu, 2015). En esta línea, otros estudios (Baño et al., 2021) evidencian que existe mayor probabilidad de abandono del tratamiento cuando el juego patológico es de menor gravedad.

Estos resultados irían en concordancia con lo mencionado anteriormente por Echeburúa et al. (2014) donde sostiene que la terapia motivacional es una intervención breve de 1 a 4 sesiones, centrada en detectar las fortalezas del paciente y fomentar su motivación

para el cambio, lo cual puede ser útil para jugadores problemáticos y aumentar la percepción de control de la conducta. Por tanto, sería beneficioso en pacientes con una adicción menos severa (Echeburúa et al., 2014).

Respecto a la duración de la intervención, no se han encontrado diferencias significativas entre las intervenciones breves respecto a las terapias tradicionales, sobre todo haciendo referencia a la reducción del comportamiento de juego (Quilty et al., 2019). Además, para aquellos sujetos diagnosticados de juego patológico que soliciten tratamiento, los resultados de una revisión sistemática (Petry, 2017) recomiendan utilizar un tratamiento cognitivo-conductual, que integre intervenciones motivacionales y en formato autodirigido. Por ejemplo, en otra revisión sistemática y un metaanálisis sobre la eficacia de las entrevistas motivacionales realizado por Yakovenko et al. (2015) los datos indican un efecto significativo de las entrevistas motivacionales en cuanto a la reducción de la frecuencia de juego en comparación con los controles posteriores a la intervención (DMP = - 1,30 días/mes, intervalo de confianza del 95% = - 2,39, - 0,21 días/mes,  $I^2 = 35,3\%$ ,  $p < ,05$ ), así como una reducción significativa en la cantidad de dinero gastado en los juegos de azar (DMP = - 0,23 log de dólares/mes, IC del 95% = - 0,42, - 0,05 log de dólares/mes,  $I^2 = 1,4\%$ ,  $p < ,05$ ). Por ende, la entrevista motivacional constituye una alternativa terapéutica eficaz, de corta duración y fácil de implementar.

En este estudio, por ello, el objetivo es realizar una propuesta de intervención dirigida a personas diagnosticadas de juego patológico que se encuentren en la fase inicial del tratamiento, utilizando una intervención breve basada en el auto-cambio dirigido, con el fin de retener a los pacientes en futuras intervenciones, reducir la resistencia al cambio y aumentar su motivación al tratamiento.

## **Método**

### **Población Diana**

La intervención va dirigida a personas que se ajusten a un diagnóstico de juego patológico según los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013), en las diferentes Unidades de Conductas Adictivas de la provincia de Alicante y que hayan alcanzado la mayoría de edad (independientemente del sexo, nivel educativo, estado civil y situación laboral). Así como, es conveniente que no exista comorbilidad psicopatológica grave, dependencia o abuso de sustancias psicoactivas y/o déficit cognitivo e intelectual.

## Variables e Instrumentos

A continuación, se exponen diferentes instrumentos de evaluación que quedan a disposición y a criterio del propio evaluador, seleccionados de estudios como los realizados por García et al. (2018), Echeburúa et al. (2014), Moliner (2015) y Gómez et al. (2008).

**Variables Sociodemográficas:** En la acogida, es importante obtener datos como la edad, sexo, estado civil, nivel educativo y ocupación laboral durante la entrevista, con el fin de conocer y contextualizar al paciente.

**Variables De La Conducta De Juego:** Aspectos como la edad de inicio, tipo juego, tiempo transcurrido desde que se inició el juego patológico, frecuencia actual de juego, cantidad de dinero invertida en el juego, fuente de obtención de dinero para jugar o pagar posibles deudas, antecedentes familiares, emociones implicadas en el juego, distorsiones cognitivas referentes al juego, dependencia y pérdida de control de la conducta; son algunas de las variables que se pueden medir con los siguientes instrumentos de evaluación:

*Cuestionario de juego de South Oaks (SOGS)* (Validación española de Echeburúa et al., 1994). Constituye una de las pruebas de screening más utilizada en el ámbito del juego patológico. Consta de 20 ítems, presentados de forma autoaplicada. Principalmente evalúa la dependencia al juego y el endeudamiento. Los datos de fiabilidad y validez aportados reflejan un coeficiente alfa = 0,97 y coeficiente test-retest = 0,71.

*Cuestionario breve de juego patológico (CBJP)* (Fernández-Montalvo et al., 1995). Es un cuestionario basado en la validación española del Cuestionario de juego de South Oaks (SOGS) (Echeburúa et al., 1994), apropiado para realizar un cribaje de problemas de juego y de rápida aplicación, ya que consta de 4 ítems de respuesta dicotómica. Los ítems que configuran este cuestionario son aquellos que poseen mayor capacidad discriminante extraídos del SOGS. En lo que respecta a la validez convergente, se extrae una correlación entre las puntuaciones de ambos instrumentos de 0,95. Así como, una consistencia interna = 0,94 y una fiabilidad test-retest = 0,99.

*Inventario de Pensamientos sobre el Juego* (Echeburúa y Báez, 1994). Se presentan 27 ítems para detectar las distorsiones cognitivas del jugador patológico. Es de gran utilidad en todas las fases de la ludopatía (inicio, desarrollo y mantenimiento). La primera subescala detecta los sesgos del sujeto durante el juego y la segunda subescala identifica los sesgos cognitivos con relación a su percepción del problema. Finalmente, la tercera subescala pretende proporcionar información adicional sobre su estilo atribucional y el locus de control en cuanto a la posibilidad de superar su problema de juego.



*Inventario de situaciones precipitantes de la recaída y estrategias de afrontamiento en el juego patológico* (Echeburúa et al., 1997). Los 19 ítems que componen a este inventario corresponden a situaciones que podrían ser de alto riesgo frente a una recaída. Se pretende que el sujeto señale el nivel de peligrosidad de cada situación expuesta y que posteriormente, indique una estrategia de afrontamiento en esa situación. Por tanto, la información proporcionada por el paciente en esta prueba puede ser de ayuda para identificar situaciones de riesgo, pero también para analizar la percepción subjetiva del paciente en cuanto a su propia capacidad de afrontamiento.

*Autorregistro de juego* (Marcos y Chóliz, 2019). Evalúa la conducta de juego, teniendo en cuenta sus antecedentes y consecuentes. Puede utilizarse antes de iniciar el tratamiento, durante éste y en prevención de recaídas. El jugador registra semanalmente los siguientes parámetros: fecha y hora, tipo de juego y lugar, consumo de sustancias (antes, durante y después), dinero gastado/ganado, tiempo dedicado, qué estabas haciendo antes, qué pensabas/sentías antes, qué hiciste después, qué pensaste/sentiste después.

Variables Clínicas y Psicopatológicas: Se evaluará con los siguientes instrumentos los posibles trastornos comórbidos, como son: depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad y consumo de sustancias psicoactivas.

*Cuestionario de 90 síntomas* (SCL-90-R) (validación española de González de Rivera, 2001). Este inventario se compone de 90 ítems que evalúan diferentes patrones de síntomas psicopatológicos. Posee una escala de cinco puntos (0-4) y se interpreta en función de nueve dimensiones primarias (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y tres índices globales de malestar psicológico (índice global de severidad, índice positivo de malestar y total de síntomas positivos).

*Escala de Impulsividad Estado* (EIE) (validación española de Iribarren et al., 2011). Su objetivo es valorar la impulsividad como un estado, dependiente a cambios ambientales o biológicos. Consta de 20 ítems agrupados en tres dimensiones (gratificación, automatismo y dimensión atencional). Tiene un coeficiente alfa = 0,884 y fiabilidad test-retest  $r=0,776$  con  $p=0,000$ .

*Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias* (ASSIST) (Organización Mundial de la Salud, 2011). Contiene 8 preguntas para detectar el consumo de diversas sustancias, como el tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, entre otras. Para su interpretación se asignan puntuaciones de riesgo a cada sustancia y se encuadra dentro de categorías de riesgo bajo, moderado o alto. Así como, determina la intervención más adecuada (no tratamiento, intervención breve o derivar a algún servicio especializado).

## **Procedimiento**

La propuesta de intervención está dirigida a sujetos que se ajusten a un diagnóstico de juego patológico según los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013), tras ser demandantes de atención por ludopatía en las diferentes Unidades de Conductas Adictivas de la provincia de Alicante y que cumplan los criterios anteriormente descritos.

La primera toma de contacto se realizará con la evaluación inicial, centrada en valorar la conducta de juego y la historia del problema, donde se proporcionará información de la futura intervención, se llevará a cabo la entrevista psicológica, se administrarán los diferentes instrumentos y el autorregistro, con el fin de delimitar la línea base de la conducta de juego.

Posteriormente, el tratamiento consta de cuatro sesiones basadas en el Programa de Auto-cambio Dirigido (Sobell y Sobell, 2015). En ellas, participará el terapeuta y el paciente, siendo su temporalización de una sesión individual a la semana. La duración de cada sesión será aproximadamente de 60 minutos y la duración total del programa será de 6 semanas (incluyendo la evaluación). Las principales técnicas a utilizar serán cognitivo-conductuales, entrevista motivacional y prevención de recaídas. Con la intervención, se pretende aumentar la motivación hacia futuros tratamientos más especializados, constituyendo una vía de entrada como primera etapa de abordaje del tratamiento. Finalmente, tras la evaluación final, habrá un seguimiento telefónico a los seis meses tras la aplicación del programa.

## **Propuesta de Intervención**

El Programa de Auto-cambio Dirigido (Sobell y Sobell, 2015) está diseñado para reducir el consumo problemático de alcohol, con el objetivo terapéutico principal de disminuir el impacto negativo asociado a un consumo de alto riesgo. Puesto que este tipo de intervenciones dirigidas al tratamiento del juego patológico constituyen un campo de estudio emergente, en el presente trabajo se pretende diseñar una intervención donde el paciente alcance un cambio significativo en su conducta de juego, decidiendo a criterio propio el objetivo terapéutico que desea alcanzar (juego controlado o abstinencia). Por tanto, el tratamiento se basa en intervención breve y temprana que combina la entrevista motivacional con un abordaje cognitivo-conductual, que a diferencia de las terapias tradicionales, se compone de 4 sesiones donde se persigue resolver su ambivalencia conductual, aumentar la motivación y percepción de control hacia el cambio de conducta. Las sesiones se caracterizan principalmente por poner especial atención en las fortalezas del paciente, respetando sus decisiones, mostrando empatía, orientadas a potenciar el cambio y el sentimiento de autoeficacia del paciente. Asimismo, la modalidad de tratamiento será individual y deberá ser dirigido por el profesional en Psicología, llevando a cabo la intervención en la consulta del profesional de las diferentes Unidades de Conductas Adictivas de la provincia de Alicante. La

temporalización de las sesiones será de una sesión por semana, constituyendo un total de 4 semanas y cada una de ellas durará aproximadamente 60 minutos.

## **Sesión 1. Introduciéndonos En El Cambio**

### ***Objetivos Específicos***

- Conocer el programa de intervención.
- Establecer los objetivos que desea alcanzar.
- Evaluar la motivación hacia el cambio.
- Ofrecer información sobre la conducta de juego que desea cambiar.
- Analizar los costes y beneficios de la conducta de juego.
- Reducir la ambivalencia mediante la discusión de discrepancias.

### ***Tareas***

- Feedback de la evaluación inicial.
- Contextualización del tratamiento.
- Establecimiento del objetivo que desea alcanzar el paciente.
- Evaluación de la motivación (regla motivacional).
- Psicoeducación basada en sus metas (juego controlado o abstinencia).
- Evaluación de los costes y beneficios de la conducta de juego (balance decisional)
- Tareas para casa.

### ***Desarrollo***

Inicialmente, se proporcionará feedback de la evaluación inicial y se explicará el procedimiento a seguir con la intervención propuesta. Para ello, es oportuno establecer las metas u objetivos terapéuticos que el paciente desea alcanzar (objetivo de juego controlado o abstinencia). Se puede recomendar la conveniencia de iniciar el tratamiento con metas pequeñas y alcanzables, es decir, puede ser más viable iniciar el tratamiento con la reducción progresiva de algunos de los parámetros de la conducta de juego, como son las pautas de juego. Por ejemplo, una meta pequeña y alcanzable podría ser el establecimiento de límites en el tiempo de juego o en el dinero apostado, lo que podría resultar más asequible que iniciar el tratamiento con un objetivo de abstinencia directamente. Por tanto, se debe recalcar que el interés de la intervención recae en el cambio respecto a su conducta de juego actual. Seguidamente, se solicitará que indique en una escala de 0 a 100 el grado de interés, confianza y relevancia que tiene para conseguir la meta propuesta (regla motivacional). Una vez se ha establecido el objetivo a alcanzar, se pondrá a su disposición toda la información referente a su problemática y/o al cambio que desea realizar respecto a su conducta actual.

A continuación, se propone realizar el ejercicio de balance decisional, donde se le indicará al paciente que anote las “cosas buenas” y “menos buenas” que tiene la conducta de juego, asignando a su vez un valor de 1 a 5 el grado de importancia. Para lograr un cambio, es necesario que la balanza se incline hacia los costes más que a los beneficios y para ello, si se considera necesario, se solicitará que especifique ciertos aspectos indicados en las “cosas menos buenas”. Con este ejercicio, se pretende trabajar la reducción de la ambivalencia mediante la discusión sobre las discrepancias observadas en su conducta de juego, para así incrementar su motivación al cambio. Por ejemplo, si el paciente anota en “cosas buenas” que jugar le ayuda a escapar de conflictos familiares, y en “cosas menos buenas” que cuando juega su pareja e hijos se preocupan, en este caso se pasaría a trabajar la ambivalencia mediante la discusión, ya que manifestaría dos mensajes que son contradictorios simultáneamente.

Finalmente, se entregará de nuevo el autorregistro, haciendo hincapié en su compromiso para completarlo a lo largo de toda la intervención.

## **Sesión 2. Detonantes y Afrontamiento de mi Conducta De Juego**

### **Objetivos específicos**

- Revisar la conducta de juego y el progreso durante la última semana.
- Identificar las situaciones precipitantes o de riesgo.
- Evaluar la autoeficacia percibida.
- Evaluar la motivación al cambio.

### **Tareas**

- Revisión del autorregistro.
- Identificación de los desencadenantes y análisis de la autoeficacia percibida.
- Evaluación de la motivación.
- Tareas para casa.

### **Desarrollo**

Tras revisar de manera conjunta el autorregistro semanal, se solicitará al paciente que realice el inventario de situaciones precipitantes de la recaída y estrategias de afrontamiento en el juego patológico (Echeburúa et al., 1997) donde señalará el nivel de peligrosidad de cada situación expuesta y sus posibles estrategias para hacerle frente. A continuación, se analizarán las situaciones de alto riesgo (desencadenantes) y aquellas que haya referido menor capacidad de afrontamiento (baja autoeficacia percibida). Por ejemplo, si el paciente señala que le produce ganas de jugar la siguiente situación “Cuando hay riñas y peleas en

casa” calificando la situación cómo “muy peligrosa” y en la estrategia para afrontarla anota “evitar seguir la discusión y hablar de forma calmada”, se detectarían los desencadenantes y su capacidad de afrontamiento, para que en la siguiente sesión se realice la discusión y así elegir el plan de acción más viable, que se descompondrá en pasos más pequeños.

Finalmente, se solicitará que indique su grado de disposición al cambio mediante la regla motivacional y se recordará la cumplimentación del autorregistro.

### **Sesión 3. Planes de Cambio o Acción**

#### ***Objetivos específicos***

- Revisar la conducta de juego y el progreso durante la última semana.
- Discutir los planes de cambio o acción.
- Mejorar las estrategias de afrontamiento.
- Potenciar la autoeficacia percibida.
- Evaluar la motivación al cambio.

#### ***Tareas***

- Revisión del autorregistro.
- Desarrollo de opciones y planes de acción.
- Evaluación de la motivación.
- Tareas para casa.

#### ***Desarrollo***

En primer lugar, se revisará la evolución de la conducta de juego durante la última semana mediante el autorregistro. Después, se pasará a desarrollar los planes de acción para disminuir el impacto de la conducta de juego en las situaciones de mayor riesgo propuestas en la sesión anterior. Para ello, el paciente expondrá la situación junto con la estrategia considerada y describirá posibles consecuencias positivas y negativas que obtendría de cada alternativa propuesta. En el ejemplo anterior, si el paciente señalaba que la situación desencadenante era: “Cuando hay riñas y peleas en casa” y la alternativa de acción: “evitar seguir la discusión y hablar de forma calmada”, pasaría a anotar las consecuencias positivas y negativas que obtendría de dicha alternativa propuesta. Esto ayudará a realizar la discusión para elegir el plan de acción más viable, que se descompondrá en pasos más pequeños para poder llevarlos a cabo en un futuro. Asimismo, puede ser útil utilizar estrategias cognitivas y/o conductuales para mejorar las estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, para el uso de estrategias cognitivas se puede realizar una lista de pros y contras de su conducta de juego ante situaciones detonantes (ej. “jugar cuando estoy irritado o me siento frustrado”; pros: “me

ayuda a evadirme”; contras: “genera nuevos conflictos en casa”), así como para las estrategias conductuales se puede entrenar la higiene del sueño, el ejercicio físico, la formación en habilidades sociales, ejercicios de relajación, etc. Por último, se administrará la regla motivacional. Respecto a las tareas para casa se mantendrá el autorregistro y se sugerirá llevar a la práctica alguna de las alternativas.

#### **Sesión 4. Prevención de Recaídas**

##### **Objetivos Específicos**

- Revisar el progreso del paciente durante el transcurso de la intervención.
- Potenciar la autoeficacia.
- Revisar los planes de acción.
- Establecer nuevos objetivos que desea alcanzar.
- Evaluar la motivación hacia nuevas motivaciones y metas deseadas.
- Analizar los costes y beneficios del cambio propuesto en su conducta de juego.

##### **Contenido**

- Revisión del autorregistro.
- Feedback de la conducta de juego.
- Reestructuración cognitiva.
- Evaluación de la autoeficacia y la motivación.

##### **Desarrollo**

En esta última sesión, se proporcionará al paciente el feedback comparativo de los cambios respecto a su conducta de juego antes de iniciar el tratamiento y durante éste. Para reforzar la autoeficacia, se consultará cuestiones cómo; ¿qué te llama la atención?, ¿cómo lo has logrado?, ¿cómo te hace sentir?, etc. A su vez, se seguirá el mismo procedimiento con las situaciones de riesgo y los planes de acción, revisando las alternativas puestas en marcha y su éxito frente a éstas. A continuación, se valorará la motivación y la disposición al cambio con la regla motivacional y además, se volverá a realizar el balance decisional planteando de nuevo el objetivo terapéutico (juego control o abstinencia) con el fin de analizar las “cosas buenas” y “menos buenas” que tiene el cambio. Respecto a la reestructuración cognitiva, se procederá a analizar el proceso de cambio mediante la metáfora del Monte Cambio. Se visualizará una imagen donde aparece una montaña muy escarpada situada sobre un mar aparentemente peligroso. En esta montaña, están representadas dos vías posibles de alcanzar la cima. Por un lado, la ruta A; un camino más largo con pequeñas detenciones y la ruta B; un camino más corto y directo. Con el juego patológico sucede algo similar; se pueden tomar las dos rutas para alcanzar su objetivo respecto a la conducta de juego, o bien se

alcanza de manera directa (ruta B) o de manera progresiva (ruta A). Por tanto, respecto a la ruta A, se recalcará que las “paradas” no implican retomar el punto inicial de cambio (recaída) sino que más bien son detenciones que potenciarán el aprendizaje para poder alcanzar su meta final (caída).

Finalmente, una vez realizada la evaluación final donde se administrarán de nuevo los diferentes instrumentos y el autorregistro, habrá un seguimiento telefónico a los seis meses tras la aplicación del programa.

### **Discusión**

Dado que las intervenciones breves constituyen un campo emergente de estudio en la intervención temprana de los problemas con el juego, el objetivo de este trabajo fue realizar una propuesta de intervención dirigida a personas diagnosticadas de juego patológico en la fase inicial del tratamiento, utilizando una intervención breve basada en el auto-cambio dirigido, con el fin de retener a los pacientes en futuras intervenciones, reducir la resistencia al cambio y aumentar su motivación hacia futuros tratamientos.

Los resultados de diferentes estudios (Echeburúa et al., 2014; Quilty et al., 2019; Yakovenko et al., 2015) sugieren la conveniencia de utilizar la intervención breve combinada con un enfoque motivacional, sobre todo en aquellos pacientes con una adicción menos grave. Además, se ha valorado cómo una alternativa terapéutica eficaz, de corta duración y fácil de implementar en comparación con las terapias tradicionales. Principalmente, cuando este tipo de intervenciones se basan en un tratamiento cognitivo-conductual, integrando intervenciones motivacionales y en formato autodirigido. Asimismo, en estudios como el realizado por Yakovenko et al. (2015) se ha evidenciado un efecto positivo significativo de la entrevista motivacional en la reducción de la frecuencia de juego y en la reducción de la cantidad de dinero invertida en los juegos de azar. Por ende, la entrevista motivacional constituye una herramienta de atención temprana para el juego patológico, siendo una vía de acceso a posteriores tratamientos especializados. En esta línea, la probabilidad de abandono del tratamiento es un factor importante que determina la respuesta al tratamiento de jugadores patológicos (García et al., 2018), por tanto las terapias motivacionales se consideran idóneas en esta población por demostrar su evidencia con menores tasas de abandono en comparación con la intervención puramente cognitivo-conductual (Rizeanu, 2015). Por tanto, a la vista de estos resultados, se esperan altas tasas de éxito con la implementación del programa.

No obstante, en el presente estudio se detectan ciertas limitaciones. Por un lado, el tratamiento propuesto va dirigido únicamente a la conducta de juego patológico, excluyendo aquellos casos donde existen altos niveles de comorbilidad con otros trastornos mentales,

como son los trastornos por consumo de sustancias, depresivos, de ansiedad y de la personalidad. En consecuencia, los datos indican que dicho trastorno no suele presentarse de manera aislada (Cía, 2013; APA, 2013), lo que dificultaría la selección de los participantes beneficiarios de la intervención propuesta. Asimismo, otra de las limitaciones encontradas hace referencia a que la propuesta de intervención está basada en el Programa de Auto-cambio Dirigido (Sobell y Sobell, 2015), el cual fue diseñado para reducir el consumo problemático de alcohol, con el objetivo terapéutico principal de disminuir el impacto negativo asociado a un consumo de alto riesgo. Por ende, no se conoce con exactitud si este tipo de intervenciones dirigidas al tratamiento del juego patológico resultarían eficaces, a pesar de los datos aportados anteriormente donde se demuestra su efecto positivo en la literatura publicada hasta la fecha. Estas limitaciones, pueden indicar una posible falta de adherencia terapéutica y/o un posible abandono del tratamiento antes de finalizar éste, por ese motivo, se dedicará gran esfuerzo a reducir el impacto de estos inconvenientes.

A pesar de ello, cada vez existen más estudios que pretenden evaluar la eficacia de las intervenciones breves para promover la intervención temprana en los problemas del juego, donde se persigue la adherencia a futuros tratamientos, dando la oportunidad de que sea el propio paciente quién decida qué cambio en su conducta de juego desea conseguir. Es por ello que, se plantea cómo línea de investigación futura, la necesidad de realizar una estimación precisa de los resultados de estas intervenciones para acreditar su aplicación generalizada y evaluar su eficacia respecto a las intervenciones breves en fases tempranas del juego patológico.

En consecuencia, el presente trabajo es un acercamiento a la posible aplicabilidad del Programa de Auto-cambio Dirigido (Sobell y Sobell, 2015) en el tratamiento inicial de jugadores patológicos, ya que constituye una prioridad que las personas se beneficien de esta intervención con el fin de reducir la resistencia al cambio, aumentar la motivación y finalmente, potenciar la adherencia a futuros programas de tratamiento íntegros, donde el objetivo terapéutico pueda ser la abstinencia a medio o largo plazo.



## Referencias

- Álvarez Cotoli, P., Jáñez Álvarez, M., García Laredo, E., Maldonado Belmonte, M. J., y Sánchez Peña, J. F. (2020). *Variables sociodemográficas en un estudio comparativo de eficacia de un programa de atención al juego patológico: seguimiento a 2 años de tratamiento*. XXI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Enfermería en Salud Mental. *Psiquiatría*.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baño, M., Mestre-Bach, G., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Gómez-Peña, M., Moragas, L., del Pino-Gutierrez, A., Codina, E., Guillén-Guzmán, E., Valero-Solís, S., Lizbeth Lara-Huallipe, M., Baenas, I., Mora-Maltas, B., Valenciano-Mendoza, E., Solé-Morata, N., Gálvez-Solé, L., González-Bueso, V., José Santamaría, J., Menchón, J. M., & Jiménez-Murcia, S. (2021). Women and gambling disorder: Assessing dropouts and relapses in cognitive behavioral group therapy. *Addictive Behaviors*, 123, 107085. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107085>
- Cía, A. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias: un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(4), 210-217. <https://doi.org/10.20453/rnp.v76i4.1169>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Nuevos retos en el tratamiento del juego patológico. *Terapia psicológica*, 32(1), 31-40. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100003>
- Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados. (s. f.). *Descripción de la enfermedad*. FEJAR. <https://www.fejar.org/ludopatia/descripcion-de-la-enfermedad/>
- Ferentzy, P., Wayne Skinner, W. J., & Matheson, F. I. (2013). Illicit drug use and problem gambling. *ISRN Addiction*, 2013, 342392. <https://doi.org/10.1155/2013/342392>
- 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), 19-224. <https://doi.org/10.20882/adicciones.965>
- Gayá Barroso, A. I. (2020). *El juego patológico: Del "vicio" a la adicción desde una perspectiva ocupacional* [Trabajo de Final de Máster]. <http://hdl.handle.net/10902/19517>

- Gómez, J., Sancho de Barros, M., Fernández, M. M., Cabrera, J., Quesada, C., Berrocoso, J., & Martín, J. C. (2008). *Manual de Intervención en Juego Patológico*. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia.
- Gómez, P. L. (2020). *Herramienta para la detección de juego patológico en edad adulta en la consulta de Atención Primaria* [Trabajo de Final de Grado, Universidad de Zaragoza]. <https://zaguan.unizar.es/record/101743/files/TAZ-TFG-2020-4791.pdf>
- Marcos, M., & Chóliz, M. (2019). Mujer y juego online. Propuesta de tratamiento de un caso de adicción a videobingo. *Informació psicològica*, (117), 99-114. <https://doi.org/10.14635/IPSIC.2019.117.7>
- Menchon, J. M., Mestre-Bach, G., Steward, T., Fernández-Aranda, F., & Jiménez-Murcia, S. (2018). An overview of gambling disorder: from treatment approaches to risk factors. *F1000Research*, 7, 434. <https://doi.org/10.12688/f1000research.12784.1>
- Moliner Castellano, B. (2015). *Psicopatología de personalidad y juego patológico* [Trabajo de Final de Grado, Universidad Jaime-I]. <https://is.gd/b9Ljjm>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2020). *Informe sobre Adicciones Comportamentales 2020: Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. [https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2021/09/2020\\_Informe\\_adicciones\\_comportamentales.pdf](https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2021/09/2020_Informe_adicciones_comportamentales.pdf)
- Petry, N. M., Ginley, M. K., & Rash, C. J. (2017). A systematic review of treatments for problem gambling. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 31(8), 951–961. <https://doi.org/10.1037/adb0000290>
- Quilty, L. C., Wardell, J. D., Thiruchselvam, T., Keough, M. T., & Hendershot, C. S. (2019). Brief interventions for problem gambling: A meta-analysis. *PloS one*, 14(4), e0214502. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214502>
- Rizeanu, S. (2015). Pathological Gambling Treatment - Review. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 187, 613–618. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.114>
- Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2015). *Terapia de grupo para los trastornos por consumo de sustancias. Un enfoque cognitivo-conductual*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Torres, J. M. F. (2022). Medidas, riesgos e incidencia de las apuestas deportivas en grupos vulnerables. *Revista Aranzadi de derecho de deporte y entretenimiento*, (74), 18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8306005>

Yakovenko I, Quigley L, Hemmelgarn BR, Hodgins DC, Ronksley P. (2015). The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling: systematic review and meta-analysis. *Addict Behav*, (43), 72-82. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.12.011>

