

Juego patológico

Ana Fernández-Alba
Francisco Javier Labrador

psicología clínica

guías de intervención


EDITORIAL
SÍNTESIS



JUEGO PATOLÓGICO

ANA FERNÁNDEZ-ALBA LUENGO
FRANCISCO JAVIER LABRADOR ENCINAS



JUEGO PATOLÓGICO

PROYECTO EDITORIAL
PSICOLOGÍA CLÍNICA

Serie
GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Directores:
Manuel Muñoz López
Carmelo Vázquez Valverde

JUEGO PATOLÓGICO

ANA FERNÁNDEZ-ALBA LUENGO
FRANCISCO JAVIER LABRADOR ENCINAS



Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Primera reimpresión: julio 2006

Diseño de cubierta: JV Diseño gráfico

© Ana Fernández-Alba Luengo
Franciso Javier Labrador Encinas

©EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34.28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-995834-3-3

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

Capítulo 1. Introducción

1.1. Descripción clínica

1.1.1. Descripción conductual

1.1.2. Criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10

1.2. Curso del trastorno

1.3. Datos epidemiológicos

1.3.1. Estudios realizados en la población general

1.3.2. Estudios realizados en la población clínica

Cuadro resumen

Exposición de un caso clínico: presentación

Preguntas de autoevaluación

Capítulo 2. Etiología

2.1. Variables implicadas

2.1.1. Variables sociodemográficas y culturales

2.1.2. Factores de personalidad

2.1.3. Factores biológicos

2.1.4. Factores de aprendizaje

2.1.5. Distorsiones cognitivas

2.2. Modelos explicativos: teoría de Sharpe y Tarrier (1993)

2.3. Variables e hipótesis explicativas: situación actual

Cuadro resumen

Exposición de un caso clínico: factores etiológicos

Preguntas de autoevaluación

Capítulo 3. Evaluación

3.1. Aspectos a evaluar

3.2. Instrumentos

3.2.1. Entrevistas estructuradas y semiestructuradas

3.2.2. Cuestionarios

3.2.3. Observación y auto-observación

3.2.4. Evaluación psicofisiológica: diseño de una sesión

3.3. Diagnóstico de problemas concomitantes: alcohol

3.4. Diagnóstico diferencial: episodio maníaco

3.5. Formulación del trastorno

Cuadro resumen

Exposición de un caso clínico: evaluación y desarrollo de hipótesis explicativas del problema

Preguntas de autoevaluación

Capítulo 4. Tratamiento I: guía para el terapeuta

4.1. Objetivo terapéutico: abstinencia *versus* un juego controlado

4.2. Revisión histórica de las técnicas utilizadas: eficacia de los programas terapéuticos

4.2.1. Primera fase: intervenciones farmacológicas y técnicas aversivas

4.2.2. Segunda fase: técnicas de exposición

4.2.3. Tercera fase: programas multicomponentes en régimen de internamiento

4.2.4. Cuarta fase: programas multicomponentes en régimen ambulatorio y programas autoaplicados

4.3. Propuesta de un programa de intervención

4.3.1. Objetivo

4.3.2. Técnicas seleccionadas

4.3.3. Diseño de las sesiones

4.3.4. Consideraciones prácticas

4.3.5. Eficacia del programa terapéutico y de sus componentes principales

Cuadro resumen

Exposición de un caso clínico: programa de intervención

Preguntas de autoevaluación

Capítulo 5. Tratamiento II: guía para el paciente

5.1. ¿Le gusta jugar?

5.2. ¿Tengo un problema con el juego?

5.3. ¿Por qué tengo un problema con el juego?

5.4. ¿Cómo puedo dejar de jugar?

5.4.1. Primer objetivo: dejando de jugar a corto plazo

5.4.2. Segundo objetivo: manteniéndose sin jugar a medio/largo plazo

5.4.3. Tercer objetivo: realizando otras actividades alternativas al juego

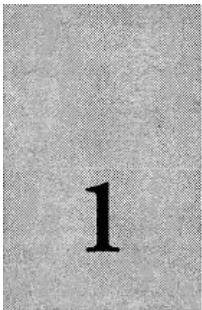
5.4.4. Cuarto objetivo: resolviendo los problemas de otra manera

5.5. ¿Y si tengo una recaída?

[Anexos](#)

[Clave de respuestas](#)

[Lecturas recomendadas y bibliografía](#)



1

Introducción

La larga historia de los juegos de azar ha ido inevitablemente acompañada de penalizaciones que contribuyen a limitar la práctica de esta actividad envuelta en una leyenda negra, llena de anécdotas que reflejan las consecuencias más negativas de un juego descontrolado. Apelar a la suerte le ha acarreado a esta conducta el apelativo de *vicio*, lo que no ha impedido, en un alarde de ambivalencia moral, que los juegos de azar sean utilizados como instrumento económico del poder. Pero con independencia de esta historia paralela de estigmas, maldiciones y censuras, lo cierto es que un número determinado de personas está dispuesto a arriesgar su capital en el resultado de un evento incierto, pudiendo perder el dinero propio y ajeno, el trabajo, la familia y los amigos en una actividad a la que se le ha dedicado el tiempo suficiente como para comprobar que a la larga se acaba siempre perdiendo. Por ello, sin necesidad de recurrir a las anécdotas dramáticas asociadas a la imagen del jugador, se puede afirmar que el juego, sinónimo de ocio, placer y fortuna, puede suscitar un trastorno digno de mención.

1.1. Descripción clínica

Son muchos los términos utilizados para hacer referencia a aquellos jugadores para los que el azar se convierte en ruina, y también son muchas las tipologías que pretenden establecer una dicotomía entre los jugadores ocasionales o sociales, cuyo juego no acarrea problemas, y los que reciben la etiqueta de jugador dependiente, compulsivo, problema o patológico, entre otras. Sin embargo, dada la espiral de deterioro por la que pasan los jugadores hasta que sus conductas se tornan desadaptativas, no parece de

mucha utilidad una clasificación cuya pertenencia a una categoría resulta en muchos casos pasajera, e incluso efímera, y donde los puntos de corte son inciertos. Por ello, parece más relevante a nivel clínico la descripción detallada de las conductas de juego cuando se vuelven desadaptativas.

1.1.1. Descripción conductual

Para la descripción de las conductas motoras, cognitivas y fisiológicas que caracterizan a un juego problemático o patológico se parte de los estudios realizados por Ladouceur (1993) y por los propios autores (Fernández-Alba, 1999; Fernández-Alba *et al.*, 2000).

A) Conductas motoras

- La conducta de riesgo monetario se incrementa en función de la exposición al juego.

En la misma sesión, cada vez se apuesta más a medida que el juego progresa, lo que finalmente provoca que la última apuesta de la sesión suela ser la más elevada.

Entre sesiones, la conducta de riesgo monetario no regresa a la línea-base, esto es, cuando se acude a una sesión las apuestas no comienzan al mismo nivel de inicio de la sesión anterior, sino con un nivel intermedio entre las apuestas iniciales y finales de la sesión previa.

- Se busca aumentar el riesgo asumido en las apuestas a lo largo de la sesión.

Esto puede hacerse, tanto aumentando la cantidad de dinero que arriesga (por ejemplo, en el caso de una máquina recreativa con premio, insertar en una sola apuesta un número cada vez mayor de monedas), como cambiando a apuestas de más riesgo cuando existe una falta de dinero (por ejemplo, en el caso de la ruleta, pasar de apuestas de menor riesgo, tales como rojo/negro, pares/impares o la combinación denominada *docena...*, a apuestas de mayor riesgo, como apostar a un sólo número –*número pleno*– o a dos números adyacentes –*caballo*–). De este modo, aún no pudiendo arriesgar mayor cantidad de dinero, mantiene la progresión del riesgo.

- En el caso de las máquinas recreativas con premio, se han observado los siguientes patrones motores:

– En una misma apuesta se introducen varias monedas seguidas, bien en un

- número fijo o variable en cada apuesta.
- La forma e intensidad de dar a los botones se caracteriza por golpes fuertes y/o secos sólo a ciertos botones que *desempeñan* una función determinada o, lo que es más común, a todos los botones con independencia de su función.
 - Mientras se está jugando, suelen manipular monedas que recogen de la bandeja de premios antes de haber concluido la última apuesta o que mantienen constantemente en la mano, a la vez que juegan.
 - Suelen recoger las monedas de la bandeja de premios e invertirlas de nuevo.

B) Conductas cognitivas

Utilizando el método de pensar en voz alta, el contenido de los pensamientos mientras están jugando es el siguiente:

- Las verbalizaciones de los jugadores patológicos engloban tres grandes contenidos:
 1. Distorsiones cognitivas referidas al azar –frases irracionales.
 2. Frases que simplemente describen aspectos, situaciones o variaciones del juego.
 3. Comentarios que expresan o manifiestan diferentes sentimientos o impresiones acerca de los resultados del juego.
- Cuando los jugadores hacen referencia a alguna estrategia en relación al juego, en un porcentaje que supera el 80%, y que en muchos casos alcanza prácticamente el 100%, son incorrectas ya que no hacen referencia a probabilidades objetivas, sino más bien a unos intentos infructuosos de influir en los resultados.
- De entre todas las distorsiones cognitivas, que serán analizadas en detalle más adelante, sobresalen:
 - a) La ilusión de control, el jugador patológico piensa que tiene una estrategia que le permitirá ganar, piensa que el azar no controla completamente los resultados del juego, más bien él puede controlar el azar.
 - b) Las predicciones sobre los resultados, que se producen porque el jugador percibe una importante dependencia entre una jugada y la siguiente. No se considera que las secuencias de juego son independientes y aleatorias entre sí, es decir, que sea el azar el que determina cada jugada, sino que se trata de sucesos relacionados en los que es posible predecir (y controlar) lo que va a

suceder en una jugada a partir de lo que haya ocurrido en las jugadas anteriores.

C) Conductas fisiológicas

Tradicionalmente se ha puesto de manifiesto el carácter excitante del juego, y los estudios que han evaluado esta variable, bien a través de medidas psicofisiológicas, bien por medio de índices subjetivos, señalan un aumento en los niveles de activación asociado a la conducta de juego.

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

1.1.2. Criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10

Será en 1980 cuando por primera vez, oficialmente de la mano del DSM-III, se reconoce el juego patológico como un trastorno mental. Está incluido en la categoría de los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados y define al jugador patológico como un individuo que se va haciendo crónica y progresivamente incapaz de resistir los impulsos de jugar y cuyo juego pone en un serio aprieto, altera o lesiona los objetivos familiares, personales y vocacionales (APA, 1980). Su inclusión en esta categoría parece estar justificada por tres rasgos característicos de este trastorno:

- a) Una incapacidad reconocida para resistir el impulso de jugar.
- b) Un incremento de la tensión física y psicológica que precede al “enganche” en la actividad de juego.
- c) Un nivel pronunciado de placer asociado con el alivio de la tensión alcanzada a través de la implicación activa en la conducta de juego.

De estos tres rasgos, la tensión precedente y los fracasos repetidos de resistir el impulso de ejecutar un acto relativamente ritualizado e intencional podrían conferir al juego patológico su conceptualización como un trastorno obsesivo-compulsivo. De hecho, la Organización Mundial de la Salud, en la CIE-10, va a indicar explícitamente que “este trastorno es también llamado juego compulsivo, pero este término es menos adecuado debido a que el comportamiento no es compulsivo en el sentido técnico ni el

trastorno está relacionado con los trastornos obsesivo-compulsivos” (OMS, 1992, p. 262).

Aunque su asentamiento dentro de la categoría residual de los trastornos del control de los impulsos no ha variado hasta hoy día, su descripción se ha ido puliendo con el tiempo, asemejándose cada vez más a los criterios establecidos para el diagnóstico de dependencia de sustancias psicoactivas.

Las consideraciones del DSM-IV resultan una componenda de las versiones anteriores junto con la incorporación de un criterio alusivo a la conducta de juego como fuente de escape (véase el [cuadro 1.1](#)). En resumen, en la actualidad las dimensiones discriminantes del diagnóstico de juego patológico serían, de acuerdo con Lesieur y Rosenthal (1991), las siguientes:

A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar).
2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
3. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.
5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de «cazar» las propias pérdidas).
7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.
8. Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza, para financiar el juego.
9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.

B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.

Cuadro 1.1. Criterios diagnósticos del juego patológico DSM-IV (APA, 1995)

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 o carrera.
10. Fianza.

Por último, conviene señalar que la actual clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento realizada por la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), en el diagnóstico de este trastorno, difiere significativamente de los criterios establecidos por la APA. Bajo el epígrafe de ludopatía y dentro de la categoría de los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos, sus criterios de investigación diagnóstica incluyen cuatro aspectos:

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

A su vez menciona tres criterios para realizar el diagnóstico diferencial, a saber:

- a) Un juego social habitual.
- b) Un juego excesivo en enfermos maníacos.
- c) El juego en el trastorno disocial de la personalidad.

De estos tres, el primero está implícitamente incluido en el DSM-IV, ya que no se establece el diagnóstico de juego patológico si no se cumplen cinco de los diez criterios establecidos; también éste comprende el juego en los pacientes maníacos, pero sólo para

mantener cierta cautela no como base para su exclusión; y con respecto al trastorno de personalidad antisocial, la APA permite realizar los dos diagnósticos simultáneamente sin necesidad de excluir el juego patológico en favor del trastorno de personalidad antisocial.

1.2. Curso del trastorno

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

El primer estadio recibe el nombre de *fase de ganancia*, ya que el incipiente jugador empieza a tener una historia de resultados positivos, que en algunos casos, incluso, puede considerar sustanciales. Este cúmulo de éxitos puede hacerle creer que dispone de habilidades excepcionales para el juego, propiciando que crea en su propio sistema y alimentando su imagen de gran jugador, lo que provocará que el tamaño y la frecuencia de las apuestas vayan aumentando gradualmente. Con el objetivo de conseguir más premios, comienza a invertirse más dinero y tiempo, favoreciendo unas pérdidas también más numerosas y cuantiosas y, en este momento, la única solución que se considera para recuperar el dinero es la de seguir jugando. El resultado será añadir nuevas pérdidas a las ya existentes.

Este optimismo desmesurado es el precursor de la entrada en una segunda etapa, la *fase de pérdida*, caracterizada por utilizar el propio juego como estrategia para recuperar las pérdidas (*la caza*). Pero para poder seguir jugando se precisa dinero, de forma que los pequeños préstamos pedidos a familiares y amigos se convertirán, en esta fase, en avíos mayores y en préstamos concedidos por bancos, tarjetas de crédito y prestamistas como forma de inversión que serán devueltos con las futuras ganancias. Si las fuentes de préstamo legal se agotan surge el riesgo de realizarlos de forma ilegal, pudiéndose cometer algún tipo de robo, fraude o falsificación. En esta carrera por recuperar el dinero perdido, el trabajo, la familia, las actividades de ocio y los amigos se convierten en un obstáculo, ya que interfieren con la necesidad imperiosa de dedicar más tiempo al juego. La conducta de juego ya ha perdido el contexto social en que solía desarrollarse y emergen los problemas familiares y laborales, favorecidos por el cúmulo de excusas y mentiras de las que precisa el jugador para conseguir dinero y justificar las pérdidas. Las ganancias, aunque ocurran periódicamente, son menores que las deudas; la presión de los acreedores aumenta y el jugador se ve obligado a confesar, seguramente de forma parcial, su crítica situación financiera; y con este argumento

implora a su familia o amigos un dinero que le será concedido para pagar las deudas contraídas bajo la promesa de dejar de jugar.

Un porcentaje considerable de jugadores acude a tratamiento en ese momento en que se ven obligados por las circunstancias a descubrir su problema al entorno y afirman haber decidido dejar de jugar. Sin embargo, la decisión va a durar muy poco tiempo, ya que una vez que disponen de dinero (supuestamente para saldar las deudas) volverán a jugar. A esta falta de motivación para el cambio se le une la necesidad de aparentar interés en dejar de jugar para que el entorno le siga ayudando (económicamente) a salir de esa situación. La mayor parte de los problemas que pueden surgir a lo largo de la intervención en un caso de juego se derivan de esta circunstancia y, por consiguiente, el terapeuta deberá estar alerta ante los intentos de engaño comunes en esta población clínica, con la dificultad añadida de que la información aportada por las personas cercanas al jugador puede estar sesgada al no querer aceptar la idea de que sigue mintiendo y que no tiene ningún interés en dejar de jugar.

Caso 1.º

Varón, 29 años. Aunque es su madre la que realiza todas las gestiones necesarias hasta encontrar una asistencia especializada en juego patológico, el paciente muestra, desde el principio, un gran interés en solucionar el problema. Un problema que lo define como «un gigante que está luchando contra él y que le ha hecho perder mucho». Cuando se realiza un recorrido por las áreas de su vida que se han visto afectadas por el juego, hace una descripción como una gran pérdida:

- Pérdida de confianza y diálogo con la familia.
- Pérdida de amigos.
- Pérdida de pareja.
- Pérdida de «sí mismo».
- Pérdida de trabajo.
- Pérdida de ganas de vivir.

Comenta que el juego es la autodestrucción y que daría su vida por solucionar el problema. El objetivo a alcanzar con el tratamiento es olvidar el juego por completo.

Durante la primera entrevista, y seguirá igual a lo largo de las sesiones de tratamiento, el paciente muestra una gran cooperación e interés, dando todo tipo de información de forma exhaustiva e incluyendo palabras y descripciones que parecen mostrar una reflexión profunda sobre el tema. En las sesiones de tratamiento continúa realizando todas las tareas encomendadas, indicando en los auto-registros

todas las veces que tiene ganas de jugar o juega a las máquinas recreativas con premio, y añadiendo, por iniciativa propia, información sobre cualquier otro tipo de juego (ordenador; cartas).

Durante las cuatro primeras sesiones de tratamiento el paciente indica, por un lado, que ha habido problemas en casa porque se han perdido 30 euros y le acusan a él; y por otro, que ha jugado en dos ocasiones 4,2 y 24,2 euros, respectivamente. La información que aporta la madre, con la que se establece contacto telefónico en la segunda semana de tratamiento, indica que todavía le coge dinero y que llega tarde a casa. Es en la tercera sesión de tratamiento cuando el paciente comenta que ha jugado 24,2 euros.

El terapeuta debe tener en cuenta que:

- ✓ Se debe sospechar de una manifestación exagerada y una “descripción literaria” del deseo de dejar de jugar.
- ✓ La realización de las tareas para casa (p. ej., auto-registros) no es una garantía de que el paciente disponga de motivación para el cambio.
- ✓ Se debe contrastar la información aportada por el paciente, aunque ésta sea extensa y tenga aspecto de ser veraz.
- ✓ Tan importante como el contenido de la información es el momento en que ésta se proporciona.

Caso 2.º

Varón de 45 años, parado, que en el primer contacto telefónico demanda un lugar donde pueda estar una temporada internado (como los centros especializados en drogodependencias); ante la ausencia de tales centros para jugadores patológicos decide pedir hora, acudiendo a consulta (1ª entrevista) acompañado de su mujer.

El terapeuta les explica las características del programa de tratamiento, momento que utiliza el paciente para preguntar si durante el período de seguimiento, una vez finalizado el tratamiento, es posible que el terapeuta proporcione información a su mujer de que él ya está bien.

Antes de comenzar la entrevista pormenorizada sobre el problema de juego, el terapeuta deja que comenten cualquier duda o aspecto que les parezca relevante, y entonces empieza a hablar el paciente. Éste se centra en el período de su vida más reciente (los últimos días antes de acudir a consulta), indicando que lleva casi una semana sin jugar e incidiendo en los aspectos religiosos que le han llevado a tomar la decisión de dejar de jugar (de hecho, en los últimos días ha estado en un monasterio). Su historia pasada la cuenta a grandes rasgos y de forma muy abstracta,

centrándose en los aspectos más positivos e indicando que jugaba para poder proporcionar más bienes a sus hijos.

Cuando termina esa introducción, la mujer, que hasta entonces había estado completamente callada, pide la palabra y comienza a contar la historia de juego de su marido, dando más detalles (fechas concretas, pérdida de diversos trabajos, acontecimientos concretos relacionados con el juego...) que contradicen todo lo comentado anteriormente por su marido. Acaba señalando que se va a separar y que es una decisión de su marido ponerse o no en tratamiento, aunque ella le aconseja que lo haga, que es hora de solucionar el problema. El paciente vuelve a reiterar que hace algún tiempo que no juega y que actualmente lo controla. Se produce entre ellos una discusión sobre la veracidad de lo contado por ambas partes.

El terapeuta debe tener en cuenta que:

- ✓ Se debe poner en tela de juicio la motivación para el cambio cuando la información aportada por el paciente hace referencia exclusivamente al hecho de que ya no juega.
- ✓ Los enfrentamientos en consulta pueden permitirse cuando aportan información relevante para el caso.
- ✓ Pueden existir otras motivaciones para ponerse en tratamiento distintas a la abstinencia al juego que deben ser detectadas y valoradas por el terapeuta de cara a continuar o no con la intervención. Entre otras destacan:
 - Interés en que el entorno cubra alguna deuda a cambio de acudir a tratamiento.
 - Utilización del tratamiento como eximente de responsabilidad sobre las acciones realizadas como consecuencia del juego y como “tapadera” de futuras acciones relacionadas con esta actividad.
 - Servirse del tratamiento con objeto de que el entorno del jugador aplase alguna decisión que le afecta de forma directa (p. ej., separación, divorcio, consideración de echar de casa al jugador, cambios en cuentas corrientes o bienes del jugador...).
- ✓ En muchos casos los propios jugadores consideran la conducta de juego como un «vicio», y por tanto, intentarán transmitir una imagen contraria a lo que supuestamente se entiende por una persona «viciosa».

La *fase de desesperación* constituye la continuación lógica del cúmulo de pérdidas y deudas. El entorno del jugador seguirá prestando el dinero para pagar más deudas a

costa de una constante erosión de tales relaciones, ya que no sólo no hay una devolución del dinero, sino que además continúa la conducta de juego. Sigue produciéndose un incremento del tiempo y el gasto de dinero dedicados al juego, pero por primera vez se desvanece ese optimismo característico debido a las cuantiosas deudas que acumula, el deseo de pagarlas con celeridad y los problemas laborales y familiares que le acucian. Cuando saben de antemano que van a perder, pero eso no les impide seguir jugando, ya que probablemente buscan la acción o excitación como objetivo en sí mismo, entonces han alcanzado el último peldaño de deterioro que es la *fase de desesperanza o agotamiento*.

1.3. Datos epidemiológicos

A pesar de los pocos años transcurridos desde la despenalización de los juegos de azar, que data de 1975, España se encuentra entre los países caracterizados por una elevada tasa de prevalencia del juego problema y patológico.

1.3.1. Estudios realizados en la población general

Como refleja el [cuadro 1.2](#), son escasos los estudios epidemiológicos realizados en nuestro país, pero ello no impide constatar que arrojan unas cifras similares a otros países que también cuentan con una gran diversidad de juegos y cierta tradición con respecto a esta actividad. De hecho, los datos aportados por los estudios epidemiológicos realizados en otros países (fundamentalmente Estados Unidos y Canadá) oscilan entre 0,1-2,7% de jugadores patológicos en la población adulta, utilizando el SOGS como instrumento de evaluación. Entre los menores de 18 años este rango se ve incrementado a un 1,7-11,2%, una variabilidad en las cifras que puede deberse al empleo de una gran variedad de instrumentos para su detección. Por ello resulta interesante el meta-análisis realizado con los datos norteamericanos (Shaffer y Hall, 1996) que arroja un 4,4-7,4% de jugadores patológicos, y entre un 9,9-14,2% que corre el riesgo de desarrollar un serio problema con el juego.

Autor	Autonomía, ciudad	Año	N	Instrumento utilizado	% Jugadores patológicos	% Jugadores problema
Cayuela (1990)	Cataluña	1990	1.230	SOGS	2,5	
Entitat Autònoma de Jocs i Apostes (EAJA) (1990)	Cataluña	1990			2,34	
Legarda, Babio y Andreu (1992)	Sevilla	1989	598	SOGS	1,67	5,18
Becoña (1993)	Galicia	1991	1.615	Entrevista estructurada (criterios DSM-III-R)	1,73 1,96 0,64 0,64 0,64 0,64 0,64 3,49	1,60 1,22 0,90 0,90 0,90 0,90 0,90 3,25
Federación Andaluza de Jugadores de Azar en Rehabilitación (FAJER) (1994)	Andalucía • Jaén • Sevilla • Cádiz	1994	4.977	Cuestionario (criterios DSM-IV)	1,7 2,4 2,3 2,1	3,3 – – –
Becoña y Fuentes (1995)	Galicia	1993	1.028	SOGS	1,36	2,04
Asociación de Jugadores de Azar en Rehabilitación del Campo de Gibraltar (JARCA) (1996)	Algeciras	1996	419	SOGS (versión modificada)	1,91	3,82

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

Fuente: Datos tomados de Fernández-Alba (1999).

Cuadro 1.2a. Estudios de prevalencia del juego patológico en España (adultos)

Autor	Autonomía, ciudad	Edad	N	Instrumento utilizado	% Jugadores patológicos	% Jugadores problema
Arbinaga (1996a,b)	Huelva	(14-17 años) (13-26 años)	105 146	SOGS	2,9 2,7	6,7 10,3
Becoña y Gestal (1996)	La Coruña	(11-16 años)	1.200	Cuestionario DSM-IV-J	2,23	
Villa, Becoña y Vázquez (1997)	Gijón	(11-16 años)	2.185	Cuestionario DSM-IV-J	1,6	

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

DSM-IV-J = Criterios del DSM-IV (versión juvenil) (Fisher, 1993).

Fuente: Datos tomados de Fernández-Alba (1999).

Cuadro 1.2b. Estudios de prevalencia del juego patológico en España (niños y adolescentes)

En la población española los datos oscilan entre un 0,6-3,49% de jugadores patológicos y una tasa más elevada de jugadores problema, esto es, de jugadores que sin cumplir los criterios diagnósticos de juego patológico ya sufre problemas por esta actividad (0,9-5,18%). Las cifras en la población más joven, aunque los estudios son realmente escasos, muestran una tendencia al alza con respecto a la población adulta, ya que oscilan entre 1,6-2,9% de jugadores patológicos y un 6,7-10,3% de jugadores problema.

1.3.2. Estudios realizados en la población clínica

De las características sociodemográficas de los jugadores patológicos destacan dos datos:

- a) Existe un ratio aproximado de dos varones por cada mujer que padece un problema de juego.
- b) Predomina el rango de edad comprendido entre los 18-30 años.

Al comparar esta descripción con los datos aportados por estudios realizados en jugadores patológicos que se encuentran en tratamiento aparece una clara discrepancia:

- a) En cuanto al género, el ratio es de 10 a 1 (por cada diez hombres que acuden a tratamiento, una mujer pide asistencia para dejar de jugar).
- b) Respecto a la edad, predomina el rango situado entre los 30-50 años.

Además, en la población en tratamiento abunda el estado civil de casado, así como los jugadores que disponen como mínimo de estudios primarios, mientras que en la población general de jugadores patológicos no se puede establecer una clara preponderancia en cuanto a un nivel determinado de estudios o un estado civil concreto. Es posible que estas variables (edad y estado civil) estén relacionadas con el impacto que provoca la conducta de juego en el entorno y que, de alguna manera, sean los jugadores casados y de mediana edad los que se vean más “obligados” a acudir a tratamiento. Sin embargo, no hay que descartar que con el tiempo se produzca un cambio demográfico en la población de jugadores patológicos que acude a tratamiento (hegemonía de los jugadores menores de 30 años), coincidiendo con los datos ofrecidos por las investigaciones realizadas en la población general (Fernández-Alba, 1999).

En los estudios realizados en nuestro país destaca una mayor participación de los jugadores patológicos en las máquinas recreativas con premio y en el grupo de las loterías (incluido el cupón de la ONCE), dato que coincide con la población clínica en tratamiento, que mayoritariamente (75-84% según los datos aportados por Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1994; Becoña, Labrador, Echeburúa, Ochoa y Vallejo, 1995) acude a consulta por un problema de juego relacionado con las máquinas recreativas con premio.

Cuadro resumen

El juego de azar con apuestas económicas es una actividad que ha evolucionado en paralelo al desarrollo de la propia cultura. También desde los primeros momentos se han destacado las consecuencias negativas del juego de azar, en especial la ludopatía o juego patológico.

Lo que caracteriza a un jugador patológico, al margen de otras consideraciones, son sus conductas de juego. Sus conductas motoras muestran un intento constante de incrementar el riesgo en las apuestas, sus conductas fisiológicas muestran importantes incrementos en la activación cuando juega y sus conductas cognitivas se caracterizan por la “ilusión de control”, el pensamiento irracional de que pueden controlar el resultado del juego de azar.

Hasta el año 1980 no es considerado el juego patológico como un trastorno mental. En la actualidad, los criterios para diagnosticar a un jugador patológico se centran en:

- a) Una incapacidad reconocida para resistir el impulso de jugar.
- b) Un incremento de la tensión física y psicológica asociada a la actividad de juego.
- c) Un nivel pronunciado de placer asociado al alivio de la tensión alcanzada a través del juego.

Se han descrito cuatro fases en la evolución del trastorno: fase de ganancia, fase de pérdida, fase de desesperación y fase de desesperanza o agotamiento.

Se estima que, en España, entre el 0,6 y el 3,49% de los mayores de 18 años presentan este problema, siendo algo más elevados los porcentajes en la población más joven. El juego en máquinas recreativas con premio parece ser el tipo de juego que más facilita el desarrollo de este problema.

Hay diferencias importantes entre las características de las personas que presentan problemas de juego patológico y las que acuden en demanda de ayuda. Aunque suele haber dos hombres por cada mujer con este problema, siendo predominantes las personas entre 18-30 años, acuden en demanda de ayuda diez hombres por cada mujer, y es más frecuente que sean personas entre 30-50 años, que estén casadas y que tengan al menos estudios primarios.

Exposición de un caso clínico: presentación

Datos sociodemográficos

Sexo: varón Estudios: 2º B.U.P. Estado civil: soltero, sin hijos
Edad: 30 Profesión: taxista Nivel socioeconómico: medio

Criterios DSM-IV de juego patológico

#1. No #3. Sí #5. No #7. Sí #9. Sí
#2. Sí #4. No #6. Sí #8. Sí #10. Sí

Historia del problema

Comienza a jugar a las máquinas recreativas con premio cuando tenía 25 años, único juego en el que apuesta con asiduidad. En aquella época su juego era esporádico, invirtiendo las vueltas de la consumición efectuada en el bar, y jugaba en compañía de un amigo «para ver si tocaba». De hecho, en una de las primeras ocasiones en las que invirtió dinero en estas máquinas obtuvo el premio máximo. En la actualidad sigue jugando para ganar dinero y, si ha jugado y ha tenido pérdidas, para recuperar.

Esta actividad comienza a ser un problema para el paciente unos siete meses antes de acudir a consulta, cuando se da cuenta de que a pesar de las horas que trabaja no dispone de dinero. Un cambio en su forma de jugar que lo atribuye al hecho de frecuentar, desde hace un año, un bar de taxistas donde juega con ellos.

El problema ha sufrido una evolución ascendente, ya que desde el período menos intenso, que el paciente lo sitúa al inicio de su conducta de juego, ha ido progresivamente empeorando hasta el momento actual. Durante los últimos tres meses es cuando más se han intensificado las conductas de juego.

Los recursos que ha utilizado para solucionar su problema los agrupa bajo la etiqueta de «tener voluntad (no parar en bares, no jugar)» con unos resultados que califica de nulos, ya que sólo ha estado veinte días sin jugar como consecuencia de una discusión con su novia hace cuatro meses, volviendo a jugar de nuevo con más ganas. Considera que en la actualidad no dispone de estrategias y/o recursos propios para dejar de jugar.

No ha recibido ningún tipo de tratamiento por este problema y afirma que con esta intervención espera conseguir su objetivo de «no jugar más a las máquinas», pues indica que, aunque cuando juega no se preocupa en absoluto, se siente alarmado porque se da cuenta de que «es un ludópata».

Su padre juega al bingo y a las máquinas recreativas con premio, pero el paciente considera que es un juego controlado, que no le crea problemas.

Preguntas de autoevaluación

1. Cuál de las siguientes afirmaciones es más correcta para caracterizar a un jugador patológico:
 - a) Se caracteriza por un incremento en su activación fisiológica, cuando juega, muy superior al que experimentan las personas normales. ☐
 - b) Su problema principal es el excesivo gasto económico. ☐
 - c) Toda su vida, personal, familiar, laboral y social, se desorganiza al supeditarse a su participación en el juego. ☐
 - d) Las personas que juegan sin hacer apuestas económicas o sin la posibilidad de ganar dinero con el juego no pueden llegar a convertirse en jugadores patológicos. ☐
 - e) En nuestro país, los juegos de casino y el bingo son los que facilitan en mayor medida el desarrollo de problemas de juego. ☐
2. A partir de las características sociodemográficas que describen a los jugadores patológicos se puede destacar que:
 - a) Es más frecuente que las mujeres acudan a tratamiento. ☐
 - b) El jugador prototipo es el padre de familia de unos 40 años y con nivel de estudios bajo. ☐
 - c) La incidencia del problema de juego patológico es menor entre las personas de menos de 18 años que no tienen acceso legal a las máquinas recreativas. ☐
 - d) Es más frecuente que acudan a tratamiento los jugadores con familia (casados y con hijos) que los que viven de forma independiente (solteros, separados o viudos). ☐
 - e) Es previsible que el problema del juego patológico remita en los próximos años tras el “boom” que ha seguido a su reciente legalización. ☐
3. De entre los factores que contribuyen a que una persona desarrolle un problema de juego, el más importante, de los abajo reseñados, parece ser el que:
 - a) Le toquen premios importantes en las primeras ocasiones en las que juega. ☐
 - b) Piensa que tiene una estrategia para ganar en el juego. ☐
 - c) Sus primeros contactos con el juego se han llevado a cabo en los casinos. ☐
 - d) Comience a jugar con el objetivo de ganar dinero con el juego. ☐
 - e) Tenga una importante disponibilidad económica. ☐
4. El fenómeno conocido como “la caza” hace referencia al hecho de que el jugador patológico:
 - a) Juega como estrategia para conseguir resarcirse de las pérdidas económicas. ☐
 - b) Es capaz de predecir; con una cierta eficacia, cuándo va a aparecer el premio. ☐
 - c) Trata de conseguir dinero de personas de su círculo próximo para poder seguir ☐

- jugando. ☐
- d)* Miente para evitar que las personas más próximas de su entorno le descubran (“le cacen”) jugando. ☐
- e)* El jugador está ya atrapado en el juego patológico y no puede salir de él. ☐
-

2

Etiología

El estado de conocimientos sobre los factores que determinan la aparición y mantenimiento del juego patológico es relativamente reducido y disperso, ya que su investigación se encuentra todavía en una fase incipiente. El resultado final es una gran cantidad de información y datos que permiten dar respuesta a aspectos muy concretos del problema de juego, pero que no han sido integrados de cara a ofrecer una visión completa y organizada del mismo (Labrador y Fernández-Alba, 1998).

2.1. Variables implicadas

Son muchos y de muy diversa índole los factores que se han esgrimido para explicar por qué un número relativo de personas se acerca a un tapete verde, a un cartón lleno de números o a una máquina de luces cegadoras; de las cuales, a su vez, sólo cierto porcentaje desarrollará problemas con el juego.

2.1.1. Variables sociodemográficas y culturales

Una de las primeras tareas en el abordaje de un problema, aunque su poder explicativo sea exiguo, suele ser tratar de identificar las características sociodemográficas de las personas que lo presentan, proporcionando el contexto en el cual insertar tales teorías (Walker, 1992a). En este sentido destacan las siguientes variables:

- a) Edad.* Se constata una cierta predilección por distintos tipos de juego según las edades de los jugadores. Por ejemplo, las loterías resultan más atractivas para el

segmento de más edad de la población, mientras que las máquinas recreativas tipo A (aquellas que se limitan a conceder al usuario un tiempo de uso o de juego a cambio del precio de la partida, sin que puedan dispensar ningún premio en metálico) lo son para la población joven, y los juegos de cartas para todas las edades.

- b) *Sexo*. Se ha señalado con frecuencia que algunos juegos son más típicos de hombres, como las quinielas, y otros de mujeres, como el bingo.
- c) *Nivel socioeconómico*. La atracción hacia ciertos tipos de juego se ve influida por el nivel socioeconómico; así la ruleta suele ser un juego para personas de un nivel socioeconómico superior a aquellos que juegan a las máquinas recreativas tipo B (esto es, máquinas tragaperras ubicadas en bares y salas recreativas). No obstante, surgen matices en función de los orígenes históricos del juego, de forma que, por ejemplo, en Gran Bretaña las carreras de caballos tienen un componente aristocrático, mientras que en Australia se organizan para las clases trabajadoras y en las comunidades granjeras.
- d) *Contexto histórico-cultural y legislación*. Legalizar nuevas formas de juego incrementa la cantidad de dinero invertido, las posibilidades de jugar y el número de personas que juegan.
- e) *Aceptación social (política, sociológica y personal del juego)*. En cada sociedad se favorecerá determinados tipos de juego, incluso modalidades diferentes para cada grupo social. Aspecto que se manifiesta claramente en nuestro país, en el que las mujeres están sobrerrepresentadas en juegos como el bingo y las máquinas recreativas con premio. Por tanto, el acceso a un juego estará determinado por ciertas costumbres y reglas sociales más que por aspectos legislativos.

Deben tenerse en cuenta algunas consideraciones adicionales referidas a los juegos disponibles o accesibles, entre ellas (Ochoa y Labrador, 1994):

1. *El tipo y número de juegos legalizados no hace referencia a la posibilidad de acceso a los mismos*. La legalización de un juego no tiene teóricamente que implicar un incremento desmesurado del número de personas que participa en el mismo. Sólo si la legalización va acompañada de medidas para facilitar al máximo la participación, es de esperar un incremento importante en el número de jugadores.
2. *El acceso al juego sí parece determinar las probabilidades de practicarlo*. Cuanto más accesible sea un juego, más factible es la exposición al mismo y su práctica,

incrementando la toma de riesgo en todo tipo de jugador y aumentando la probabilidad de convertirse en jugador patológico.

3. *El poder adictivo del juego al que se tiene acceso.* La estimulación de que dispongan para llamar la atención, claves que permitan generar ilusión de control en el jugador, la posibilidad de jugar en solitario o una apuesta de baja cuantía, son algunos de los aspectos que determinan el poder adictivo de los diferentes juegos.

En general es admisible la existencia de una relación entre la estructura del juego y su poder adictivo, que estaría en función de (Rodríguez-Martos, 1987):

- El elemento real o subjetivo de destreza personal.
- La brevedad del lapso de tiempo transcurrido entre la apuesta y el resultado.
- La posibilidad de aumentar la apuesta.
- La aceptación social.
- El grado de disponibilidad.
- El grado de tensión que genera.

En este sentido, Echeburúa (1992) considera que las máquinas recreativas con premio presentan unas características que facilitan más la dependencia que otro tipo de juegos. Entre ellas destacarían:

- a) Su gran difusión, no limitada a lugares específicos de juego, por lo que no hay que desplazarse a un local dedicado a los juegos de azar ni se requiere un atuendo adecuado.
- b) El importe de las apuestas es muy bajo, con la posibilidad de ganancias cuantiosas.
- c) La brevedad del plazo transcurrido entre la apuesta y el resultado (inmediatez del refuerzo) tiende a fortalecer la conducta de juego y a hacer más probable su aparición en el futuro.
- d) El funcionamiento intrínseco de tales máquinas potencia una cierta ilusión de control.
- e) Las características físicas de las máquinas recreativas (las luces intermitentes de colores, la música, el tintineo estrepitoso de las monedas cuando se gana) suscitan una tensión emocional y una gran activación psicofisiológica, convirtiéndose en estímulos asociados a la conducta de juego que potencian la misma.

4. *Las primeras experiencias con el juego.* Por un lado, la obtención de resultados positivos o negativos facilitará o disminuirá el acercamiento posterior al juego; y

por otro, ciertos aspectos, como el ambiente generado alrededor del juego, así como la compañía de otras personas cuando se juega, pueden favorecer la atracción por el juego.

2.1.2. Factores de personalidad

La búsqueda de factores de predisposición, en este caso al juego, ha sido una constante en las investigaciones psicológicas. Sin duda, variables externas, como una legislación más permisiva con el juego u otras de carácter socioeconómico o cultural, favorecen que el número de personas que en algún momento de su vida apuestan por un número, un caballo o una combinación de frutas aumente. Pero dado que no todas las personas que tienen contacto con el juego desarrollan problemas de juego patológico, se ha considerado, como supuesto básico, que debe haber algún tipo de rasgo, variable o característica interna que permita explicar este hecho incuestionable.

Como en muchos otros casos, los primeros esfuerzos han ido dirigidos a tratar de identificar características de personalidad que facilitaran el desarrollo de estas conductas. Se han estudiado rasgos generales como neuroticismo, extroversión o psicoticismo y también se han buscado diferencias en factores más específicos, como el locus de control y en especial el factor de *búsqueda de sensaciones*. Tales esfuerzos han dado pocos frutos, pues como es habitual en estos casos los resultados son poco precisos y contradictorios. Recurrir a un posible factor interno único como explicación de la conducta suele ser una estrategia poco eficaz o mejor, estéril. Además estos estudios presentan importantes limitaciones metodológicas. Por tanto, ante los esfuerzos realizados, la pregunta de por qué algunas personas llegan a convertirse en jugadores patológicos, mientras que otras –expuestas a los mismos factores psicosociales– no, parece que no ha obtenido una respuesta en las variables de personalidad.

2.1.3. Factores biológicos

Sin embargo, la búsqueda no ha cesado, continuando en los factores de predisposición biológica. Resulta razonable pensar que ciertos aspectos biológicos puedan interactuar con factores psicosociales para determinar la ulterior conducta de juego, y de hecho los resultados muestran una trayectoria congruente. Aunque las conclusiones sólo son tentativas debido, en este caso, a problemas metodológicos referidos al tamaño de la muestra, la técnica de muestreo, los datos retrospectivos y la ausencia de un grupo de control apropiado (McGurrin, 1992).

Las diversas líneas de investigación existentes en este campo pueden agruparse en

las siguientes (Ibáñez y Sáiz, 2000):

A) Hallazgos neuropsicológicos: impulsividad y déficit de atención

En algunos sujetos con trastornos del control de los impulsos se han encontrado signos de disfunción cerebral mínima y antecedentes de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia. De la misma forma, en los estudios realizados con jugadores patológicos se han descrito diversas alteraciones en el electroencefalograma, como el déficit en la diferenciación hemisférica o alteraciones localizadas en lóbulos frontales y temporales, así como una frecuencia elevada de jugadores patológicos que han presentado durante la infancia conductas relacionadas con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Así, se ha sugerido que, al igual que en otros sujetos con conductas de abuso de sustancias, los jugadores patológicos presentan un perfil neuropsicológico similar al descrito en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, de forma que los déficit atencionales podrían constituir un factor de riesgo para el desarrollo de conductas adictivas y, también, de un juego patológico.

B) Hallazgos neuroquímicos: disfunción monoaminérgica

Distintos hallazgos han propiciado la implicación neurobiológica en aquellos trastornos en los que está comprometido el control de los impulsos. Por este motivo, la ubicación nosológica del juego patológico dentro de la categoría de los trastornos del control de impulsos supone, teóricamente, considerar un funcionamiento deficitario de los procesos de inhibición cerebral, en los que la serotonina parece desempeñar un papel primordial. Por tanto, la hipótesis más extendida es la existencia de un *déficit en la transmisión serotoninérgica*. Una hipótesis que ha buscado su confirmación en:

- Estudios en el líquido cefalorraquídeo. La disminución del principal metabolito de la serotonina (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo no ha podido ser demostrado en jugadores patológicos, aunque previamente se había encontrado de forma reiterada en diversos trastornos caracterizados por un déficit del control de los impulsos.
- Estudios neurofuncionales con agonistas serotoninérgicos. Dado que las vías serotoninérgicas estimulan la secreción de prolactina, hormona del crecimiento y ACTH por la hipófisis, un procedimiento para conocer el estado del sistema serotoninérgico cerebral consiste en la medición de las respuestas hormonales tras la inyección de un agonista de la serotonina. Diversos estudios encuentran (a)

por un lado, una respuesta inhibida de la prolactina tras la administración de clomipramina, lo que sugiere la existencia de un déficit serotoninérgico que se manifiesta en una disminución de la actividad del neurotransmisor; (b) y por otro, un incremento de la respuesta de prolactina tras la administración de m-clorofenilpiperacina, lo que sugiere la existencia de una hipersensibilidad en los receptores postsinápticos que podría estar provocada por una reducida disponibilidad del neurotransmisor.

- Estudios de la actividad de la monoaminoxidasa (MAO). La MAO es una de las enzimas implicadas en la degradación de las aminas cerebrales, por lo que se especula que un déficit en su actividad pueda originar una acumulación de neurotransmisores que se relaciona con conductas impulsivas y agresivas. En los estudios realizados con jugadores patológicos se observa una disminución de la actividad MAO-B plaquetaria, lo que puede estar reflejando un signo de disfunción serotoninérgica.

La hipótesis de una *disfunción noradrenérgica* en la etiopatogenia del juego patológico, en concreto la existencia de una hiperactividad noradrenérgica, encuentra su fundamento teórico en la teoría del arousal, que postula que los jugadores patológicos tienen un nivel de activación disminuido, por lo que utilizan el juego como medio para alcanzar su nivel de arousal óptimo, pues se ha comprobado cómo esta actividad provoca un incremento en la activación psicofisiológica. Diversos estudios han confirmado la existencia de concentraciones elevadas del principal metabolito de la noradrenalina (MHPG) en líquido cefalorraquídeo y orina. Sin embargo, la premisa de la que parte esta hipótesis, y que describe a los jugadores como buscadores de sensaciones, se traduce en un constructo que no ha sido empíricamente contrastado.

La conceptualización del juego patológico como una adicción sin sustancia ha favorecido el desarrollo de la hipótesis de una *disfunción dopaminérgica*, ya que se ha observado que las sustancias químicas potencialmente adictivas tienen como elemento común la capacidad de provocar un incremento de la transmisión dopaminérgica. No obstante, esta vía de investigación es incipiente y hasta ahora los hallazgos han sido negativos.

C) Hallazgos genéticos: los receptores dopaminérgicos

Se han estudiado varios genes candidatos a ser un factor de vulnerabilidad del juego patológico, la mayoría de los cuales están en relación con el sistema dopaminérgico. Entre ellos destaca el receptor de dopamina D₂ (DRD₂) que ha sido asociado con la adicción a las drogas, algunas formas de alcoholismo grave y otras conductas adictivas e

impulsivas, encontrándose también en jugadores patológicos. Mientras que algunos autores encuentran en los resultados evidencias de asociación entre las variantes genéticas del gen DRD₂ y los distintos trastornos, otros autores consideran que éstas no son suficientes.

Como puede observarse, los resultados son escasamente concluyentes, presentándose el problema de si la alteración biológica es causa, producto o mero acompañante del juego patológico. Y aun cuando se pudiese establecer inequívocamente algún factor biológico de predisposición, quedarían por responder dos preguntas (Carlton y Manowitz, 1987):

1. Como tal predisposición no lleva irrevocablemente a un juego patológico, sería necesario determinar por qué algunos individuos “escapan” de su predisposición y no acaban desarrollando ninguna patología.
2. Como todos los individuos predispuestos no desarrollan una patología común, sería necesario determinar por qué individuos semejantes “eligen” patologías diferentes.

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

2.1.4. Factores de aprendizaje

Cuando a principio de los años cincuenta la popularidad de las teorías psicodinámicas, que históricamente habían sido predominantes en el estudio del juego a raíz de la obra de Freud *“Dostoevsky and parricide”*, empieza a decaer, éste se convierte en un tópico de las teorías de aprendizaje: la conducta de juego es una respuesta aprendida.

A) Condicionamiento vicario

La Asociación de Psiquiatría Americana (APA, 1988) señala varios factores familiares predisponentes al juego, al funcionar como modelos o facilitadores de situaciones estresantes, tales como una disciplina familiar inapropiada (ausencia, inconsistencia o permisividad), la exposición al juego durante la adolescencia, unos valores familiares que se apoyan sobre todo en símbolos materiales y financieros, o la

falta de hincapié familiar en el ahorro, la planificación y el establecimiento de presupuestos. Pero quizás por ser consideraciones demasiado amplias y genéricas, en la siguiente versión (1995) sólo se indica que los padres de personas con un problema de juego patológico padecen este trastorno y dependencia del alcohol con más frecuencia que en la población general. Aspecto que queda contrastado en estudios cuyas conclusiones sugieren que el juego o el abuso de alcohol (ya que este último comparte con el primero factores externos comunes) de un familiar cercano proporciona una influencia ambiental muy importante en el desarrollo del juego patológico. A pesar de que el impacto de los problemas de juego parentales no es tan abultado en todos los estudios, parece que esta correlación es apreciable; aunque quedaría por determinar si es el resultado de factores biológicos o, por el contrario, se basa en un aprendizaje social.

El modelado por parte de padres, amigos y figuras relevantes queda de manifiesto en el trabajo de Ladouceur y Mireault (1988), donde el 60% de los jóvenes que jugaba a las máquinas tragaperras lo hacía con sus padres, el 57% con sus hermanos y el 50% con otros miembros de la familia. A estos modelos, de los cuales carecían las generaciones precedentes (al menos en la oferta tan diversificada y generalizada de juegos), hay que añadir el hecho de que las nuevas generaciones tienen un acceso más fácil y, por tanto, una exposición más temprana a ciertos juegos, entre los que cabría destacar los videojuegos, tanto en videoconsolas y ordenadores de uso personal como en las salas recreativas cuya proximidad a las máquinas recreativas con premio es patente.

B) Condicionamiento operante

Las conductas de juego, en especial los juegos de azar, están controladas por un programa de razón variable, en el que las conductas obtienen un premio sólo en algunas de las apuestas y sin control directo por parte del jugador. Es decir, la conducta de juego resulta premiada de vez en cuando y de forma aleatoria, sólo cuando el jugador ha realizado cierto número de conductas (sin conocimiento previo de su total), aunque cuantas más se emitan, más alta es la probabilidad de obtener premio; por lo que este programa de reforzamiento genera expectativas muy altas, provocando una tasa de conductas elevada y estable (resistente a la extinción) (Ochoa y Labrador, 1994).

Aunque a simple vista aparezca el dinero como principal estímulo reforzador, no deben circunscribirse tales estímulos reforzadores a los posibles premios económicos; de hecho en algunos juegos, como las máquinas recreativas tipo A, éstos no existen. Otros reforzadores, como alteraciones en el nivel de activación o atención y aprobación social, pueden desempeñar un papel importante.

Parece que, en distintos momentos del desarrollo de la conducta de juego patológico, pueden estar operando diversos procesos operantes. Así, el reforzamiento positivo jugaría un papel primordial en los primeros momentos, contribuyendo al desarrollo y posterior mantenimiento de la conducta de juego; de hecho es frecuente la aparición de una ganancia elevada al inicio de la historia de juego (la *suerte del principiante* o la *gran ganancia*). Mientras que posteriormente sería más importante el papel del reforzamiento negativo, en el que disminuir o eliminar sensaciones o emociones desagradables se convierte en el objetivo primordial del juego, bien evitar un estado desagradable de deterioro económico y de ansiedad por haber perdido, o bien un malestar no relacionado con el juego, por lo que en este punto la conducta de juego se puede ver potenciada ante cualquier situación de estrés o malestar (Labrador y Fernández-Alba, 1998).

C) Condicionamiento clásico

Suele indicarse que los juegos de azar son una actividad excitante que se acompaña de un incremento de la activación psicofisiológica que, a su vez, es experimentada como algo placentero debido a los premios, ya que cualquier estímulo o conducta que preceda a una ganancia llegará a provocar una respuesta condicionada de placer. Se ha sugerido así que la excitación es la “droga” del jugador. Sin embargo, los estudios que han evaluado la activación, bien a través de medidas psicofisiológicas o bien por medio de índices subjetivos, no son concluyentes, ya que en algunos casos los resultados no arrojan diferencias significativas entre los jugadores patológicos, regulares y ocasionales.

En cualquier caso, para poder hablar de la participación del condicionamiento clásico en la conducta de juego, se debería poder demostrar que la activación psicofisiológica de los jugadores, con independencia de los parámetros de su conducta de juego, es significativamente superior a la experimentada por la población general de no-jugadores, y que ésta no es el resultado de las conductas motoras que se ponen en marcha durante el juego.

2.1.5. Distorsiones cognitivas

La perspectiva imperante hasta la década de los setenta, que consideraba al hombre como un buscador activo de información para comprender su entorno y un usuario eficiente de dicha información en el análisis cotidiano de la misma, comienza a ponerse en entredicho. Una serie de trabajos empíricos sobre el razonamiento empieza a

cuestionar seriamente la metáfora del hombre como científico. En otras palabras, se cuestiona la idea de que el hombre proceda de manera racional, y más aún que apele en su razonamiento a algún tipo de cálculo lógico o probabilístico. De manera que a la hora de evaluar la probabilidad de un evento incierto, se utilizan una serie de principios heurísticos, cuya utilidad es reducir las complejas tareas de evaluación de probabilidades y de predicción de valores a unas operaciones de juicio más simples, es decir, que se usan una serie de *atajos* que, aunque facilitan la tarea, se alejan del proceder racional estricto; determinando la selección de decisiones cuyos resultados no sólo no son óptimos, sino que, incluso, pueden llegar a ser absurdos.

Los juegos de azar, arquetipo de tarea probabilística, en los que las predicciones racionales pueden ser especialmente complejas, parecen un campo abonado para la aparición de tales heurísticos y sesgos, a los que se les confiere el papel de reducir la incertidumbre que genera una tarea probabilística, infravalorando la influencia del azar. Son muchas las distorsiones cognitivas que se han descrito en el ámbito de los juegos de azar (véase el [cuadro 2.1](#)), de las cuales destacan cuatro fundamentales:

Heurístico/sesgo	Definición	Ejemplos
Disponibilidad	El juicio sobre la probabilidad de un evento se realiza en función de la facilidad con la que tal suceso puede ser rescatado de la memoria. En tales "juicios de tipicidad se confunde lo que es más típico con lo que es más probable" (Piattelli, 1995, p. 57).	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 se gana, se recuerden mejor estos episodios de ganancias que los de pérdidas y por ello se juzguen como más probables.
Representatividad	El juicio sobre la probabilidad de un evento se realiza estimando su similitud con la clase a la cual se supone pertenece ese ejemplar.	Este heurístico afecta al uso de sistemas en el juego, como, por ejemplo, apuntar los números de una lotería aparecidos en los días precedentes (Corney y Cummings, 1985).
Insensibilidad al tamaño muestral	Una forma especial del heurístico de la representatividad es la denominada ley de los números pequeños, por la que se cree que las muestras pequeñas reflejan las características de la población de la que provienen (Tversky y Kahneman, 1971), esto es, "se cree que es estadísticamente verdadero para las series cortas lo que es tan sólo aproximadamente verdadero para las series muy largas, y rigurosamente verdadero solamente para secuencias de longitud próxima al infinito" (Piattelli, 1995, p. 59). En definitiva, crea una dependencia entre eventos sucesivos que en principio son independientes.	En la creación de una secuencia aleatoria de lanzamientos imaginarios de una moneda, la aparición de caras/cruces en un segmento corto es cercana al 0,5. En las carreras de caballos se usa la estrategia de apostar a los favoritos siempre y cuando éstos hayan ganado en las carreras previas. El supuesto que subyace es el de pensar que los otros apostantes van a considerar esta situación como improbable, pues se espera que otros caballos, también favoritos, ganen; de manera que la apuesta inusual se convierte en una buena apuesta.

Falacia del jugador Tipo I	"Creencia de que el azar es un proceso auto-correctivo en el cual una desviación en cierta dirección induce a una desviación en la dirección opuesta para restaurar el equilibrio" (Tversky y Kahneman, 1982, p. 7). En definitiva, refleja la creencia de que la probabilidad de un suceso futuro aumenta cuanto mayor es la racha anterior del suceso contrario.	En el blackjack se espera que la probabilidad de ganar se incremente después de tres pérdidas sucesivas. En la ruleta los jugadores piensan que un cierto número está por salir cuando lleva mucho tiempo sin aparecer. Se dice que una máquina recreativa «está caliente» cuando lleva muchas jugadas sin dar premios.
Falacia del jugador Tipo II	Creencia de que se puede detectar un número favorable a partir de un número de observaciones reducido (Keren y Lewis, 1994).	Recuento de los números ganadores en la ruleta con el objetivo de detectar aquellos que aparentemente tienen una mayor probabilidad de aparición.
Estructura del problema	El contexto en el que se estructura un problema determina la elección de estrategia.	El hecho de que la mayoría de los jugadores de blackjack considere este juego como un equipo deportivo determina la creencia en un esfuerzo conjunto para ganar; si éste no se produce, las oportunidades se reducen. El resultado es que los jugadores atribuyen las pérdidas a los demás: «un mal jugador puede estropear el juego de todos». El énfasis puesto en los números aparecidos en la ruleta determina que los sujetos desarrollen diferentes métodos para su propio recuento, de forma que las pérdidas las atribuyen a su falta de habilidad.
Ratificación del sesgo o sesgo confirmatorio	Búsqueda de información que sea consistente con el punto de vista de uno y menosprecio de la información opuesta.	Un jugador de ruleta realiza una gran apuesta, únicamente, al número 24 porque éste siempre va precedido del 12, que acaba de salir. La ruleta comienza a moverse y sale el número 16; ante la pregunta de qué ha ocurrido, el jugador responde que casi gana porque en la ruleta el 16 y el 24 son números adyacentes. Probablemente, resultados como el 5, el 10 o el 33 también hubieran confirmado su creencia, ya que están muy cerca del 24. El 22, 23, 25 y 26 también son confirmatorios porque tienen un valor numérico cercano al 24. Otros números como el 20, 21, 26 y 27 porque están adyacentes al 24 en el tablero. Y así sucesivamente, sin olvidar las veces que el 24 sale, si no inmediatamente, en la segunda apuesta. Otro ejemplo es el jugador de blackjack que descubre que después de la carta número 10, viene el 11 o el 12; después de un 6, un 5, después de un 2, un 8. A pesar de que se comprueba que estas reglas sólo se confirman una cuarta vez, se tiene en cuenta exclusivamente la información que corrobora la creencia.
Fijación en las frecuencias absolutas	En la valoración del éxito se tiene en cuenta la frecuencia absoluta (cuánto se gana) más que la frecuencia relativa (balance entre pérdidas y ganancias).	Una persona que se describía a sí misma como suertuda comentaba que siempre ganaba a la lotería, a las quinielas, etc. Analizando el dinero que había ganado en función de lo gastado, se comprobó que el gasto era superior a la ganancia; sin embargo, el jugador no había tenido en cuenta sus pérdidas, enfatizando que las veces que había ganado eran increíblemente numerosas.
Sesgo de la información concreta	La información concreta, como la basada en recuerdos vívidos o incidentes llamativos, domina a la información abstracta, como los cálculos o los datos estadísticos.	Los jugadores de blackjack perciben que usar procedimientos para contar las cartas no funciona, porque no tienen en cuenta la idiosincrasia de cada situación específica. La explicación es que los jugadores tienen problemas para comprender la naturaleza probabilística de una estrategia basada en principios estadísticos. Para ellos, una estrategia efectiva es aquella que funciona como tal en cada una de las situaciones individuales.

Correlación ilusoria. Pensamiento mágico	Variables que de acuerdo con algún tipo de idea estereotipada se consideran que covarían, cuando en realidad no es así. La correlación ilusoria está en la base de muchas supersticiones en el juego, creencias que en última instancia hacen descartar las probabilidades estadísticas. Además "cuando se está convencido del valor de una correlación positiva aun cuando ésta pueda ser objetivamente ilusoria, se consigue siempre encontrarle nuevas confirmaciones y justificar sus causas" (Piattelli, 1995, p. 124).	Un jugador de bingo explicaba que tenía un rotulador de la suerte que sólo utilizaba para marcar ciertos números, tachando el resto con otro rotulador; ya que al de la suerte se le estaba acabando la tinta. (¡A veces la suerte se acaba antes de que se gaste la tinta!) (King, 1990).
Inconsistencia del proceso	Las personas presentan, algunas veces, una incapacidad para aplicar una estrategia de juicio consistente a través de una serie de casos. Cuando dos modelos de predicción diferentes son usados como alternativa uno del otro, es posible crear la ilusión de que los resultados son predecibles sin tener en consideración los modelos. De manera que los resultados siempre se podrán interpretar como una confirmación de alguno de los modelos. Este cambio de estrategias de juicio favorece a su vez la aparición del sesgo de las explicaciones <i>post hoc</i> .	Cuando un jugador decide continuar o pararse a 15 puntos del As que posee el contrincante, puede tener en cuenta las cartas aparecidas con anterioridad, de manera que a cartas altas supuestamente le seguirían bajas, y viceversa, o puede pensar en el orden de las cartas en la baraja. Una carta alta confirma el modelo que consideraba el orden de la baraja. Una carta baja confirma el modelo que estaba basado en consideraciones probabilísticas a largo plazo. Cambiando de un modelo a otro, salga el resultado que salga, va a facilitar la creencia de que los resultados eran predecibles.
Extrapolación no lineal	Dificultad para estimar probabilidades juntas de eventos simples.	Cualquier jugador puede entender que la probabilidad de ganar en una apuesta en ruleta al rojo o al negro es del 50%. Sin embargo les resulta extremadamente difícil estimar la probabilidad después de 100 vueltas.
Confianza en los hábitos	La gente elige determinadas alternativas porque suele ser costumbre hacerlo así.	En la ruleta hay claros ejemplos («el cinco, el dieciséis y vecinos», «los cinco números», «los diamantes mágicos») que ponen de manifiesto cómo existen unos patrones de apuesta preferentes basados en la costumbre más que en el cálculo de probabilidades.
Justificabilidad	Se prefiere una regla que es justificable a otra para la cual no existe justificación evidente.	Cuando un jugador decide pararse a 16 puntos del Siete que posee el contrincante, lo hace, a pesar de que la probabilidad de perder con 16 puntos es todavía mayor, porque el cálculo de la probabilidad de perder si continúa jugando es más sencillo.
Reducción de la complejidad	Antes de la toma de decisión, los problemas complejos se reducen a problemas más sencillos.	Para un jugador de lotería, la compleja estructura de ésta se reduce a que el precio del boleto sea razonable y a que la cantidad y la calidad de los premios sean adecuadas, sin tener en cuenta la relación entre ambos, el número de boletos vendidos o lo que se hace con los no vendidos.

Ilusión de control	La actividad que atañe a un resultado incierto puede por sí misma inducir en una persona sentimientos de control sobre dichos resultados.	La ruleta, el blackjack e incluso las máquinas recreativas con premio están diseñadas de forma que los jugadores deban tomar constantemente decisiones, desarrollándose así la sensación de estar influyendo en el resultado.
Estructuras de aprendizaje sesgadas	Los resultados observados pueden producir una información incompleta acerca de otras predicciones.	A partir de un cierto resultado se pueden evaluar los efectos del juego, mientras que se eluden los del no juego.
Atribución flexible	Tendencia a atribuir los éxitos a las habilidades propias y los fracasos a influencias de otro tipo.	La aparición de un evento fortuito en un partido de fútbol es considerado como el responsable del resultado negativo.
Perder por poco	Perder por poco es un signo alentador que confirma la estrategia del jugador y aumenta la esperanza de que el premio está próximo (Reid, 1986).	Al perder por poco, el jugador pensará que su suerte está cambiando, ya que el premio está cerca.
Diferencia entre el azar y la suerte	Azar: alude a la falta de conocimiento sobre la causa de un evento. Suerte: afecta a los resultados de forma personal.	Un jugador puede creer que se pierde más que se gana, pero en su caso ese dato estadístico no se puede aplicar ya que es su día de suerte.
Sesgo de las explicaciones post hoc o sesgo retrospectivo	Retrospectivamente, las personas no se sorprenden por lo ocurrido e incluso creen que predijeron 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 determinará el carácter futuro de los resultados.	Las pérdidas son percibidas como resultados erróneos, esto es, resultados que por alguna inesperada razón no se ajustan a la predicción correcta, por lo que las pérdidas no son interpretadas como una refutación de sus modelos de predicción.

Cuadro 2.1. Heurísticos y sesgos característicos en los juegos de azar (Fernández-Alba, 1999)

- a) *Ilusión de control*. Creencia en que las habilidades o destrezas propias pueden controlar o vencer el azar, sobrevalorando la posibilidad de control sobre los resultados.
- b) *Confianza en la suerte*. Creencia que se deriva de la sobrevaloración de las posibilidades de ganar, independientemente de cualquier acción realizada por el jugador. Ante la paradoja que supone que el jugador mantenga la fe en la suerte a pesar de las constantes pérdidas, se habla de las *pérdidas cercanas* o *casi ganancias* como un fenómeno que favorece la idea de que existe una oportunidad real y significativa de ganar en el futuro (aunque objetivamente todas las pérdidas sean iguales y ninguna esté más cerca que las otras del premio).

En definitiva, el jugador considera que la habilidad y la suerte son los principales factores que intervienen en el juego, favoreciendo una sobrevaloración de las posibilidades objetivas de ganar. Pero mientras que la confianza en la suerte aparece en cualquier tipo de juego, la ilusión de control se ve fomentada en aquellos cuya

estructura le permite al jugador tomar decisiones y llevar a cabo acciones que *influyan* en el azar.

- c) *Heurístico de la representatividad*. Se caracteriza por establecer una dependencia entre eventos sucesivos que en principio son independientes. De las distintas formas en las que se manifiesta este heurístico, destaca la falacia del jugador tipo I que refleja la creencia de que la probabilidad de un suceso futuro aumenta cuanto mayor es el período anterior del suceso contrario.
- d) *Atribución flexible*. A pesar de las frecuentes pérdidas, los jugadores mantienen la confianza en sus habilidades debido a que tienden a evaluar los resultados de manera sesgada. En concreto, funcionan con la llamada atribución flexible, que es la tendencia a imputar los éxitos a factores internos, como la habilidad o el esfuerzo, mientras que los fallos se atribuyen a factores externos a la persona, tales como obstáculos o mala suerte (Walker, 1992a). Dado que los éxitos tienden a incrementar las expectativas más de lo que los fracasos las disminuyen, con el paso del tiempo el jugador se mantiene más confiado de lo que la probabilidad objetiva o el patrón de resultados podrían justificar (Gilovich, 1983).

Todo este conjunto de distorsiones sumergen al jugador en un proceso de toma de decisiones que le encierran escalonadamente en una estrategia de decisión que, de hecho, ya ha fallado.

2.2. Modelos explicativos: teoría de Sharpe y Tarrier (1993)

Estos autores intentan desarrollar un modelo explicativo de la adquisición y mantenimiento de la conducta de juego problemático, en el que se establece la relación funcional entre las variables explicativas que se han visto más relevantes (véase la [figura 2.1](#)).

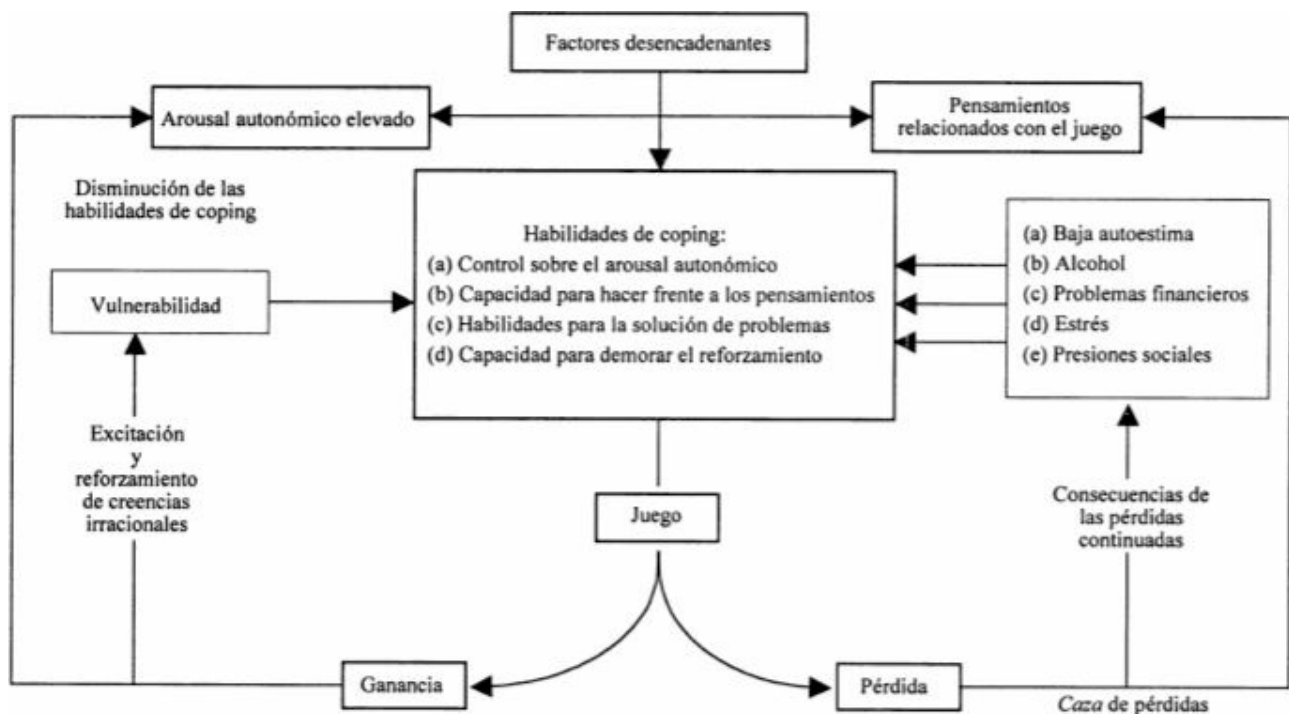


Figura 2.1. Modelo de Sharpe y Tarrier (1993).

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

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

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

factor de predisposición al juego problemático. Esta serie de habilidades hace referencia a:

- a) La capacidad para controlar la activación autonómica.
- b) La capacidad para rechazar o cuestionar los pensamientos irracionales.
- c) La capacidad para aplazar la toma de decisión y el uso de habilidades de solución de problemas.
- d) La capacidad para aplazar el reforzamiento.

A su vez, las pérdidas económicas generadas por el juego van a provocar problemas en otras áreas de la vida del jugador, cuya resolución va a depender de este mismo conjunto de habilidades. En consecuencia, un jugador con un déficit en las habilidades anteriormente mencionadas es más probable que continúe jugando para intentar, por un lado, solventar las pérdidas y, por otro, utilizar esta conducta como única estrategia de afrontamiento de esas situaciones problemáticas que preceden o derivan del propio juego, entrando en un círculo vicioso.

Es destacable el papel que el modelo atribuye a los pensamientos asociados con la conducta de juego: si el jugador gana, reforzará sus creencias sobre la probabilidad de ganar; y si pierde, pensará que esto ocurre a veces, esperando que cuanto mayores sean las pérdidas también serán mayores las ganancias, y por tanto desarrollará una conducta de *caza* de tales pérdidas. Para estos autores, el papel de dichas distorsiones es fundamental para explicar el mantenimiento de la conducta de juego a pesar de las consecuencias negativas del mismo; de hecho consideran que sin estas cogniciones operando durante el juego, los jugadores dejarían de jugar.

Sin embargo, en la adquisición, los autores consideran que estas cogniciones aparecen después de repetidas conductas de juego, en las que lo fundamental son los refuerzos monetarios y los producidos por la activación. Pero cabría preguntarse, si se comienza a jugar por lo excitante que resulta la posibilidad de ganar y el refuerzo de la ganancia *per se*, o el contacto con el juego se produce bajo la influencia de ciertas *creencias* que favorecen la idea de que se va ganar.

2.3. Variables e hipótesis explicativas: situación actual

De todas las variables reseñadas, parece que algunas tendrán un valor explicativo fundamentalmente del origen de la conducta de juego, pero no de su mantenimiento, como puede ser el caso de las variables sociodemográficas y culturales o el aprendizaje

vicario. En este sentido, cobran especial interés la *exposición al juego* y los *grupos de referencia*. La disponibilidad del juego es a priori un requisito para que tenga lugar la conducta de juego, y la oportunidad de jugar va a depender claramente de la cultura en la que viva el individuo, actuando a través de tres vías:

- a) La difusión con la que, históricamente, diferentes juegos están disponibles en esa cultura.
- b) Las actitudes y costumbres culturales, que fomentan o disuaden la implicación en esas formas de juego disponibles.
- c) Las leyes y regulaciones culturales, que determinan los tipos de juego cuya práctica está penalizada.

Por su parte, las actitudes hacia el juego de los grupos de referencia pueden desempeñar un papel importante en la disposición de una persona a jugar, ya que muchos factores culturales y subculturales van a influir en el individuo a través de sus grupos de referencia. Puede inferirse, entonces, que aquellos grupos con los que una persona se identifica actúan como incentivo o inhibidor del juego, contribuyendo a la ecuación del juego a través del aprendizaje vicario, proceso destacado que proporciona la capacidad de jugar y fomenta la participación en esta actividad.

Otras variables, por la circularidad de sus explicaciones y las limitaciones metodológicas que han acompañado a su estudio, tienen un escaso valor explicativo; ésta es la situación en la que se encuentran los factores de predisposición, y en especial las variables de personalidad, incluidos ciertos rasgos muy específicos y tradicionalmente relacionados con esta actividad (como es el caso del constructo búsqueda de sensaciones o impulsividad). A las razones aducidas habría que añadir unos resultados contradictorios que redundan en la ineficacia de este tipo de variables.

Por tanto, el *paradigma operante*, que explica cómo la conducta de juego se mantiene por un programa de razón variable, junto con el papel de las *distorsiones cognitivas referidas al azar*, se configuran en los factores más potentes de cara a explicar el mantenimiento de la conducta de juego. Una vez que se han comenzado a emitir las conductas de juego, éstas se mantendrán o no en función de las consecuencias percibidas (reforzamiento positivo y negativo), conformando la activación psicofisiológica experimentada como excitación gratificante y los premios económicos, parte esencial del reforzamiento positivo. Por ende, las creencias que el jugador mantiene sobre esta actividad: a) acerca de la naturaleza del juego, b) sobre las estrategias para jugar, y c) en cuanto a la interpretación de los resultados, fomentarán en el jugador la idea de que puede ganar dinero con el juego, en contra de lo que haría

suponer unos pensamientos precisos y ajustados a la realidad.

Por último, el juego puede servir de vía de escape a una situación de estrés, con la misma efectividad que cualquier otra actividad absorbente. Por tanto, tales eventos tienen la capacidad de intensificar un juego preexistente, que en ese caso cumpliría varias funciones, entre ellas desviar al individuo de dicha fuente de estrés, centrar la atención fuera de esa situación y proporcionar una forma de evitar la responsabilidad social. La contribución de este factor se centraría, pues, en ahondar en el grado de implicación de esta actividad y por lo mismo, posiblemente, en el desarrollo de un juego problemático. No hay que olvidar que parte del nivel de estrés, y en muchos casos la parte fundamental, proviene de las propias consecuencias de la conducta de juego (pérdidas económicas, problemas laborales, familiares, acreedores...), produciéndose un círculo vicioso que se retroalimenta (el jugador cada vez tendrá más problemas debido al juego y, sin embargo, empleará esta actividad como estrategia fundamental para afrontar tales situaciones). A su vez, la falta de habilidades adecuadas para hacer frente a la conducta de juego e impedir su mantenimiento y desarrollo, en especial si existe una cierta disponibilidad económica (propia u obtenida por medios legales o ilegales), facilitará su cronificación.

De cara a establecer un modelo teórico explicativo del juego patológico, parece obligado tener en cuenta todos estos aspectos que de alguna manera están relacionados con la conducta de juego. Sin duda, un modelo que integre este conjunto de factores es algo deseable, pero sin perder de vista que la potencia de las relaciones causales y la modificabilidad de tales variables es desigual. Difieren temporalmente, pues como ya se ha indicado, algunas cobran especial relevancia en el origen de la conducta, tales como la exposición al juego o los grupos de referencia, mientras que otras intervendrían fundamentalmente en el mantenimiento y cronificación de la conducta de juego, como son los procesos de reforzamiento y las distorsiones cognitivas. Difieren en la viabilidad de unos cambios potenciales que no siempre resultan factibles, de manera que una legislación más “sensata” que no fomente un abuso del juego es virtualmente posible pero poco probable y, en cualquier caso, excede a las competencias del psicólogo. Difieren, asimismo, en la potencia de unas relaciones causales, donde ciertas variables parece que están más directamente relacionadas con el juego; cabe suponer que la trayectoria que une el reforzamiento positivo o las distorsiones cognitivas, como variables causales, y la conducta de juego sea más robusta y menos susceptible de debilitarse en función del tiempo o de la situación, que la establecida con otras variables, como las situaciones de estrés cuya influencia es de carácter puntual.

Al ser variables causales contemporáneas (es decir, que funcionan en el mantenimiento de la conducta problema), susceptibles de actuar sobre ellas y cuya

relación con el problema de juego parece demostrada, el programa de reforzamiento y las distorsiones cognitivas se erigen como claros candidatos a ocupar un puesto de honor en cualquier modelo explicativo del juego patológico y, en consecuencia, en un objetivo primordial de tratamiento. Esto no significa que otros factores, como las situaciones de crisis o estrés que puedan estar intensificando este problema o la falta de habilidades adecuadas para hacer frente al juego, no deban ser objeto de tratamiento. Del mismo modo, no se pretende menospreciar otros factores de mayor relevancia en los primeros momentos de aparición de la conducta de juego, ya que no se podrán descuidar en intervenciones de corte preventivo.

En este sentido, hay que señalar que se dispone de múltiples modelos que en ocasiones comparten elementos comunes, como la activación psicofisiológica o las distorsiones cognitivas, pero poco integrados y con explicaciones muy dispares. A pesar de esta diversidad, se observa una tendencia progresiva hacia la eliminación de aspectos que, claramente, podrían conceptualizarse como rasgos de personalidad, en aras de acentuar el papel desarrollado por los estímulos ambientales asociados al juego. El exceso de componentes que integran estos modelos se ve, además, limitado por unas pobres y débiles explicaciones funcionales entre los elementos que proponen. La identificación de relaciones funcionales causales se caracteriza, una vez más, por complejos entramados teóricos, que no han sido sometidos a la comprobación empírica y donde los factores implicados varían enormemente en contenido y funciones desempeñadas. Pero hay más, la identificación, especificación e importancia relativa de los objetivos y problemas planteados por tales modelos también es dispar; mientras que para algunos autores un juego excesivo constituye en sí el objeto central, para otros no es más que un síntoma que refleja la existencia de un trastorno primario subyacente. Si a ello le añadimos la ausencia completa de estimaciones acerca de la potencia relativa de las relaciones causales, la utilidad de estas teorías queda reducida a meras conjeturas que, en muchos casos, contravienen el principio de parsimonia que debe caracterizar a la ciencia, y que difícilmente pueden encauzar una intervención terapéutica.

En definitiva, parece necesario un modelo más completo, que integre los datos disponibles y permita avanzar explicaciones más precisas sobre la aparición y el mantenimiento de las conductas de juego y, sobre todo, que oriente mejor la actuación terapéutica y social (Labrador y Fernández-Alba, 1998). El modelo propuesto por Sharpe y Tarrier (1993) supone un acercamiento a este objetivo.

Cuadro resumen

Dado lo reciente del estudio del juego patológico, el conocimiento de los factores que determinan la aparición y mantenimiento del juego patológico es relativamente reducido y disperso.

De entre los factores sociodemográficos, además de señalar preferencias por distintos juegos en función de la edad, sexo, clase social y contexto cultural, parece especialmente interesante el considerar la accesibilidad al juego y el poder adictivo de éste.

Ni los factores de personalidad ni los biológicos parecen tener capacidad para aportar una información útil, siendo sus resultados escasamente concluyentes.

Los factores de aprendizaje, tanto los referidos a condicionamiento clásico y vicario, como en especial los que hacen referencia a aspectos de condicionamiento operante, sí se han mostrado más útiles, tanto para explicar el inicio como el mantenimiento de la conducta de juego patológico.

De entre todos los factores psicológicos señalados, son sin duda los factores cognitivos, en concreto las distorsiones cognitivas, las más frecuentemente resaltadas y estudiadas. Entre ellas, la ilusión de control, la confianza en la suerte, el heurístico de la representatividad y la atribución flexible.

De entre los escasos modelos explicativos desarrollados, el de Sharpe y Tarrier (1993), en el que se integran los principales factores anteriormente considerados, parece ser el más interesante en la actualidad. Los principios del condicionamiento clásico y operante explicarían el desarrollo de la conducta de juego, colaborando a ello la presencia de pensamientos irracionales y la falta de habilidades de afrontamiento.

Para finalizar se propone una integración de los conocimientos existentes hasta la fecha.

Exposición de un caso clínico: factores etiológicos

En este paciente se constata la presencia de varios factores etiológicos, que serán comentados a continuación de forma preliminar; ya que en el siguiente capítulo se establece el análisis funcional de este caso con la propuesta de una hipótesis explicativa del origen y mantenimiento del problema de juego.

Origen del problema:

- Acceso al juego: tanto la profesión del paciente, que conlleva frecuentar con asiduidad establecimientos de hostelería donde las máquinas recreativas con premio están presentes, como el hecho de que entre sus actividades de ocio se encuentre acudir a bares con amigos han facilitado el acceso a este tipo de juego.
- Aprendizaje vicario: el paciente tiene varios modelos de jugadores, a saber; en su entorno familiar, pues el padre es jugador regular de máquinas recreativas con premio y de bingo; entre sus amistades, ya que comienza a jugar en compañía de un amigo; y en su entorno profesional, al acudir a bares frecuentados por taxistas que tienen el hábito de jugar, fundamentalmente, a las máquinas recreativas con premio.
- Tipo de juego: ciertas características de las máquinas recreativas con premio facilitan la dependencia en mayor medida que otros juegos, en concreto, la baja cuantía del importe, la contigüidad temporal entre la apuesta y el resultado (inmediatez del refuerzo) y su aspecto y funcionamiento similar al de las máquinas de videojuegos, lo que contribuye a considerarlas un juego de habilidad, favoreciendo el desarrollo de la ilusión de control.
- Las primeras experiencias con el juego: el hecho de haber ganado el premio máximo en una de las primeras ocasiones en las que el paciente jugó a las máquinas ha podido contribuir al posterior acercamiento a este tipo de juego, ya que tanto el valor asignado a dicho premio (una cantidad elevada en comparación con la inversión realizada y la consecución del objetivo último: ganar) como la creencia emergente de que «es bueno en ese juego» se convierten en un potente reforzador de la conducta de jugar.

Mantenimiento del problema:

- Condicionamiento operante: destacan dos programas de reforzamiento, a) por un lado, un programa de reforzamiento positivo de razón variable del modelo de máquina recreativa a la que suele jugar, siendo el refuerzo positivo tanto la ganancia económica como la propia ejecución de esta actividad, cuyo valor positivo se potencia al carecer el paciente de un abanico relevante de otras actividades gratificantes alternativas; b) y por otro, un programa de reforzamiento negativo continuo ante ciertos estados aversivos para el paciente (p. ej., aburrimiento, enfados...).
- Distorsiones cognitivas referidas al azar: el paciente presenta ciertas distorsiones reflejo, fundamentalmente, del heurístico de la representatividad y el sesgo de la ilusión de control.
- Déficit en estrategias de solución de problemas: existen tres áreas principales en las que el paciente presenta cierto déficit de solución de problemas, siendo tales

dificultades “afrontadas” a través del juego, a saber:

- a) El área laboral, en la que encuentra dificultad para afrontar ciertas conductas de otros taxistas (p. ej., cuando le quitan clientes, formas de conducción...).
- b) El área de pareja, cuya dificultad se centra en los constantes enfrentamientos debidos a que no comparten intereses comunes.
- c) El área económica en la que el paciente tiene contraída una deuda que no es fruto del juego, pero que le impide saldarla, a lo que contribuye también unos ingresos bajos.

Preguntas de autoevaluación

1. Las características del propio juego también se han mostrado relevantes a la hora de facilitar el desarrollo de problemas de juego. En concreto parece que:
 - a) Cuanto mayor sea el número de juegos legalizados, más problemas habrá. ☐
 - b) Cuanto más tiempo haga que se ha legalizado un juego, más problemas causará. ☐
 - c) Cuanto más accesible sea un juego, más problemas causará. ☐
 - d) Cuanto más fija sea la periodicidad de un juego (por ejemplo todos los viernes, o cada primero de mes, etc.), más problemas causará. ☐
 - e) Sólo los juegos que generan ilusión de control causan problemas de juego patológico. ☐
- 2.Cuál de los siguientes factores parece más interesante a la hora de explicar por qué una persona comienza a desarrollar conductas de juego:
 - a) Que puntúe alto en el factor de personalidad de “búsqueda de sensaciones”. ☐
 - b) Los efectos de la observación de conductas de juego en padres o amigos. ☐
 - c) El que las conductas de juego estén controladas por programas operantes de razón variable. ☐
 - d) La existencia de un déficit en la transmisión serotoninérgica. ☐
 - e) La activación psicofisiológica que experimenta la persona cuando comienza a jugar. ☐
3. Uno de los sesgos o distorsiones cognitivas que más directamente se ve implicado en el desarrollo del juego patológico es la “confianza en la suerte”. De acuerdo con este sesgo, una persona piensa que puede ganar, aun en un juego de azar, porque:
 - a) Es capaz de controlar el azar. ☐
 - b) Piensa que tiene estrategias para ganar en el juego. ☐
 - c) Puede darse esta confianza en la suerte aunque la persona ya no tenga ilusión de

- control. ☐
- d)* La persona sobreestima sus posibilidades de ganar, aunque no tenga control sobre el juego. ☐
- e)* La persona piensa que las distintas jugadas están relacionadas, por lo que sabiendo lo que ha salido en una puede mejorar su predicción para la siguiente. ☐
4. Algunas características de los juegos parecen dotarles de poder adictivo. Cuál de las cinco recogidas a continuación tendría una menor capacidad “adictiva”:
- a)* Que la apuesta sea elevada y pueda ganarse mucho dinero. ☐
- b)* Que el juego pueda ser continuo. ☐
- c)* Que el juego pueda realizarse en solitario. ☐
- d)* Que facilite la aparición de ilusión de control. ☐
- e)* Que pueda obtenerse el premio de forma inmediata tras realizar la conducta de jugar. ☐
-

3

Evaluación

Todo el proceso de evaluación, en cualquiera de sus fases (desde el pretratamiento hasta el seguimiento), está condicionado por la conducta de ocultar información que caracteriza a los jugadores patológicos. Ya se ha indicado que un porcentaje importante de esta población clínica acude a consulta en unas condiciones en las que no existe ninguna motivación para el cambio y donde “acudir a tratamiento” se convierte en moneda de canje, pues el objetivo es que los familiares sean más proclives a saldar deudas y olvidar todas las infracciones y conductas cometidas por el jugador, dado que “reconoce su problema y quiere solucionarlo”, sirviéndole además para encubrir las conductas de juego que va a seguir emitiendo en el futuro. En definitiva, son muchos los “beneficios” que el jugador puede obtener de acudir a consulta, y pocos los costes del mismo, pues se limitará a proporcionar una determinada información (aquella que su evidencia la convierte en innegable) y hacer que participa de los objetivos y propuesta de tratamiento, en un alarde de cooperación.

Esta situación, junto con la ausencia de un método objetivo de detección de la conducta de juego, obliga a ser muy cautos a la hora de establecer la validez de la información aportada por los jugadores, por lo que es preciso contrastarla en todos los casos y con una asiduidad mayor que la realizada en otros trastornos. Contrastarla con una amplia gama de instrumentos y métodos y con diversas fuentes de información. En este último caso, hay que tener en cuenta que las personas que conforman el entorno del jugador pueden constituir también una fuente sesgada de información por varios motivos que no son incompatibles entre sí:

- a) Desconocimiento profundo no sólo de la topografía de la conducta de juego, sino también de otras conductas relacionadas (manejo de dinero, deudas, formas de financiarse el juego ...).

- b) Intento de represalia aportando información impregnada de juicios de valor.
- c) Ante la posibilidad de que el jugador sea expulsado del tratamiento por cambiar u ocultar información o por no realizar las prescripciones del terapeuta, los familiares también pueden sesgar la información con objeto de que no se produzca dicha situación.

Se puede concluir que la evaluación se convierte en un puzzle donde las piezas encajan unas con otras y solamente adquieren significado en el conjunto, sin perder de vista que cada pieza nueva puede hacer variar la imagen emergente.

Caso 3.º

Varón de 28 años, casado, acude acompañado a consulta por la madre. Todo su entorno conoce el problema de juego (que se remonta cinco años atrás cuando comenzó a «jugar fuerte» a las máquinas tragaperras), incluido su jefe, que se ha enterado del dinero que ha robado del trabajo. En la actualidad su madre está cubriendo las deudas, algunas de las cuales desconoce su mujer. Ambos, madre e hijo, están de acuerdo en que la mujer no debe enterarse de este dato, a pesar de la insistencia del terapeuta en sentido contrario. Cuando se le pregunta cómo ha afectado el problema de juego en la relación con su mujer, el paciente comenta que ya no se fía de él. Una vez comenzado el tratamiento, acude regularmente a las sesiones, con suma puntualidad, y realiza todas las tareas prescritas. A mitad del programa de tratamiento, el banco informa a la madre de una retirada en efectivo de su hijo por un importe de casi 600 euros; ante este dato el paciente reconoce haber jugado en las últimas semanas, pero refiere una cifra inferior. La mujer no ha sido informada de este hecho. En esta ocasión, el terapeuta establece como condición necesaria para poder continuar en tratamiento que informe a su mujer de estos hechos; el paciente reconoce que como se lo diga su mujer se divorcia, y por este motivo abandona el tratamiento. En ningún momento, la mujer se pone en contacto con el terapeuta.

3.1. Aspectos a evaluar

La evaluación de un caso de juego patológico se podría organizar en tres grandes bloques:

1. *Problema de juego*. Análisis descriptivo y funcional de la conducta de juego (véase

el [cuadro 3.1](#)).

2. *Consumo de sustancias psicoactivas*. Análisis de la historia pasada y presente de consumo de alcohol y otras drogas. Para recabar esta información se suele emplear la entrevista y determinadas pruebas de exploración (*screening*), sobre todo, para detectar un posible consumo de alcohol.
3. *Repercusiones del juego y trastornos depresivos*. Análisis del alcance del problema de juego y su repercusión en diferentes áreas, y como consecuencia de ello se precisa realizar una exploración de sintomatología depresiva. A través de la entrevista se pueden obtener datos acerca de cómo el juego ha afectado al área laboral, familiar, social y/o de ocio. Con una entrevista estructurada o con algún instrumento de autoinforme que recoja sintomatología depresiva puede establecerse la existencia de un trastorno de estas características.

<i>Análisis</i>	<i>Instrumento de evaluación</i>	<i>Contenido</i>
• Descripción de la conducta de juego: – Respuesta motora – Respuesta cognitiva – Respuesta fisiológica	a) Entrevista b) Cuestionario de Variables Dependientes del Juego c) Observación conductual a) Observación conductual b) Entrevista c) Inventarios de pensamientos a) Evaluación psicofisiológica b) Escalas tipo Likert	a) Conductas motoras habituales (p. ej., al entrar en el bar situarse cerca de la máquina, cambiar el dinero...) b) Parámetros de la conducta de juego c) Conductas motoras mientras juega (p. ej., número de monedas que introduce, modo de dar a los botones, golpear la máquina...) a) Frecuencia y contenido de los pensamientos mientras juega b) Hábitos de juego que puedan reflejar alguna distorsión cognitiva (p. ej., jugar siempre en la misma máquina, realizar siempre determinadas jugadas...) c) Identificación de las distorsiones cognitivas más representativas a) Activación psicofisiológica mientras se está jugando b) Percepción subjetiva de activación durante el juego
• Análisis de secuencias: – Organización de las secuencias – Análisis de contingencias	a) Entrevista b) Auto-registro	a) Descripción de acontecimientos implicados en el desarrollo de una secuencia b) Establecimientos de E^d, E^A, Ref+, Ref-, castigo+, castigo-

• Análisis histórico	a) Entrevista	a) Inicio y curso del problema. Juegos en los que ha participado. Recaídas
• Otras variables	a) Entrevista	a) Causalidad percibida. Estrategias de autocontrol. Apoyo social-recursos disponibles
	b) Observación en consulta	b) Motivación para el cambio

Cuadro 3.1. *Análisis del problema de juego*

3.2 Instrumentos

A continuación se describen los instrumentos diseñados para la evaluación del juego patológico.

3.2.1. Entrevistas estructuradas y semiestructuradas

Las entrevistas estructuradas suelen aplicarse con objeto de establecer un diagnóstico, por tanto su contenido estaría conformado por un conjunto de preguntas referidas, en este caso, a la sintomatología del juego patológico. Aunque el empleo de este tipo de entrevista suele realizarse en el ámbito de la investigación, también puede ser útil en el contexto clínico, ya que en cualquier caso su interés se centra en el diagnóstico de juego patológico, bien para clasificar al sujeto (investigación), o bien como prueba de exploración para detectar un problema de estas características (investigación y clínica) cuya evaluación se complete con otros instrumentos y contenidos. En su faceta de prueba de exploración, la entrevista estructurada puede sustituirse por un cuestionario que comparta este objetivo o, incluso, aplicar la propia entrevista en formato de cuestionario; no obstante, hay que tener en cuenta que una entrevista, aun cuando las opciones de respuesta ya estén delimitadas, siempre permite una mayor flexibilidad, lo que redundará en un aporte de información adicional.

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

La entrevista semiestructurada permite evaluar de forma pormenorizada el problema de juego y las consecuencias derivadas de esta actividad, incluyendo todos los contenidos reflejados en el [cuadro 3.1](#), así como el posible consumo de sustancias

psicoactivas. Por el contenido de alguno de los aspectos que van a ser tratados a lo largo de esta entrevista se recomienda realizarla exclusivamente con el paciente, recordándole la confidencialidad de la información suministrada. En este punto, hay que tener presente que en aquellos casos en los que no todos los familiares cercanos conocen el problema, el jugador puede querer imponer la confidencialidad como una forma de hacer chantaje a ese familiar conocedor del problema («vengo a tratamiento siempre y cuando no se lo digas a...»). En otros casos puede ser oportuno convencer al paciente de la necesidad de dar a conocer ciertos datos o situaciones como parte del proceso de intervención. En ambos casos, si el paciente se niega rotundamente a transmitir esa información en el entorno o se le ve especialmente preocupado por este hecho, estaría poniendo sobre aviso al terapeuta de otros posibles intereses o prioridades más allá de la solución del problema.

En el [Anexo B](#) se recoge un modelo de entrevista semiestructurada del juego patológico y en el [cuadro 3.2](#) aparece ordenado el contenido de una entrevista inicial completa.

Sección	Contenido
Datos sociodemográficos	Ficha de datos personales • Nombre / Dirección / Teléfono • Edad • Estudios / Profesión / Trabajo • Estado civil / N.º de hijos • Clase social subjetiva • Fuente que remite • N.º de Historia Clínica
Diagnóstico de juego patológico y trastornos del estado de ánimo	Entrevista estructurada • Diagnóstico DSM-IV de juego patológico • Diagnóstico DSM-IV de trastornos del estado de ánimo – Episodio maníaco/hipomaníaco – Episodio depresivo mayor – Trastorno distímico
Consumo pasado/presente de sustancias adictivas	Preguntas abiertas • ¿Fuma? • ¿Toma algún tipo de droga? ¿Y en el pasado? Frecuencia, duración e intensidad. • ¿Qué bebe mientras juega? Cuestionario • Cuestionario de alcoholismo CAGE
Datos referidos a la conducta de juego	Entrevista semiestructurada • Descripción de la conducta de juego • Análisis de secuencias actuales • Parámetros de la conducta de juego (cuestionario) • Historia clínica • Importancia del problema • Motivos por los que juega/Causalidad percibida • Motivación hacia el cambio/Expectativas de cambio • Recursos de autocontrol/Apoyo social

Cuadro 3.2. *Contenido y organización de la entrevista inicial*

Si el paciente acude acompañado a consulta resulta pertinente establecer un período, previo al comienzo de la entrevista inicial, en el que se explique conjuntamente con los familiares las características y normas del proceso de intervención y en el que se permita que manifiesten su propia visión del problema. El terapeuta debe estar atento tanto al contenido de la información aportada por el entorno del jugador como a las reacciones de éste ante tales comentarios, pues constituye una información imprescindible de cara a establecer la conciencia de enfermedad del paciente y su motivación y actitud ante el proceso de intervención. Este contacto inicial con los familiares se mantendrá y, si es posible, se ampliará a más miembros durante toda la intervención, bien acudiendo a consulta o bien por contacto telefónico.

3.2.2. Cuestionarios

Los cuestionarios desarrollados en el ámbito del juego patológico se limitan fundamentalmente a pruebas de exploración. No obstante, en los últimos años se han diseñado algunos inventarios con objeto de evaluar aspectos concretos de la conducta de juego, como pueden ser las distorsiones cognitivas.

A) Cuestionarios de exploración

La utilidad de estos instrumentos reside en su capacidad para realizar una exploración o *criba* inicial que permita detectar un posible problema de juego; por ello, pueden aplicarse tanto en la población general, en el marco de un estudio epidemiológico, como en la población clínica en la que resulte pertinente descartar la existencia de un problema de juego.

1. ADULTOS

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

- **Ficha técnica:**

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

Punto de corte:

- Probable jugador patológico = 5 o más ítems afirmativos.
- Probable jugador problema = 3 o 4 ítems afirmativos.

Fiabilidad:

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

Validez:

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

Validación española:

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

• **Comentarios:**

A pesar de ser el instrumento de evaluación más utilizado en el ámbito del juego patológico, el SOGS ha sido criticado fundamentalmente por evaluar la prevalencia vital. Si los estudios epidemiológicos pretenden estimar la prevalencia de jugadores patológicos en un momento dado, no parece que tenga sentido incluir los casos pasados. Además, este tipo de prevalencia en la que se estima el número de sujetos que en el período conjunto de su vida muestra un trastorno determinado, sólo tiene sentido cuando la aparición de cierto problema conlleva su presencia continuada a lo largo de la vida.

En el caso del juego implicaría aceptar la cuestionable tesis defendida por Jugadores Anónimos de que «una vez que uno es un jugador compulsivo entonces siempre es un jugador compulsivo». Los estudios más recientes parecen hacerse eco de estas reflexiones estableciendo la prevalencia del juego patológico en un período de tiempo limitado, habitualmente seis o doce meses. Este cambio proporciona, por lo general, unas tasas de prevalencia menores. A pesar de esta mejora indudable, todavía quedaría por solucionar el problema de qué lapso temporal es el más adecuado para establecer la prevalencia actual de juego patológico.

Otras limitaciones de este instrumento basado en el DSM-III hacen referencia a la evolución que han sufrido los criterios de la APA en estos últimos años, con lo cual es posible que el SOGS no identifique con exactitud los jugadores patológicos tal y como son definidos actualmente por el DSM-IV. Del mismo modo se ha cuestionado la distinción que establece entre jugadores normales y patológicos, distinción que subyace en los ítems de este cuestionario y que presupone la existencia de dos grupos bien diferenciados, y no un continuo en la implicación en el juego. Por el contrario,

considera los diferentes tipos de juegos como iguales, asumiendo que esta actividad conforma un grupo homogéneo, lo que impide vincular las tasas de prevalencia a formas particulares de juego.

En el [Anexo C](#) se incluye la versión adaptada y validada de Echeburúa y Báez (1993).

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

- Ficha técnica:

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

Punto de corte:

- Probable jugador patológico = 2 o más ítems afirmativos.
- Sensibilidad = 100%.
- Especificidad = 97,5%.
- Eficacia diagnóstica = 97,88%.

Fiabilidad:

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

Validez:

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

- Comentarios:

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

Escala de las veinte cuestiones de Jugadores Anónimos (adaptación de Prieto y Llavona, 1998)

- Ficha técnica:

Número de ítems: 20 preguntas dicotómicas.

Validación española:

- Punto de corte probable jugador patológico = 7 o más ítems afirmativos.
- Fiabilidad: coeficiente alfa de Cronbach = 0,94.

- Validez convergente = 0,94 (SOGS).
- Sensibilidad: 98,42%.
- Especificidad: 99,29%.
- Eficacia diagnóstica = 98,88%.

- Comentarios:

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

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

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

- Ficha técnica:

Número de ítems: 14 preguntas dicotómicas.

Punto de corte:

- Probable jugador patológico = 5 o más ítems afirmativos.
- Probable jugador excesivo o con problemas = 3 o 4 ítems afirmativos.

- Comentarios:

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

2. NIÑOS-ADOLESCENTES

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

- Ficha técnica:

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

Rango:

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

Punto de corte:

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

Fiabilidad: coeficiente alfa de Cronbach = 0,80

- **Comentarios:**

Es un instrumento que se encuentra en fase experimental, por lo que se desconoce su capacidad real para identificar y clasificar correctamente a los jugadores patológicos adolescentes.

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

- **Ficha técnica:**

Número de ítems: 26 divididos en dos escalas.

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

Fiabilidad: coeficiente alfa de Cronbach = 0,87

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

Fiabilidad: coeficiente alfa de Cronbach = 0,83

Eficacia diagnóstica: 96%.

Validez convergente: 0,76 (subescala DSM-IV).

- **Comentarios:**

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

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

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

En el [Anexo I](#) se incluye la adaptación de Secades y Villa (1998).

Cuestionario DSM-IV-J (Fisher, 1992)

- Ficha técnica:

Número de ítems: consta de 12 preguntas dicotómicas en las que se han adaptado los criterios DSM-IV para el diagnóstico de juego patológico en el grupo de edad comprendido entre los 11 y 16 años (véase el [cuadro 3.3](#)).

Punto de corte:

- Probable jugador patológico = 4 o más ítems afirmativos.

- Comentarios:

Aunque todos los ítems tienen capacidad de discriminación de un probable juego patológico en la población de niños y adolescentes, la autora establece que son las preguntas referidas al criterio 2 (tolerancia), 4 (abstinencia) y 7 (engaños y mentiras) las que mejor predicen un juego patológico; también tienen una buena capacidad de discriminación aquellas que se refieren al criterio 1 (preocupación), 5 (escape) y 8 (actos ilegales), siendo los criterios 9 (problemas familiares y/o escolares), 10 (deudas) y 6 (caza) los que tienen menor capacidad de discriminación.

DSM-IV	DSM-IV-J
1. Preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar). 2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado. 3. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego. 4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego. 5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión). 6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de «cazar» las propias pérdidas). 7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego. 8. Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza, para financiar el juego. 9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego. 10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.	1. Preocupación por el juego (por revivir experiencias pasadas de juego, planificar próximas experiencias, pensar en la forma de conseguir dinero para jugar). 2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado. 3. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego. 4. Intranquilidad o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego. 5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o aliviar estados de ánimo negativos. 6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de «cazar» las propias pérdidas). 7. Se engaña a los miembros de la familia o a los amigos para ocultar el grado de implicación en el juego. 8. Se cometen actos ilegales/antisociales, como gastar el dinero de la comida, robar en casa o fuera para gastarlo en el juego. 9. Se riñe con la familia o con los amigos más próximos y se hace peligrar la educación por el juego. 10. Se confía en que los demás proporcionen dinero para aliviar la desesperada situación causada por el juego.

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

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

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

Este inventario dispone de una versión para el paciente y otra para los familiares. El jugador informa de la frecuencia, intensidad y duración de la conducta de juego en cada uno de los principales juegos de apuesta españoles y hace una valoración subjetiva de la frecuencia con la que juega, el dinero que gasta y el tiempo que invierte en el juego, así como de la frecuencia con la que piensa en el juego y su necesidad de jugar. La versión para los familiares se compone de cinco preguntas con las que se intenta valorar las impresiones del entorno acerca de la conducta problema del jugador.

Hay que tener en cuenta la dificultad que experimentan los pacientes a la hora de concretar los parámetros de una conducta muy variable, al depender ésta de condiciones externas no siempre controlables, como la disponibilidad de dinero o de tiempo. En este sentido, el citado inventario establece un criterio temporal que al ser semanal facilita la labor de fijar una cifra por parte del paciente, lo que redunda en una mayor fiabilidad y validez de la información aportada. En cualquier caso, se recomienda que la versión del paciente sea cumplimentada en consulta con la consiguiente supervisión del terapeuta.

En el [Anexo D](#) se incluye un ejemplar de este cuestionario.

C) Cuestionarios para evaluar las distorsiones cognitivas referidas al azar

Aunque el instrumento de elección para la identificación de distorsiones cognitivas es la observación conductual en situación de juego a través del método de «pensar en voz alta», el desarrollo de instrumentos de autoinforme para evaluar estas respuestas cognitivas queda justificado por *a)* la conveniencia de utilizar métodos complementarios en la evaluación de cualquier conducta; *b)* la posibilidad de detectar

pensamientos irracionales que tengan otros momentos de aparición distintos a los que evoca una condición de juego simulado; y c) la necesidad de disponer de un instrumento que permita evaluar tales distorsiones a lo largo de todo el proceso de intervención pero sin estar subordinado a la situación de juego.

Inventario de pensamientos sobre el juego (Echeburúa y Báez, 1991a; Echeburúa y Báez, 1994a)

Este instrumento se compone de cuatro subescalas:

- a) *Sesgos cognitivos en relación con la conducta de juego*, que consta de 15 ítems dicotómicos.
- b) *Sesgos cognitivos en relación con la adicción al juego*, que está conformada por 6 ítems dicotómicos.
- c) *Estilo atribucional y locus de control en relación con la adicción al juego*, que también se compone de 6 ítems dicotómicos.
- d) Un último apartado en el que el jugador puede *describir los pensamientos* que pasen por su mente antes, durante y después de jugar.

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

Inventario de pensamientos (Fernández-Alba, 1996)

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

Para su construcción se seleccionaron aquellas frases del Inventario de pensamientos sobre el juego (Echeburúa y Báez, 1991; citado en Echeburúa y Báez, 1994a) que reflejaban algún tipo de sesgo cognitivo, se escogieron otras sentencias que sistemáticamente aparecían en los estudios que registraban las verbalizaciones irracionales durante el juego con máquinas recreativas con premio y se elaboraron frases que describían hábitos de los jugadores basados en ideas irracionales (véase el

[cuadro 3.4](#)).

Ilusión de control

- Me fijo mucho en los resultados del juego para sacar conclusiones de cómo apostar, cuándo y cuánto. [\[6\]](#) *
- Tengo un «sistema» para ganar en el juego. [\[1\]](#) *
- Pienso que si juego el tiempo suficiente recuperaré mis pérdidas. [\[26\]](#) *
- Pienso que soy más listo que los demás y que a la larga ganaré. [\[19\]](#) *
- Pienso que soy bueno en este juego y que, por tanto, llegaré a controlarlo. [\[23\]](#)

Sesgo de las explicaciones *post hoc*

- Suelo predecir tanto los resultados positivos como los negativos. [\[2\]](#)

- Suelo anticipar cuándo va a tocar un gran premio. [\[22\]](#)

Atribución flexible

- Si gano, tiendo a pensar que mi «sistema» ha funcionado o que lo he hecho bien. [\[4\]](#) *
- Si pierdo, pienso que es debido a la mala suerte. [\[29\]](#) *

Heurístico de la representatividad

- Cuando una máquina lleva muchas jugadas sin dar premios, pienso que está «caliente», que pronto va a tocar algo. [\[12\]](#)
- Cuando una combinación de frutas lleva mucho tiempo sin aparecer, pienso que está a punto de salir: [\[11\]](#)
- No dejo jugar a otros en «mi máquina» hasta que no haya acabado. [\[15\]](#)

Pensamientos irracionales

Heurístico de la disponibilidad

- No pienso en las consecuencias negativas; sólo en que me puede tocar o puedo ganar: [\[8\]](#) *
- Me imagino el estruendo de una máquina tragaperras cuando da premios y pienso lo probable que es que me toque también a mí. [\[25\]](#)

Correlación ilusoria

- Tengo manías, como llevar la misma ropa, amuletos, juegos mentales con números, etc. [[13](#)] *
- Cuando estoy jugando casi siempre hago las mismas cosas y en el mismo orden. [[20](#)]
- Tengo un lugar y/o una máquina favorita en los que las posibilidades de ganar son mayores. [[27](#)]
- A veces voy con la «sensación» de que voy a ganar. [[5](#)] *

Fijación en frecuencias absolutas

- Me considero una persona con suerte en el juego («suertuda»). [[18](#)]
- He ganado muchas veces, de hecho al final siempre salgo ganando. [[30](#)]

Perder por poco

- Cuando pierdo y he estado «cerca», pienso que «casi gano». [[16](#)] *

Diferencia entre el azar y la suerte

- Creo que ganar es una cuestión de suerte más que de probabilidad. [[9](#)] *

Pensamientos *racionales*

- Las máquinas tragaperras no se pueden controlar. [[3](#)]
 - Pienso que en las máquinas tragaperras hay más posibilidades de perder que de ganar. [[7](#)]
 - Pienso que a la larga se acaba siempre perdiendo. [[10](#)]
 - Cada partida es independiente de las demás; por tanto, los resultados de una jugada no influyen en los resultados de las siguientes. [[14](#)]
 - Pienso que no se pueden predecir los resultados. [[17](#)]
 - Por mucho que juegue no llegaré a controlar las máquinas tragaperras. [[21](#)]
 - Pienso que es el azar el que determina los resultados del juego. [[24](#)]
 - Pienso que jugando no llegaré a recuperar el dinero perdido. [[28](#)]
-

[] n.º de ítem en el inventario.

* Frases extraídas del Inventario de pensamientos sobre el juego (Echeburúa y Báez, 1991).

Cuadro 3.4. *Ítems del Inventario de pensamientos (Fernández-Alba, 1996)*

El estudio psicométrico (Fernández-Alba, 1999) indica que la fiabilidad de este instrumento, calculada con el coeficiente alpha, es de 0,82 (si se excluye el ítem 9, cuyo índice de discriminación es negativo); y la validez de constructo se sustenta en tres factores:

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

En el [Anexo E](#) se incluye un ejemplar de este cuestionario.

3.2.3. Observación y auto-observación

La observación conductual es un método de evaluación que permite obtener información de las respuestas motoras y cognitivas mientras se juega, ya sea en una situación natural o en el laboratorio. Las ventajas de esta evaluación de juego simulado se centran en la posibilidad de recoger información sobre lo que hace el jugador, esto es, cómo juega y cuál es el contenido de sus pensamientos durante el juego; aspectos que de forma tan detallada y concreta resultan inaccesibles a otros instrumentos. En el [cuadro 3.5](#) se recogen, a modo de ejemplo, las principales conductas motoras susceptibles de evaluación a través de la observación conductual en máquinas recreativas con premio, muchas de las cuales reflejan diversas distorsiones cognitivas.

-
- Número de monedas que se introducen en la máquina
 - Dedos que se utilizan para jugar.
 - Intensidad del golpe al dar a los botones.
 - Manejo de monedas (qué hace el jugador con las monedas mientras está jugando).
 - Acercarse a mirar los rodillos, cuando la máquina le permite mover las figuras de una en una.
 - Empujar o dar golpes a la máquina.

- Pulsar continuamente algún botón.

Cuadro 3.5. Ejemplos de conductas motoras durante el juego en máquinas recreativas con premio

Con respecto a las respuestas cognitivas, para su evaluación mediante observación se precisa utilizar el método de «pensar en voz alta», a través del cual el jugador será entrenado para verbalizar todo lo que piensa mientras está jugando. Las instrucciones que proponen Gaboury y Ladouceur (1989) para «pensar en voz alta» son las siguientes:

1. Di todo aquello que pase por tu mente; no censes intenciones, ideas o imágenes; no trates de juzgar lo que es interesante o no.
2. Habla tan continuamente como sea posible, incluso si tus ideas no están bien estructuradas o son repetitivas.
3. Habla alto y claro.
4. Puedes hablar en un estilo telegráfico, no te preocupes por completar las frases.
5. No trates de justificarte a ti mismo.

El contenido de las verbalizaciones se puede clasificar siguiendo la propuesta de categorías establecidas por Walker (1992b) (véase el [cuadro 3.6](#)).

Descriptivos	→ Frases que describen algún aspecto del juego. Ej.: «me quedan 2 euros», «han salido tres cerezas».
Racionales	→ Frases que hacen referencia a estrategias que son correctas (óptimas para ganar) en relación con la estructura del juego. • Frases sobre probabilidades o casualidades que son correctas • Frases sobre la imposibilidad de control de los resultados • Diferenciación sobre acciones razonables e irrazonables • Frases de estrategias cuando son correctas • Análisis objetivo de varias opciones del juego Ej.: «por mucho que juegue en una máquina no se puede llegar a controlar», «ahora puedo seguir jugando o plantarme y quedarme con lo que he ganado».
Irracionales	→ Frases que hacen referencia a estrategias que son incorrectas o a un intento de influir en el resultado de una manera que es inapropiada. • Establecimiento de una relación causa-efecto incorrecta • Hipótesis basadas en la superstición, sistemas o predicciones • Racionalizar una pérdida o una «casi ganancia» en términos de factores o agentes inapropiados • Personificación de la máquina • Referencia a habilidades personales cuando están ausentes o son imposibles • Referencia a la suerte personal como un factor predictivo o explicativo Ej.: «es una buena señal que dé muchos premios pequeños seguidos, eso quiere decir que un premio grande está a punto de salir», «¿qué te pasa, es que hoy no me vas a dar nada?»
Emocionales	→ Frases que expresan sentimientos sobre un resultado del juego. Ej.: «¡qué bien, me ha tocado!», «¡bah, otra vez ha dado 0,20 euros!».
Otros	→ Cualquier otra frase (como hablar dirigiéndose a la persona que está grabando) o ruidos/exclamaciones (tales como gruñidos) que no pueden ser incluidos en ninguna de las cuatro categorías anteriores.

Cuadro 3.6. *Categorías de pensamientos (Walker, 1992b)*

A pesar de las virtudes de este instrumento, hay que poner de manifiesto las dificultades o limitaciones que pueden aparecer en la práctica. En primer lugar, para que la situación de juego tenga validez ecológica se debería jugar con dinero, lo que conlleva el problema ético de obligar a realizar una inversión económica, y más en una población que sufre grandes dificultades en este sentido. Una posible solución, que

puede aplicarse en el caso de una observación en el laboratorio, es jugar al estilo de los casinos, esto es, con fichas canjeables por dinero al finalizar la sesión de juego. Si la observación se realiza en el entorno natural, existe la posibilidad de efectuar un depósito de dinero al comienzo del tratamiento que será utilizado en la fase de evaluación y que se le irá devolviendo a medida que alcance ciertos objetivos terapéuticos, constituyendo un procedimiento similar al empleado en algunos casos de tabaquismo. En definitiva, en lo referente a la validez ecológica conviene destacar que la consecución de la misma depende de dos aspectos fundamentales:

- a) La posibilidad de recrear una situación en la que la estructura del juego mantenga su esencia.
- b) La posibilidad de que el sujeto se lleve el dinero ganado.

La conveniencia de realizar una evaluación en la que se pide al paciente que emita la conducta problema, con la que además va a poder ganar dinero, puede causar cierta sorpresa, sobre todo, en los familiares. Por este motivo es necesario, por un lado, destacar la utilidad del método a la hora de proporcionar una información estimable, y por otro, resaltar que jugar en una situación controlada no conlleva ningún riesgo de cara a incitar al paciente a seguir jugando, incluso cuando esta observación se realiza en el postratamiento y el paciente lleva un período largo sin jugar.

Por último, y fundamentalmente en el caso de los jugadores de máquinas recreativas con premio, pueden surgir ciertas limitaciones cuando la observación se realiza en el laboratorio y el modelo de máquina recreativa de que se dispone no coincide con las preferencias del jugador, lo que en algunos casos provocará que éste no se implique por completo en el juego. No obstante, cabe prever que en un futuro cercano el desarrollo de las nuevas tecnologías, como pueden ser los programas de realidad virtual, provean al psicólogo de herramientas accesibles y variadas que faciliten la evaluación del paciente en una situación de juego.

Los auto-registros son útiles en la fase de evaluación pretratamiento para establecer la línea-base de la conducta de juego y a lo largo del proceso de intervención para evaluar la evolución de esta conducta. Con este método de auto-observación no sólo puede registrarse la conducta de juego y los estímulos antecedentes y consecuentes sino también el deseo o ganas de jugar y los pensamientos que rodean a la conducta de juego. En el [cuadro 3.7](#) se incluye un modelo de auto-registro.

Fecha Hora	Lugar	Compañía	Pensamientos	Deseo de jugar (0-10)	Tipo de juego	Tiempo empleado	Dinero gastado	Consecuencias
3/6 18:30	Bar	Solo	Veo que han jugado y no les ha tocado nada	7	Máquina de los lingotes	35'	30 €	Pienso que está a punto de tocar; pero ya no tengo más dinero
4/6 17:00	Bar	Solo	Me distraigo con el ruido de las máquinas	3	—	—	—	No me arrimo a la barra

Cuadro 3.7. *Auto-registro de la conducta de juego*

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

3.2.4. Evaluación psicofisiológica: diseño de una sesión

El interés de evaluar la activación psicofisiológica mientras se juega reside en la necesidad de establecer si durante esta actividad sufre un incremento destacable en valores medios y en momentos concretos del juego, fundamentalmente asociados a ganancias o «casi ganancias». Por el objetivo de esta evaluación psicofisiológica se requiere tomar medidas de respuestas que, por un lado, sean sensibles para reflejar los estados emocionales y los procesos de carácter cognitivo, y por otro, cuyos cambios sean rápidos debido a la inmediatez con la que se alternan los estímulos durante el juego. En este sentido, una medida de la actividad cardiovascular, como la tasa cardíaca, y de la actividad electrodérmica serían las respuestas de elección.

Este procedimiento puede aplicarse en una situación de laboratorio, donde se controlan las variables relevantes que pueden afectar a los registros, o en una situación natural, que acerca la evaluación a las condiciones reales en las que se desarrolla la conducta de juego, siendo preciso, en este último caso, el uso de registros móviles. Parece pertinente además aprovechar la sesión de juego de esta evaluación psicofisiológica para la medición de las distorsiones cognitivas, permitiendo así constatar la posible correlación o concordancia entre estos dos tipos de medidas.

En el [cuadro 3.8](#) se describe, a modo de ejemplo, una sesión de evaluación psicofisiológica en un jugador de máquinas recreativas con premio, utilizando el período de juego de la misma para evaluar las distorsiones cognitivas.

1. Colocación del sensor de pulso cardíaco en el dedo índice de la mano izquierda (I').

Colocación de los electrodos de la respuesta electrodérmica en las falanges distales de los dedos anular y medio de la mano izquierda (1').

2. Período de adaptación (5'-10').

- Preguntar si se encuentra cómodo en el sofá y hacer hincapié en la posición en la que debe estar sentado (recostados sobre el respaldo, sin doblar las piernas).
- Indicar en qué va a consistir la sesión:

1°. *Período línea-base*. Período en el que no debe hacer nada, simplemente estar tranquilo, sin moverse. Es un período corto, de unos minutos.

2°. *Período de juego*. Período en el que estará jugando en una de las máquinas. Jugará con fichas como en la sesión de entrenamiento en pensar en voz alta, pero con una diferencia muy importante: al terminar la sesión las fichas que haya ganado se le cambiarán por el dinero correspondiente, como en los casinos.

Para empezar a jugar, le voy a dar 100 fichas (20 euros, ya que cada ficha vale 0.20 euros). Usted deberá jugar las 100 fichas que se le dan en esta tarrina (recipiente habitual que utilizan los jugadores cuando tienen muchas monedas de una vez). No podrá coger ninguna de las fichas-premio de la bandeja de la máquina hasta que no haya echado las 100 fichas originales.

¿Qué hacer cuando acabe las 100 fichas? Tiene dos opciones:

- *Plantarse*. Usted decide que ha terminado de jugar una vez que ha echado las 100 fichas obligatorias. De manera que las fichas-premio que haya podido ganar se le cambian por dinero.
- *Seguir jugando*. Cuando se le hayan terminado las 100 fichas originales, coge las fichas-premio de la bandeja de la máquina las pone en la tarrina y continúa jugando. Una vez que usted decida que ha terminado de jugar, las fichas-premio que haya podido ganar se le cambian por dinero.

Durante todo el período de juego debe verbalizar todos aquellos pensamientos que se le pasen por la cabeza, como en la sesión de entrenamiento.

3. Período de línea-base (3').

4. Período de juego (12'-∞).

- Mientras se coloca el sujeto en la banqueta en la que va a jugar sentado, se le recuerdan las instrucciones de juego:
 - Debe gastar las 100 fichas originales, sin recoger las fichas-premio de la bandeja de la máquina.
 - La tarrina con las fichas debe sostenerla sobre la mano izquierda (incluido zurdos).
 - Durante el juego debe verbalizar sus pensamientos (colocación del micrófono), como en la sesión de entrenamiento (en el panel frontal de la máquina hay una pegatina a modo de recordatorio con la siguiente instrucción: “¿Qué estás pensando en este momento? Recuerda que debes decir en alto todo aquello que pase por tu mente:”).
 - Una vez que se le acaben las 100 fichas originales puede plantarse o continuar jugando.

Recuerde: si decide continuar jugando coja las fichas-premio de la bandeja y métalas en la tarrina y siga jugando hasta que usted considere.

En cualquier caso, cuando decida que ha terminado de jugar, dígalo en alto y vendré a quitarle los electrodos y a cambiarle las posibles fichas-premio por dinero (recuerde: 1 ficha = 0,20 euros).

- Cuando vea que se enciende esta luz puede usted comenzar a jugar.

Cuadro 3.8. *Instrucciones para la evaluación psicofisiológica y de las distorsiones cognitivas en situación de juego*

3.3. Diagnóstico de problemas concomitantes: alcohol

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

La combinación de juego y alcohol, bien en el pasado o en el momento de acudir a consulta, se da con una frecuencia elevada sobre todo en la población de mediana edad. En estos casos, suele ser común que el paciente reconozca sólo uno de los problemas, refiriéndose al otro en términos pasados o, incluso, no haciendo mención alguna. Esta situación obliga a realizar en todos los casos de juego patológico una exploración del abuso de alcohol, que debe ser contrastado con el entorno, fundamentalmente, en

aquellos jugadores que se tenga información de la existencia de un problema previo con esta sustancia. Para su detección puede emplearse algún test de muestreo como el Cuestionario Breve de Alcoholismo (CBA) o el Cuestionario de Alcoholismo CAGE, pudiéndose introducir el tema del consumo de alcohol en la entrevista clínica a través de una pregunta del estilo «¿Qué suele beber mientras juega?». Aun cuando el consumo de alcohol se remonte al pasado, hay que prestar especial atención a la evolución de esta conducta durante todo el proceso de intervención del juego patológico, ya que su reinstauración suele asociarse con abandono del tratamiento y recaída de la conducta de juego.

Caso 4.º

Varón, 50 años, acude a consulta por un problema de juego. Durante la evaluación no informa de ningún problema de alcohol, ni pasado ni presente. No deja que la mujer le acompañe a consulta, pues afirma que es un problema suyo que debe resolver él, y pide que en lo sucesivo se le dé cita a primera hora de la mañana (después de la consulta tiene tiempo para ir al bar y disponer de toda la mañana sin que la mujer le pueda controlar). Será la mujer, por teléfono, ya que no acompaña a su marido a consulta, la que aporte datos del consumo de alcohol pasado y presente.

Caso 5.º

Mujer, 55 años, con un historial de problemas de juego (bingo) y abuso de alcohol presenta en la actualidad un trastorno de juego patológico en máquinas recreativas con premio. La motivación para el cambio y la cooperación del paciente son extremadamente buenas hasta la mitad del tratamiento; a partir de este momento la paciente falta de forma reiterada a consulta e, incluso, muestra cierta agresividad hacia el terapeuta cuando le inquiere las tareas para casa. Finalmente, abandona el tratamiento. Este cambio conductual está asociado a reinstauración del hábito de consumo de alcohol que a su vez precipita la recaída de la conducta de juego.

En la clínica, lo más habitual es que en caso de existir un consumo de drogas éste no alcance las características de abuso, más bien es un consumo esporádico en un número variado de sustancias ilegales; si se ha producido abuso suele circunscribirse al pasado, pero no en el momento de acudir a consulta. Parece lógico suponer que aunque estos dos problemas puedan presentarse inicialmente de forma conjunta, la exigencia económica que ambos precisan obligue a decantarse por uno en detrimento del otro. En

cualquier caso, hay que evaluar los hábitos de consumo de drogas en todas las fases del proceso de intervención, por si se estuviera produciendo algún cambio relevante en el patrón de consumo a medida que se deja de jugar. En algunos casos, sobre todo en la población adolescente, la venta de drogas ilegales (que suele comenzar con *hashish*) se puede convertir en una fuente de financiación del juego muy lucrativa, que a la larga puede favorecer un posible consumo de tales sustancias por parte del jugador.

Caso 6.º

Varón, 16 años, con diagnóstico de juego patológico. Empieza a jugar a las máquinas tragaperras con 15 años, realiza esta actividad con amigos, siendo la frecuencia semanal y el gasto aproximado de 1,8-2,4 euros. En la actualidad, se gasta todo el dinero que tiene (incluido los premios que gana) e intenta conseguir más para poder seguir jugando. Las fuentes de obtención de dinero son fundamentalmente tres, por orden cronológico:

1. Coger dinero y objetos de la casa.
2. Sueldo de un trabajo temporal que le permite manejar dinero sin control por parte de los padres.
3. Venta de droga, en concreto cocaína, sustancia que desde hace varios meses ha comenzado a consumir:

3.4. Diagnóstico diferencial: episodio maníaco

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

En cualquier caso, estas conductas de juego distan de ser similares a las emitidas por los jugadores patológicos. Una primera diferencia estriba en que al ser secundarias

al episodio maníaco o hipomaníaco sólo se emitirán mientras el sujeto se encuentre en ese estado, pudiendo ser conductas intensas pero siempre episódicas; sin embargo, las conductas de juego patológico se caracterizan por su regularidad y una intensidad subordinada a variables externas como la disponibilidad de dinero y tiempo o la existencia de pérdidas o deudas excesivas. Otra diferencia es que la conducta de *caza* característica del juego patológico no suele aparecer en el caso del episodio maníaco, pues cuando éste remita también lo harán las conductas de juego, a pesar de las pérdidas que se hayan producido. Al ser, en definitiva, un juego explosivo e intermitente redundará en un entramado menos elaborado de búsqueda de dinero con el que jugar y una menor necesidad de mentir u ocultar información; de hecho, reconocen sus conductas de juego con mayor facilidad que los jugadores patológicos.

Resulta, por tanto, obvio que si las conductas de juego se explican mejor por la presencia de un episodio maníaco o hipomaníaco, tales episodios serán el objeto de tratamiento y no las conductas de juego excesivo, ya que éstas además podrán ser sustituidas por otro tipo de conducta excesiva en el futuro.

Caso 7.º

Varón de 21 años, acude a consulta remitido por una asociación de autoayuda y acompañado por sus padres. El problema por el que demandan atención psicológica es la aparición de períodos de juego (en máquinas recreativas con premio) en los que se produce un gasto excesivo de dinero. El paciente es remitido por dicha asociación de autoayuda debido a que estuvo una temporada acudiendo a sus terapias en grupo semanales con escasos resultados, pues se: han seguido produciendo episodios de juego que además suelen ir acompañados de autolesiones graves (cortes profundos en los brazos), motivo por el que ha sido atendido por urgencias en un hospital psiquiátrico en varias ocasiones.

La madre proporciona los informes del citado hospital, en el que ha sido diagnosticado de Personalidad Antisocial, diagnóstico que inmediatamente refuta el paciente, alegando que él no hace daño a nadie, que sólo se lo hace a sí mismo como consecuencia de las pérdidas en el juego (enseñando al mismo tiempo los cortes en ambos antebrazos). La madre, por el contrario, comenta que en diversas ocasiones el paciente se muestra muy agresivo, sobre todo con ella. Aspecto este último que se comprueba en consulta, ya que el paciente no deja acabar las frases a su madre y además le rebate todo aquello que comenta, en muchos casos poniéndose de pie delante de la madre para que se calle. El padre se mantiene discretamente sentado detrás de su hijo, indicándole a la madre que deje hablar al hijo y contar a su

manera lo que le pasa.

Presenta agitación psicomotora en consulta, observable en los movimientos constantes cuando está sentado, cambiando de postura continuamente, poniéndose de pie o, incluso, apoyando las piernas encima de los brazos del asiento.

El terapeuta debe tener en cuenta que:

- ✓ A pesar de que el paciente reitere constantemente que todos sus problemas se derivan del juego, estas conductas pueden ser secundarias a otro trastorno principal.
- ✓ La topografía de la conducta de juego no se caracteriza por episodios aislados de juego de gran intensidad, sino más bien por una emisión regular de la conducta de juego que en determinados momentos, en los que se dispone de más dinero o tiempo, pueden ser especialmente intensas.
- ✓ Las conductas autolesivas como consecuencia de haber perdido en el juego no son comunes entre los jugadores patológicos; estos últimos suelen emitir conductas de *caza* si disponen de dinero o conductas de *búsqueda de financiación* en caso contrario; y sobre todo, no reconocen de forma abierta haber jugado.
- ✓ Las conductas autolesivas no suelen utilizarse para hacer chantaje a la familia y conseguir así que cubran ciertas deudas o disculpen y justifiquen sus conductas; más bien, el jugador informará de su intención de suicidio, y si llega a producirse algún intento lo más común es que sean *controlados* (un número determinado de pastillas, en un momento en que puede recibir asistencia...).
- ✓ Acudir a consulta puede producir un estado de activación observable en el paciente, y más cuando cabe la posibilidad de que sean descubiertos algunos de sus engaños, pero la posible agitación psicomotora del paciente no le llevará a adoptar posturas inconvenientes. Además, si existen conductas agresivas serán fundamentalmente de tipo verbal hacia aquellas personas que contradigan su versión en lo que concierne al juego.

3.5 Formulación del trastorno

El modelo explicativo de la conducta de juego patológico, con los datos disponibles hasta el momento, podría formularse de la siguiente manera (véase la [figura 3.1](#)).

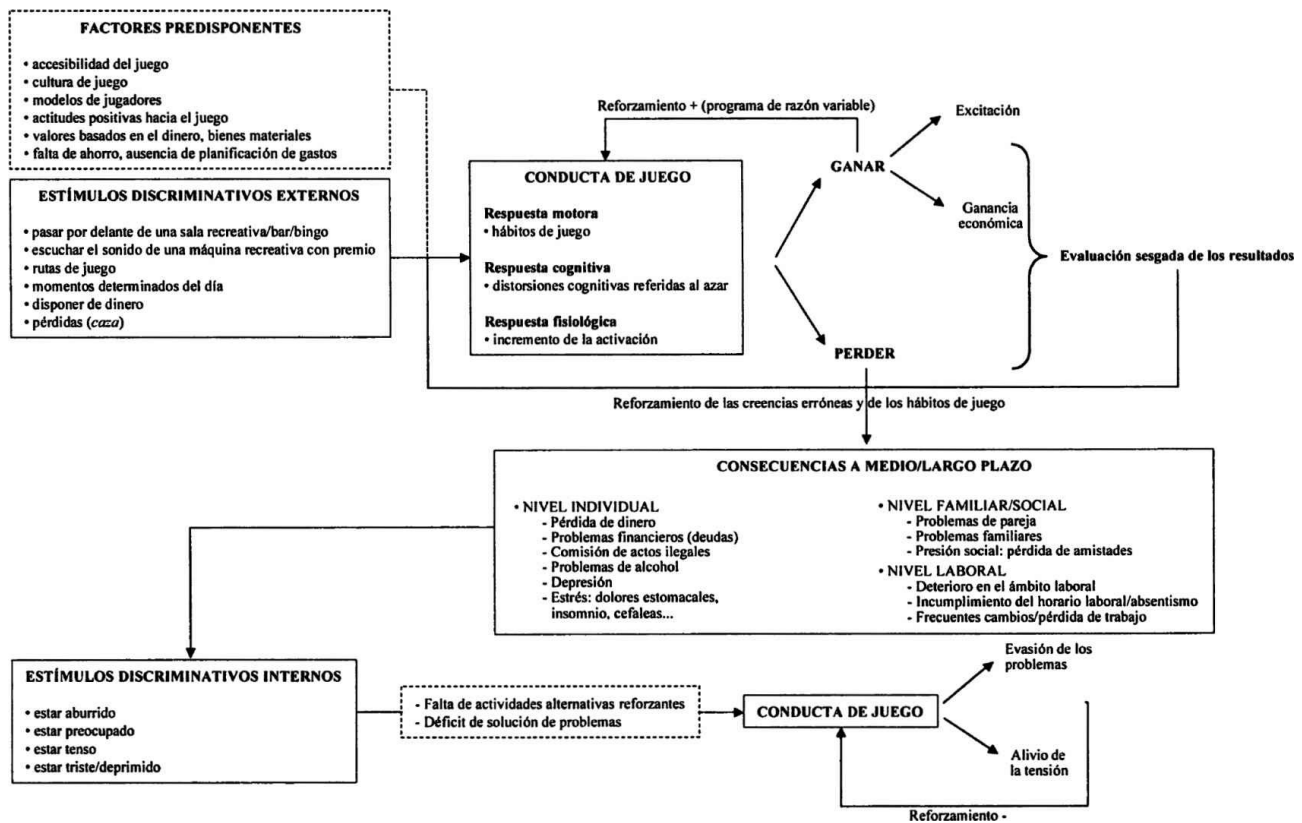


Figura 3.1. Modelo explicativo de la conducta de juego patológico.

En la adquisición de la conducta de juego, se plantea, en un primer momento, que la disponibilidad del juego es a priori un prerequisite para que tenga lugar esta conducta, dependiendo la oportunidad de jugar de la cultura en la que viva el individuo, pues ésta afecta, como se señaló en el capítulo anterior, de tres modos, a saber:

- a) La difusión con la que, históricamente, diferentes juegos están disponibles en esa cultura.
- b) Las actitudes y costumbres culturales, que fomentan o disuaden la implicación en esas formas de juego disponibles.
- c) Las leyes y regulaciones culturales, que determinan los tipos de juego cuya práctica está penalizada.

A su vez, las actitudes hacia el juego (y los valores que se apoyan sobre todo en símbolos materiales junto con la falta de ahorro, planificación y establecimiento de presupuestos) de los grupos de referencia y los modelos a los que se ve expuesto una persona van a desempeñar un papel importante en la disposición a jugar, actuando como incentivos o inhibidores del juego, de forma que el aprendizaje vicario proporciona la capacidad de jugar y fomenta la participación en esta actividad. Una vez que se han comenzado a emitir las conductas de juego, éstas se mantendrán o no en

función de las consecuencias percibidas, por eso al rastrear la historia de juego de un jugador patológico no resulta extraño encontrar un premio cuantioso al comienzo de implicarse en esta actividad.

En el mantenimiento de la conducta de juego intervendría principalmente el condicionamiento operante, que a través de un programa de reforzamiento de razón variable resulta el más resistente a la extinción. Se propone además que sea la conducta motora de juego la que, en un principio, mantiene y fomenta las distorsiones cognitivas referidas al azar, pues tales pensamientos (que en cierto grado son una característica común al ser humano) estarán asociados a determinados estímulos que favorecen su aparición. En este sentido parece razonable suponer que la emisión de la conducta de juego (y los resultados conseguidos) es la situación primordial que va moldeando en número y contenido los pensamientos irracionales, aunque una vez instaurados se producirá un *feedback* continuo. La función de las distorsiones cognitivas se limitaría a reducir la incertidumbre de una tarea probabilística como la del juego, infravalorando la influencia del azar y haciendo creer al jugador que dispone de un conocimiento específico de la situación con el que superar la casualidad, favoreciendo que el jugador siga inmerso en esta actividad a pesar de las constantes pérdidas, ya que los resultados se interpretan y evalúan de forma sesgada.

Las consecuencias negativas de un juego continuado, cuyo listado comenzaría con problemas económicos y continuaría con dificultades laborales, familiares, sociales..., van a provocar en el jugador un estado de distrés que funciona como un estímulo discriminativo aversivo ante el cual el jugador emitirá la conducta de juego como forma de escapar del mismo, manteniéndose la conducta, en este caso, por reforzamiento negativo. En definitiva, el jugador entra en un círculo vicioso donde la conducta que le causa problemas es la única vía, o al menos la más válida a corto plazo, para conseguir el dinero con el que atajar tales dificultades y/o evadirse de los problemas; pero en la medida en que emita esta conducta con una mayor frecuencia, intensidad y duración mayores serán, dada las probabilidades objetivas de ganar, los problemas que le acarree la misma y mayor la necesidad de conseguir dinero con el que recuperar las pérdidas, y como *la probabilidad de un suceso futuro aumenta cuanto mayor es el período anterior del suceso contrario...*, el jugador volverá a probar fortuna.

Cuadro resumen

La evaluación se caracteriza por las dificultades para obtener información fiable, bien por la conducta de ocultar información característica del jugador, bien por lo

sesgado de la información de las personas próximas a éste. Además, con frecuencia se acude a tratamiento, no por interés en solucionar su problema, sino como estrategia para conseguir otros beneficios.

La evaluación debe considerar tres aspectos centrales: problema del juego, consumo de sustancias psicoactivas, repercusiones del juego y trastornos depresivos.

En la evaluación del problema de juego los instrumentos utilizados son:

- a) *Entrevistas*, estructuradas o semiestructuradas, dirigidas a la exploración inicial del problema y a establecer el diagnóstico de jugador patológico.
- b) *Cuestionarios*, en su mayoría son pruebas de exploración inicial, como el *South Oaks Gambling Screen (SOGS)*, el *Cuestionario breve de juego patológico (CBJP)* para adultos, o el *South Oaks Gambling Screen-Revised Adolescent*, y el *Cuestionario DSM-IV-J* para niños y adolescentes. También se han desarrollado algunos cuestionarios para evaluar los parámetros de la conducta de juego, como el *Cuestionario de evaluación de variables dependientes del juego*. Por último, son de destacar los cuestionarios para evaluar las distorsiones cognitivas referidas al control del juego, entre ellos el *Inventario de pensamientos sobre el juego*, o el *Inventario de pensamientos*.
- c) *Observación y auto-observación*, permiten la obtención de respuestas cognitivas y motoras mientras juegan de forma precisa, lo que no es posible con otros instrumentos. En especial, el registro de los pensamientos mientras juega, utilizando el método de pensar en voz alta, se está mostrando muy interesante. Los autoregistros del juego, aun con los problemas de fiabilidad, son muy útiles para la obtención de la línea-base en el pretratamiento.
- d) *Evaluación psicofisiológica*, permite identificar los niveles de activación mientras se juega, habiendo utilizado como medidas psicofisiológicas bien la tasa cardíaca, bien la respuesta dermoeléctrica.

Como complemento indispensable de la evaluación del problema del juego hay que establecer el diagnóstico de posibles problemas concomitantes, en especial problemas de alcohol y otras drogas. Para recabar esta información se suele emplear la entrevista y determinadas pruebas de exploración. También es necesario evaluar el alcance del problema de juego y su repercusión en diferentes áreas, como el área personal, familiar, laboral, social y/o de ocio. En especial se precisa una exploración de sintomatología depresiva y realizar un diagnóstico diferencial para confirmar que el juego no es el resultado de un episodio maníaco.

Se presenta al final un modelo para la formulación de los problemas de juego.

Exposición de un caso clínico: evaluación y desarrollo de hipótesis explicativas del problema

A continuación se resumen los datos más relevantes obtenidos durante el proceso de evaluación, cuyo esquema del procedimiento puede observarse en el [cuadro 3.9](#).

Instrumento	Contenido	N.º de sesión/Duración
Entrevista	– Entrevista estructurada • Diagnóstico DSM-IV de juego patológico • Diagnóstico DSM-IV de trastornos del estado de ánimo – Entrevista semiestructurada • Problema de juego • Consumo pasado/presente de sustancias adictivas	Sesión 1 1 h 30'
Cuestionarios	– Cuestionario de Evaluación de variables dependientes del juego (versión paciente) (Echeburúa y Báez, 1991) – Escala de adaptación del sujeto (Echeburúa y Corral, 1987)	Sesión 1 10'
	– Inventario de depresión de Beck (BDI)	Sesión 1 Tarea para casa
	– Inventario de pensamientos (Fernández-Alba, 1996)	Sesión 2 5-10'
Auto-registro	– Fecha/hora – Compañía – Deseo de jugar (0-10) – Tiempo empleado – Consecuencias – Lugar – Pensamientos – Tipo de juego – Dinero gastado	Línea-base (15 días)
Evaluación psicofisiológica	Se realizan tres sesiones, dos consecutivas y la tercera un día después. En cada una de ellas se procede a tomar un registro psicofisiológico durante el período de línea-base y en situación de juego artificial.	Sesión 2 20-30'
	– Respuesta electrodérmica – Tasa cardíaca	Sesión 2 20-30'
		Sesión 3 20-30'
Observación	– Grabación de las verbalizaciones emitidas durante el juego (entrenamiento en método de pensar en voz alta) – Observación de las conductas motoras durante el juego	Sesiones 2 y 3 período de juego de la evaluación psicofisiológica
Escala tipo Likert	– Posibilidades de ganar	Sesiones 2 y 3 antes de comenzar la evaluación psicofisiológica
	– Porcentaje de los resultados atribuido al azar, a la suerte y a la habilidad – Percepción subjetiva de activación	Sesiones 2 y 3 al finalizar la evaluación psicofisiológica

Cuadro 3.9. Caso clínico: esquema de la evaluación

Respuesta motora

- Parámetros de la conducta de juego (estimación media)

Tipo de juego	Frecuencia	Intensidad	Duración
Máquinas recreativas	5 veces/semana	150 euros/semana	6-7 horas/semana
Lotería Primitiva	2 veces/mes	4,80 euros/mes	—
ONCE	2-3 veces/mes	3,60 euros/mes	—

- Conductas motoras durante el juego (en situación artificial)

Con respecto al número de monedas que se introducen en la máquina una vez que ésta reclama dinero, la costumbre del jugador suele ser introducir varias monedas seguidas en cantidades variables; al jugar; lo habitual es que utilice el dedo pulgar (para pulsar el botón de «jugar») y el índice (para pulsar los demás botones) de la mano derecha, dando golpes secos y fuertes a determinados botones. Mientras juega mantiene la mano derecha sobre el panel de botones y coge monedas antes de acabarse la jugada y las mantiene en la mano, acercándose además a mirar los «rodillos» en algunas ocasiones.

- Secuencias

✓ *En el bar frecuentado por taxistas.* Mientras está trabajando decide hacer una parada esgrimiendo para ello tres posibles motivos: (1) querer tomar algo y/o acudir al aseo, (2) comprar tabaco y/o (3) ausencia de clientela; aparca el coche, coge la recaudación del taxi y entra en el bar; pide algo en la barra, lo paga con antelación y se acerca a la «máquina del fútbol». Si hay alguien jugando, se queda observando e, incluso, comentando los resultados si conoce al jugador; y en el caso de que no haya nadie, suele comentar con los camareros cómo está la máquina y comienza a jugar. En ocasiones, cuando gana, invierte los premios en otra máquina.

✓ *En el bar situado debajo de su casa.* Bien porque ha quedado con sus amigos o bien porque decide salir de su casa a tomar algo, entra en el bar; saluda a sus amigos o conocidos, mira la máquina, se acerca a jugar en principio unas monedas, que pasarán a mayores cantidades en función de lo que disponga en ese momento. Un tiempo de juego en el que no está con los citados amigos.

✓ *Ultima secuencia.* Decide tomarse un café y una copa en el bar que hay debajo de su casa, ha pedido la consumición al tiempo que la ha pagado, y se acerca a la máquina en la que siempre juega («máquina del fútbol») con las vueltas de la consumición. Mientras se tomaba la copa se ha gastado todo el dinero, regresando de nuevo a su casa.

- Consecuencias

✓ A corto plazo

- Externas: ganancias intermitentes, pérdida del dinero ganado en el día con el taxi, pérdida de horas de trabajo, pedir dinero prestado, volver a casa a por dinero para disponer de él en el taxi.
- Internas: no tener ganas de trabajar; irritabilidad, hacerse reproches a sí mismo.
- ✓ *A medio/largo plazo*
 - Externas: pérdidas continuadas, ausencia de ahorros, deuda de 120 euros, contraída con un amigo.
 - Internas: irritabilidad, «comerse la cabeza», «darse mensajes negativos», engaños a su novia acerca de su conducta de juego, pasar menos tiempo con los amigos.

Respuesta cognitiva

- Distorsiones cognitivas

- ✓ Heurístico de la disponibilidad: la «máquina del fútbol» está asociada a mayor probabilidad de ganar.

En las escalas tipo Likert considera que tiene un 50% de probabilidades de ganar en una primera sesión de juego, para incrementarse a un 60% en una segunda sesión consecutiva (ya que en la primera no salió el premio grande); en una tercera sesión de juego realizada un día después vuelve a indicar un 50% de probabilidades.

- ✓ Falacia del jugador tipo I: impide que otros jueguen en su máquina hasta que no haya acabado (por la mayor probabilidad de que salga el premio después de haber invertido una cantidad elevada de dinero sin conseguir ningún premio importante).

“Pienso que, a veces, si juego el tiempo suficiente recuperaré mis pérdidas.”

- ✓ Ilusión de control: no parar nunca cuando quedan dos figuras iguales (porque en esas circunstancias no sale nunca el premio).

“A veces anticipo cuándo va a tocar un gran premio.”

“A veces puedo predecir los resultados positivos y los negativos.”

“Me fijo mucho en los resultados del juego para sacar conclusiones de cómo apostar, cuándo y cuánto.”

“A veces voy con la sensación de que voy a ganar.”

Cuando se le pide que indique a través de una escala tipo Likert las posibilidades que tiene de ganar en una primera sesión de juego, comenta que no conoce la máquina en la que va a jugar y que, por tanto, no lo puede saber.

- ✓ Diferencia entre azar y suerte:

“Creo que ganar es una cuestión de suerte más que de probabilidad.”

“A veces me considero una persona con suerte en el juego”.

“Si pierdo, a veces pienso que es debido a la mala suerte.”

En las escalas tipo Likert atribuye el 100% de los resultados al azar, en las tres sesiones de juego.

✓ Confianza en los hábitos: ciertas jugadas las realiza siempre igual; ritual de echar primero las monedas sueltas, para luego cambiar los billetes.

- Verbalizaciones emitidas en las tres sesiones de juego en laboratorio

Categorías de pensamientos	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3
Frases descriptivas	49 (43%)	40 (38,83%)	44 (42,3%)
Frases racionales	2 (1,8%)	2 (1,95%)	1 (1%)
Frases irracionales	34 (29,8%)	36 (34,95%)	38 (36,5%)
Frases emocionales	20 (17,5%)	19 (18,45%)	16 (15,4%)
Otras frases	9 (7,9%)	6 (5,82%)	5 (4,8%)
Total frases	114	103	104

Respuesta fisiológica

- En una situación de juego en laboratorio
 - ✓ Respuesta electrodérmica: incremento medio de 21,46 μ hmos. con respecto a la línea-base.
 - ✓ Tasa cardíaca: incremento medio de 15,36 pulsaciones/minuto con respecto a la línea-base.
 - ✓ Percepción subjetiva de activación: estado de ánimo durante el juego *normal* que le produce una sensación *neutra*.

Consumo de sustancias psicoactivas

- Alcohol: ha tenido problemas puntuales de alcohol, pero desde hace cuatro meses no consume grandes cantidades de alcohol por prescripción médica.
- Tabaco: en la actualidad fuma aproximadamente 15 cigarrillos diarios.
- Hachís: de los 16 a los 27 años fumaba «porros» a diario. Actualmente consume hachís de forma esporádica (aproximadamente una vez al año).
- Cocaína: hasta hace cuatro años consumía cocaína los fines de semana y en fiestas. Actualmente lo hace de forma esporádica (aproximadamente una vez al año).
- Anfetaminas, LSD, drogas de diseño: de estas sustancias no ha tenido un consumo regular; ya que sólo las ha probado 1-2 veces en su vida.

Trastornos del estado de ánimo

- No presenta ningún trastorno del estado de ánimo y su puntuación en el BDI es de 3, que refleja ausencia de depresión, atendiendo a los puntos de corte establecidos.

ANÁLISIS FUNCIONAL

En este caso se plantea, como ya ha sido comentado en el epígrafe 3.5, que varios factores han podido contribuir al origen de la conducta de juego, en concreto:

- a) El acceso a esta actividad.
- b) La existencia de varios modelos de jugadores en su entorno (aprendizaje vicario).
- c) La disponibilidad de un tipo de juego, las máquinas recreativas con premio, cuyas características favorecen un mayor “enganche”.
- d) La ausencia de hábitos de ahorro y planificación de gastos.

Una vez que el paciente ha comenzado a emitir la conducta de juego, ésta se mantiene por un programa de reforzamiento positivo de razón variable que se ve potenciado por la obtención de premios en las primeras ocasiones en las que juega a las máquinas, siendo el refuerzo tanto la ganancia económica como la excitación que provoca conseguir el premio. Los estímulos discriminativos externos ante los que se emite la conducta de juego pueden agruparse en dos grandes categorías: (a) estímulos relacionados con los bares frecuentados durante el horario laboral, que suelen ser locales donde se reúnen otros taxistas, y (b) estímulos relacionados con los bares frecuentados por sus amigos. Por otra parte, las distorsiones cognitivas referidas al azar que presenta el paciente, y que se postula que son aprendidas por observación y a través del propio moldeado en los sucesivos ensayos de juego, contribuyen al mantenimiento de la conducta problema debido a la creencia de que dispone de un conocimiento específico con el que puede contrarrestar la influencia del azar (el hecho de que prácticamente sólo juegue en un modelo determinado de máquina atestigua esta creencia). Además, la evaluación sesgada de los resultados refuerza las creencias erróneas y los hábitos de juego.

Las ganancias, al ser intermitentes, se ven acompañadas de pérdidas cuyas consecuencias más inmediatas son: (a) a nivel externo, la necesidad de disponer de dinero en el taxi, lo que le obliga a pedir prestado o a ir a buscar algo en efectivo a su casa; esta última opción junto con el tiempo que ha estado jugando contribuye a la pérdida de horas de trabajo y, por ende, repercute en su economía, favoreciendo la *caza* de las pérdidas, esto es, volver a jugar con objeto de recuperar el dinero perdido; y (b) a nivel interno, la aparición de ciertos estados, como pérdida de interés en el trabajo (que contribuye a mermar su economía), irritabilidad o reprocharse su conducta, junto con

los problemas que acarrea el juego a medio y largo plazo (a nivel individual, familiar; social y laboral), se convierten en estímulos discriminativos para la emisión de la conducta de juego, ya que dicha conducta es la forma más efectiva de que dispone el paciente para eliminar estos estímulos aversivos, manteniéndose la conducta problema por reforzamiento negativo. La falta de actividades reforzantes alternativas al juego y un déficit en solución de problemas contribuyen a que el paciente elija la conducta de juego como forma de afrontar las dificultades causadas por el propio juego u otros estados de ánimo negativos que no están necesariamente relacionados con esta actividad; lo que unido a la necesidad de conseguir dinero rápido para recuperarse económicamente, favorece una retroalimentación que introduce al paciente en un círculo vicioso por el que utiliza la conducta problema para resolver las dificultades que la propia conducta le están causando.

En la [figura 3.2](#) queda recogida la hipótesis explicativa de este caso.

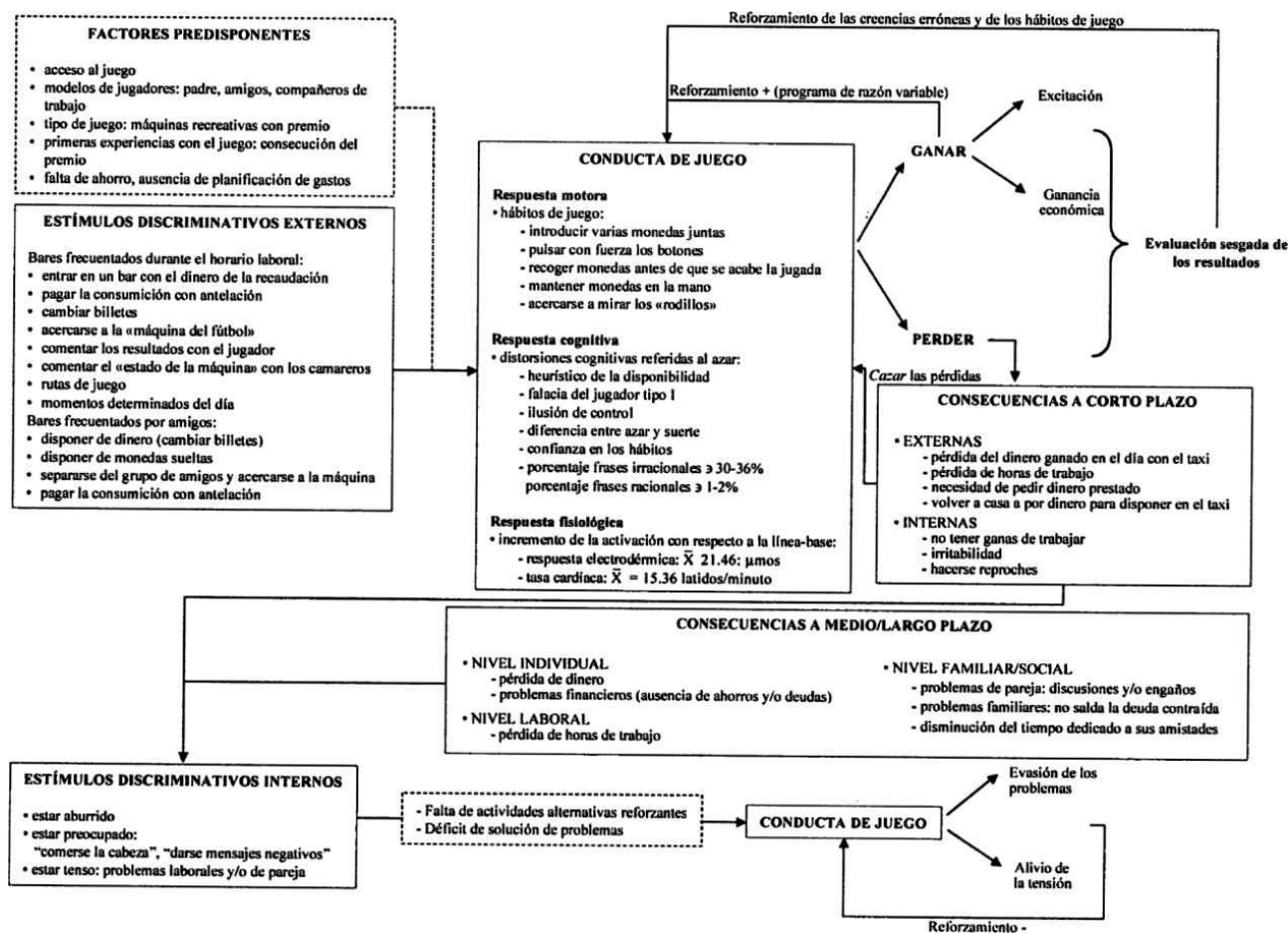
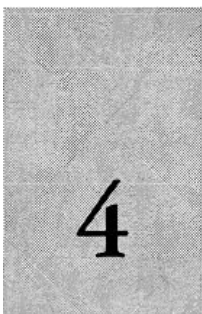


Figura 3.2. Caso clínico: hipótesis explicativa.

Preguntas de autoevaluación

- Entre las características de la evaluación psicológica en los problemas de juego patológico destaca que:
 - Cuando el jugador acude a consulta lo hace agobiado por su problema y su colaboración suele ser muy buena. ☐
 - Las personas próximas al jugador se muestran en general muy reacias a colaborar dificultando el proceso de evaluación. ☐
 - Es fácil evaluar las conductas motoras y fisiológicas, pero no se pueden evaluar las conductas cognitivas, en especial mientras está jugando. ☐
 - La veracidad de las informaciones del jugador puede contrastarse con la evaluación psicofisiológica. ☐
 - Con frecuencia el jugador no acude al tratamiento para solucionar su problema de juego, sino porque así consigue otros beneficios. ☐

2. Uno de los principales factores causales del juego patológico, sobre todo en los jugadores de máquinas recreativas, es la “ilusión de control” sobre el juego. Para evaluar la presencia de este sesgo y su influencia en el momento de jugar, el procedimiento más adecuado parece ser:
- a) El cuestionario *South Oaks Gambling Screen (SOGS)*. ☐
 - b) Una sesión de evaluación psicofisiológica en el que se le pregunte si considera que es capaz de controlar el juego. ☐
 - c) Una entrevista semiestructurada, complementada con los datos aportados por personas próximas al jugador. ☐
 - d) El procedimiento de “pensar en voz alta” mientras el sujeto está jugando. ☐
 - e) El *Inventario de pensamientos sobre el juego*. ☐
3. La frecuencia con la que aparecen asociados al problema del juego otros trastornos es muy elevada. De entre todos ellos destaca:
- a) El consumo abusivo de heroína o cocaína. ☐
 - b) El trastorno obsesivo-compulsivo. ☐
 - c) El consumo excesivo de alcohol. ☐
 - d) El trastorno maníaco. ☐
 - e) El trastorno de ansiedad generalizada. ☐
4. De acuerdo con las categorías establecidas por Walker (1992) se pueden dividir en cinco los tipos de frases emitidas por los jugadores patológicos mientras juegan. De estos cinco tipos de frases, cuál es el que presenta mayores problemas por su capacidad para provocar un juego patológico:
- a) Irracionales. ☐
 - b) Emocionales. ☐
 - c) Racionales. ☐
 - d) Descriptivos. ☐
 - e) Otros. ☐
-



Tratamiento I: guía para el terapeuta

Antes de considerar los procedimientos empleados en el tratamiento del juego patológico es necesario establecer cuál debe ser el objetivo terapéutico.

4.1. Objetivo terapéutico: abstinencia *versus* un juego controlado

Las posibilidades son dos: o bien el objetivo es conseguir la abstinencia completa de jugar, o bien un juego controlado o socialmente aceptable. Aunque tradicionalmente se ha establecido la abstinencia completa de jugar como único objetivo terapéutico adecuado, los resultados positivos alcanzados en otros problemas, como el alcoholismo o el tabaquismo, con tratamientos enfocados a una bebida controlada o a la reducción de la conducta de fumar han contribuido a plantearse, al menos en algunos casos, que el juego controlado podría ser también un objetivo terapéutico.

El apoyo para aceptar como único objetivo terapéutico la abstinencia completa de jugar es escaso, pues se sustenta, fundamentalmente, en la filosofía de los grupos de Jugadores Anónimos y en la consideración del juego patológico como una adicción más. Señalar, por el contrario, como objetivo del tratamiento el juego controlado puede verse apoyado por razones como la necesidad de crear una alternativa de tratamiento más atractiva para los jugadores, en especial en etapas tempranas del problema. También, en los momentos iniciales de la intervención, conseguir un juego controlado podría ser más fácil, y el éxito en alcanzar este criterio serviría para incrementar el sentimiento de autoeficacia, y aumentaría la probabilidad de que el paciente continúe

con el tratamiento e incluso llegue a aceptar la abstinencia como objetivo último. En principio, parece razonable suponer que este nuevo criterio de éxito contribuiría a reducir las tasas de rechazo y/o abandono del tratamiento. No obstante, este objetivo parece encontrarse con un obstáculo importante, la dificultad que se le atribuye, pues se presupone que el juego controlado es una respuesta temporal que inevitablemente está abocada a la pérdida de control subsiguiente.

Desgraciadamente, la defensa de una u otra postura cuenta con escaso apoyo experimental, no pudiéndose establecer, a partir de la investigación disponible, la superioridad de uno de estos dos planteamientos. Por eso, quizá la propuesta más adecuada por el momento, o quizá simplemente la más conservadora, sea establecer como objetivo más habitual la abstinencia completa, si bien en algunos casos puede ser útil marcarse la meta de un juego controlado. Sería interesante, como se ha hecho en el caso del alcoholismo, identificar las variables que permitan establecer en qué casos sería más conveniente cada uno de los objetivos, o al menos, que permitan predecir si un jugador será capaz de mantener su conducta de juego dentro de unos parámetros predeterminados (Fernández-Alba, 1999). En este sentido, la propuesta de Rosecrance (1988) plantea la utilidad de enseñar a los jugadores patológicos a jugar de forma más adecuada, es decir, con cierto autocontrol sobre sus conductas de juego a través de las estrategias que utilizan los jugadores para los que esta actividad no constituye una fuente de problemas (por ejemplo, distanciarse temporalmente del ambiente de juego, disminuir la cantidad de las apuestas, especializarse en un determinado tipo de apuestas sin jugar a todo, mantener un control preciso de las apuestas diarias, especificar exactamente cómo se va a disponer de las ganancias y establecer una unidad de apuesta concreta...). La propuesta parece interesante, aunque apenas hay información sobre la eficacia real de este tipo de intervención, ni en qué casos puede ser adecuada.

4.2 Revisión histórica de las técnicas utilizadas: eficacia de los programas terapéuticos

Ya se ha indicado que hasta 1980 el juego patológico no se reconoce oficialmente como un trastorno mental; eso significa que hasta ese momento la explicación de la conducta de juego excesivo se concebía, fundamentalmente, desde un modelo moral por el que el jugador era considerado una persona aquejada de cierto vicio. En el mejor de los casos, a partir de las incipientes explicaciones psicoanalíticas, el juego excesivo comienza a considerarse una enfermedad, de forma que el modelo moral es sustituido

por un modelo médico que, por lo demás, sigue localizando la *deficiencia* en el individuo en detrimento de los factores socioambientales. Serán las alternativas al modelo médico las que propongan que, bajo condiciones apropiadas, cualquiera puede llegar a desarrollar un problema con el juego, siendo los principios de aprendizaje los que determinan principalmente la mayor o menor implicación en esta actividad.

Los criterios diagnósticos de juego patológico propuestos por el DSM-III-R y el DSM-IV, similares a las características esenciales de la dependencia de sustancias psicoactivas, han contribuido a conceptualizar el problema de juego como una adicción, y la profusión de términos bajo esta concepción así lo atestigua (conducta adictiva, dependencia no ligada al uso de sustancias, desorden de los impulsos sin droga...). Deseo, tolerancia, síndrome de abstinencia y pérdida de control son los cuatro componentes principales que definen una adicción y que parecen estar presentes en lo que se ha venido a denominar *adicción al juego*. No obstante, no todos los autores estarían de acuerdo con esta nueva etiqueta que supone las adicciones psicológicas, pues consideran que en ningún caso la categoría de adicción a una droga puede ser ampliada para incluir otras actividades en las que no hay sustancia sin que pierda su significado esencial. En cualquier caso, esta concepción del juego excesivo propició la aplicación de técnicas conductuales, utilizadas en el ámbito de las drogodependencias, al problema de juego.

La corta historia de los tratamientos del juego patológico ha sufrido una evolución que puede delimitarse en cuatro fases (Labrador y Fernández-Alba, 1998):

1. En los momentos iniciales, al no existir modelos explicativos claros del problema, ni procedimientos específicos de intervención, se trata de asimilar el problema del juego patológico a otros trastornos para los que se dispone de tratamientos contrastados y de cierta eficacia. Reiteradamente equiparado con las adicciones, en especial el alcoholismo, y con el trastorno obsesivo-compulsivo, los tratamientos del juego patológico en esos primeros momentos se derivan de los empleados en estos trastornos.
2. También en estas primeras etapas suele utilizarse la estrategia de probar alguna de las diversas técnicas de las que se dispone para ver si resultan eficaces. El posible apoyo teórico al uso de estas intervenciones suele ser escaso, en parte porque también el conocimiento sobre el nuevo problema es muy limitado. En estas circunstancias, la mayor parte de las intervenciones son muy sencillas, y tras explicar el problema basándose en una o dos variables, el tratamiento se dirige a modificar esos aspectos concretos.
3. Conforme se desarrolla una investigación más completa y se van identificando las

variables relevantes al problema, se pone de relieve la complejidad de este trastorno y, consiguientemente, los procedimientos de intervención comienzan a hacerse cada vez más complejos en el intento de abordar y controlar el conjunto de los diversos aspectos implicados. Aunque más eficaces, suelen ser intervenciones muy largas que incluyen elementos con frecuencia superfluos para, al menos, algunos casos.

4. La última fase se caracteriza por el desarrollo de programas de intervención relativamente estándares pero a la vez flexibles, de modo que puedan ajustarse a cada caso de acuerdo con las características y circunstancias particulares. Se observa además la aparición incipiente de programas autoaplicados y de carácter preventivo.

A continuación se revisan las técnicas aplicadas y los programas de intervención desarrollados en cada una de las fases previamente señaladas.

4.2.1. Primera fase: intervenciones farmacológicas y técnicas aversivas

Ambas intervenciones parten de la supuesta analogía entre el juego patológico y otros trastornos, especialmente los problemas adictivos y el trastorno obsesivo-compulsivo.

A) Intervenciones farmacológicas

- JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La justificación del empleo de medicamentos se apoya en la presunta existencia de una alteración biológica en los jugadores patológicos y en otros trastornos del control de los impulsos, aunque probablemente también han 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.

Se han utilizado tres grupos de fármacos, a saber:

- a) Fármacos serotoninérgicos, que tienen un efecto favorecedor sobre la transmisión de serotonina.
- b) Estabilizadores del ánimo, que además de su acción estabilizadora podrían tener efectos sobre el sistema serotoninérgico central.
- c) Antagonistas opiáceos, que parecen resultar útiles para reducir la impulsividad de las conductas derivada de una sobreproducción de opioides endógenos,

aunque las hipótesis más actuales plantean que la eficacia de estos fármacos resida en su capacidad para inhibir la liberación de dopamina.

- PROCEDIMIENTO

Fármacos serotoninérgicos:

- Clomipramina (tricíclico con acción preferentemente serotoninérgica): 125 mg/día durante 10 semanas.
- Fluvoxamina (inhibidor de la recaptación de serotonina): 100-300 mg/día durante 8 semanas.

Estabilizadores del ánimo:

- Carbonato de litio (efecto serotoninérgico como agonista presináptico).
- Carbamacepina (efectos sobre el sistema serotoninérgico central): 600 mg/día durante 30 meses.

Antagonistas opiáceos:

- Naltrexona: 150 mg/48 horas durante 10 meses.

- EFICACIA

Los datos disponibles sobre la respuesta a estos fármacos en el juego patológico (véase el [cuadro 4.1](#)) procede en general de observaciones sobre un escaso número de pacientes (muchos de ellos N.º 1) o de estudios no controlados (Ibáñez y Sáiz, 2000). Además, el número de estudios realizados es muy escaso, la mayoría no reúnen las condiciones metodológicas necesarias y a veces se aplican junto a programas de psicoterapia, lo que no permite distinguir los efectos específicos del fármaco.

Autor	Fármaco	Casos	Resultados	Seguimiento
Hollander et al. (1992)	Clomipramina	1	Abstinencia (1 caída)	No especificado
Hollander et al. (1998)	Fluvoxamina	10	7 abstinentes	No especificado
Moskowitz (1980)	Carbonato de litio	3	2 mejorados (reducción)	No especificado
Haller y Hinterhuber (1994)	Carbamacepina	1	Abstinente	No especificado
Turón et al. (1990)	Naltrexona	30	56% abstinente	No especificado
Crockford y el-Guebaly (1998)	Naltrexona	1	Abstinente	No especificado
Kim (1998)	Naltrexona	1	Abstinente	9 meses

Fuente: Fernández-Alba (1999).

Cuadro 4.1. Estudios sobre tratamiento del juego patológico: intervenciones farmacológicas

En el caso particular de los estudios con estabilizadores del ánimo se trata de observaciones sobre casos aislados que presentan además un diagnóstico asociado de trastorno bipolar, por lo que no puede establecerse si la mejoría de la conducta de juego se debe a un efecto específico del fármaco o si depende de una mejoría del trastorno principal.

En cualquier caso, aun cuando pudiera establecerse la existencia de alteraciones bioquímicas, y éstos fueran los fármacos de elección, no se pueden soslayar aspectos de gran relevancia como son los principios de aprendizaje, las distorsiones cognitivas, las deudas, las dificultades a nivel familiar, laboral..., que contribuyen a mantener e incrementar las conductas de juego y cuyo abordaje en el proceso terapéutico resulta ineludible.

O el hecho incuestionable de que la legislación existente de los juegos de azar es determinante para la aparición de este tipo de problemas.

B) Técnicas aversivas

- JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Se plantea que las conductas de juego están mantenidas por poderosas consecuencias reforzantes que obtiene el jugador con carácter inmediato, pese a las consecuencias negativas que aparecen a medio y largo plazo. La utilización de procedimientos aversivos se fundamenta en el objetivo de que tales conductas pierdan su valencia positiva y que los estímulos que las desencadenan adquieran un valor negativo.

- PROCEDIMIENTO

Estímulos aversivos: estimulación eléctrica.

Tipo de conductas con las que habitualmente se ha trabajado:

- Usar una máquina recreativa.
- Hojear las páginas de apuestas del periódico.
- Observar los resultados en un centro de apuestas, una partida de cartas o una ruleta.
- Realizar apuestas por teléfono.
- Realizar apuestas en un casino.

Forma de presentación de los estímulos:

- Real: los primeros estudios aplican la estimulación aversiva mientras se emite la conducta de juego correspondiente. En un caso se ha aplicado la estimulación aversiva mientras el sujeto observaba una película protagonizada por el propio jugador en un centro de apuestas.
- Sensibilización encubierta: se utiliza fundamentalmente cuando se incluyen técnicas aversivas dentro de programas multicomponentes.

- EFICACIA

Los trabajos que han utilizado técnicas aversivas como procedimiento único para eliminar las conductas de juego son escasos, la mayoría muy antiguos y están referidos a estudios de casos. En algún trabajo posterior también se ha aplicado sensibilización encubierta o se han incluido las diversas técnicas dentro de programas multicomponentes variados. En la mayoría de estos estudios el porcentaje de abstinencia no supera el 30% y en muchos casos el máximo logro alcanzado es una reducción de la conducta de juego. Con objeto de determinar la eficacia diferencial de la terapia aversiva en el tratamiento del juego patológico, el equipo dirigido por McConaghy en la Universidad de New South Wales en Australia ha llevado a cabo dos estudios, más recientes y controlados, pero con unos resultados desalentadores, pues en ningún caso se consigue la abstinencia y el porcentaje de jugadores que controla o ha reducido su conducta de juego no supera al obtenido con las otras técnicas utilizadas (desensibilización sistemática, exposición y relajación) (véase el [cuadro 4.2](#)).

Autor	Técnica	Casos	Resultados	Seguimiento
Barker y Miller (1968)	Estimulación eléctrica	3	1 abstinente 2 mejorados (episodio recaída)	Meses - 2 años
Gorney (1968)	Estimulación eléctrica	1	Abstinente	1 año
Seager (1970)	Técnica aversiva + terapia de apoyo + Jugadores Anónimos	16	31% abstinente 12% mejorado (reducción) 19% recaída 37% abandono	6 meses - 3 años
Cotler (1971)	Sensibilización encubierta + otras técnicas (reforzamiento positivo + práctica masiva + actividades alternativas)	1	mejorado (recaída)	9 meses
Koller (1972)	Estimulación eléctrica	16	31% abstinente 25% mejorado (reducción) 44% fracaso	6 meses - 2 años
Bannister (1977)	Sensibilización encubierta + Terapia Racional Emotiva	1	abstinente	2 años y medio
Greenberg y Marks (1982)	Sensibilización encubierta + exposición	7	3 mejorados (reducción)	0 - 6 meses
Greenberg y Rankin (1982)	Exposición con prevención de respuesta (incluía parada de pensamiento o sensibilización encubierta ante la urgencia de jugar) + control estimular	26	19% abstinente 27% mejorado (períodos de juego) 54% abandono	9 meses - 4 años y medio
McConaghy et al. (1983)	Estimulación eléctrica	10	20% juego controlado 10% mejorado (reducción) 70% sin cambios o con una mínima reducción	1 año
McConaghy et al. (1991) Blaszczynski y McConaghy (1993)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (técnica aversiva)	6 (20)	33% juego controlado 66% fracaso	2 - 9 años

() = N original.

Fuente: Fernández-Alba (1999).

Cuadro 4.2. Estudios sobre tratamiento del juego patológico: técnicas aversivas

En la actualidad, aunque en algún caso se incluyan técnicas aversivas (especialmente sensibilización encubierta) dentro de programas multicomponentes, su empleo está en desuso, ya que las implicaciones éticas que plantea este tipo de abordaje no se ven superadas por una eficacia demostrada a largo plazo. Además en la actualidad se considera que tan importante como conseguir que un jugador patológico deje jugar es el que modifique otra serie de conductas directamente implicadas en el juego (distorsiones cognitivas, control de la activación fisiológica...) o asociadas al problema (mejora de su implicación y rendimiento laboral, desarrollo de conductas de ocio alternativas, mejora en las relaciones familiares y sociales...).

4.2.2. Segunda fase: técnicas de exposición

Esta fase se caracteriza por el intento de aplicar en el campo del juego patológico técnicas que, por un lado, ya han demostrado su eficacia en un número relevante de trastornos y, por otro, su utilización puede ser de alguna manera justificada a nivel teórico.

A) *Desensibilización sistemática*

- JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

El uso de esta técnica en el tratamiento del juego patológico se fundamenta en los elevados niveles de activación que se manifiestan en los jugadores cuando juegan, así como en los niveles de *deseo* o *craving* que parecen presentarse a modo de *síndrome de abstinencia*. Otros autores justifican la aplicación de la desensibilización sistemática en la teoría del mecanismo de ejecución conductual (McConaghy, 1980, 1983). De acuerdo con esta teoría el sistema nervioso central de cada persona construye una estructura neural de todas sus conductas habituales, comenzando desde el estímulo que las inicia hasta la ejecución final de la conducta. Este mecanismo se activa cuando la persona se encuentra ante estímulos que precedieron a la realización de la conducta habitual en el pasado o cuando la persona piensa en llevar a cabo dicha conducta. Cuando la conducta se realiza en su forma habitual, esto es, según el modelo cortical proporcionado, el nivel de arousal permanece bajo, pero si la conducta no se realiza o no se completa cuando el sujeto es estimulado para llevarla a cabo, el mecanismo de ejecución conductual produce un aumento de activación y, por tanto, de tensión subjetiva. El carácter desagradable de esta situación fuerza al sujeto a completar la conducta (a jugar), incluso cuando no desee hacerlo. Para un jugador patológico, la conducta de juego sería una de estas respuestas que es impulsado a ejecutar ante la presencia de determinados estímulos, presentando cierta tensión o activación si no lleva a cabo la conducta de juego.

El objetivo de esta técnica es producir un contracondicionamiento a través del cual esos estímulos acabarán provocando la aparición de la nueva respuesta incompatible con la tensión o activación desagradable.

- PROCEDIMIENTO

El grupo de McConaghy, en Australia, ha utilizado la desensibilización sistemática en imaginación con la relajación como respuesta incompatible.

- EFICACIA

Comparado con la exigua eficacia de las técnicas aversivas, estos autores informan de unos resultados claramente superiores al tratar a jugadores patológicos con desensibilización sistemática en imaginación (20% abstinentes y un 50% con un juego controlado). También obtuvieron resultados similares al aplicar esta técnica y relajación en dos muestras distintas; ambas modalidades terapéuticas se mostraron eficaces en la reducción del impulso de jugar y de la conducta de juego (con tasas de éxito total o parcial del 50% a los que se les aplicó desensibilización sistemática y del 70% de los casos que fueron entrenados en relajación al cabo de un año de seguimiento), así como en la disminución del grado de ansiedad; pero no hubo diferencias significativas entre ellas.

En un reanálisis de los estudios realizados por estos autores, en los que se habían aplicado diversas técnicas conductuales (desensibilización sistemática, exposición breve y prolongada, terapia aversiva y relajación), se encontró una diferencia significativa a favor de la desensibilización sistemática como intervención que conseguía un porcentaje mayor de éxito (un 78% de abstinencia o juego controlado frente a un 53% conseguido con cualquiera de las otras técnicas) en el seguimiento medio de cinco años. Unos resultados muy positivos, pero que se ven ensombrecidos por la mortandad experimental sufrida a lo largo del seguimiento y que asciende a la mitad de la muestra (véase el [cuadro 4.3](#)).

Autor	Técnica	Casos	Resultados	Seguimiento
McConaghy et al. (1983)	D.S. en imaginación	10	20% abstinentes 50% juego controlado 30% sin cambios o con una mínima reducción	1 año
McConaghy et al. (1988)	D.S. en imaginación	10	10% abstinentes 20% juego controlado 20% mejorados (reducción) 50% sin cambios o con una mínima reducción	1 año
McConaghy et al. (1991) Blaszczynski y McConaghy (1993)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (D.S. en imaginación)	33 (60)	30% abstinentes 48% juego controlado 21% fracaso	2-9 años

() = N original.

Fuente: Fernández-Alba (1999).

Cuadro 4.3. Estudios sobre tratamiento del juego patológico: desensibilización sistemática

A pesar de los resultados obtenidos, no ha sido una técnica muy utilizada, quizá porque resulta difícil en el caso del juego patológico fundamentar teóricamente su aplicación en los principios del condicionamiento clásico; por otro lado, la teoría del

mecanismo de ejecución conductual debería ser contrastada empíricamente.

B) Exposición con prevención de respuesta

- JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

El objetivo de esta técnica se centra en conseguir que se produzca habituación ante los estímulos que anteceden a la conducta de juego y por tanto la extinción de la misma, favoreciendo que la persona haga algo distinto en las situaciones que venían desencadenando sus conductas de juego.

Parece conveniente realizar una reflexión acerca del fundamento teórico de este procedimiento, ya que las técnicas de exposición con prevención de respuesta tienen su origen en los estudios realizados sobre las conductas de evitación aprendidas y su resistencia a la extinción. De manera que se considera que la esencia de estas técnicas se encuentra en la exposición masiva a estímulos que producen respuestas de ansiedad junto con la prevención de cualquier tipo de conducta de escape, lo que permite constatar que el supuesto estímulo incondicionado en realidad no existe. Intentar aplicar este modelo a las conductas de juego plantea la dificultad de establecer, por un lado, cuál es el estímulo incondicionado que provoca la respuesta incondicionada de ansiedad ante los estímulos relacionados con el juego y, por otro, establecer que la conducta de juego es principalmente una respuesta de escape/evitación cuyo mantenimiento se debe más a un reforzamiento negativo que positivo (véase la [figura 4.1](#)). Una explicación alternativa supone justificar el uso de esta técnica para conseguir la habituación (o un condicionamiento inhibitorio) a los estímulos que facilitan la conducta de juego, de forma parecida a como se utiliza en el caso del consumo de sustancias psicoactivas. Esta explicación conlleva la dificultad teórica de aceptar un «*estado de abstinencia*» en los jugadores, cuya asociación con diversos estímulos (externos o internos) transfiera a éstos la capacidad, tras sucesivos ensayos, de producir la respuesta de abstinencia y/o deseo y que, finalmente, provocarían la emisión de la conducta de búsqueda y consumo de la «*sustancia*» (respuesta de escape). Aunque algunos autores plantearían que el juego es una *droga* cuyo efecto adictivo lo constituye la excitación que proporciona, los resultados de diferentes estudios no permiten concluir, a través de medidas psicofisiológicas o por medio de índices subjetivos, que exista un incremento de la activación asociada al juego superior al que se produce en la población normal y que además sea experimentado como excitación placentera; lo que dificulta poder establecer un «*estado de abstinencia*» característico del jugador, y por ende unos estímulos capaces de provocar el deseo condicionado de jugar.

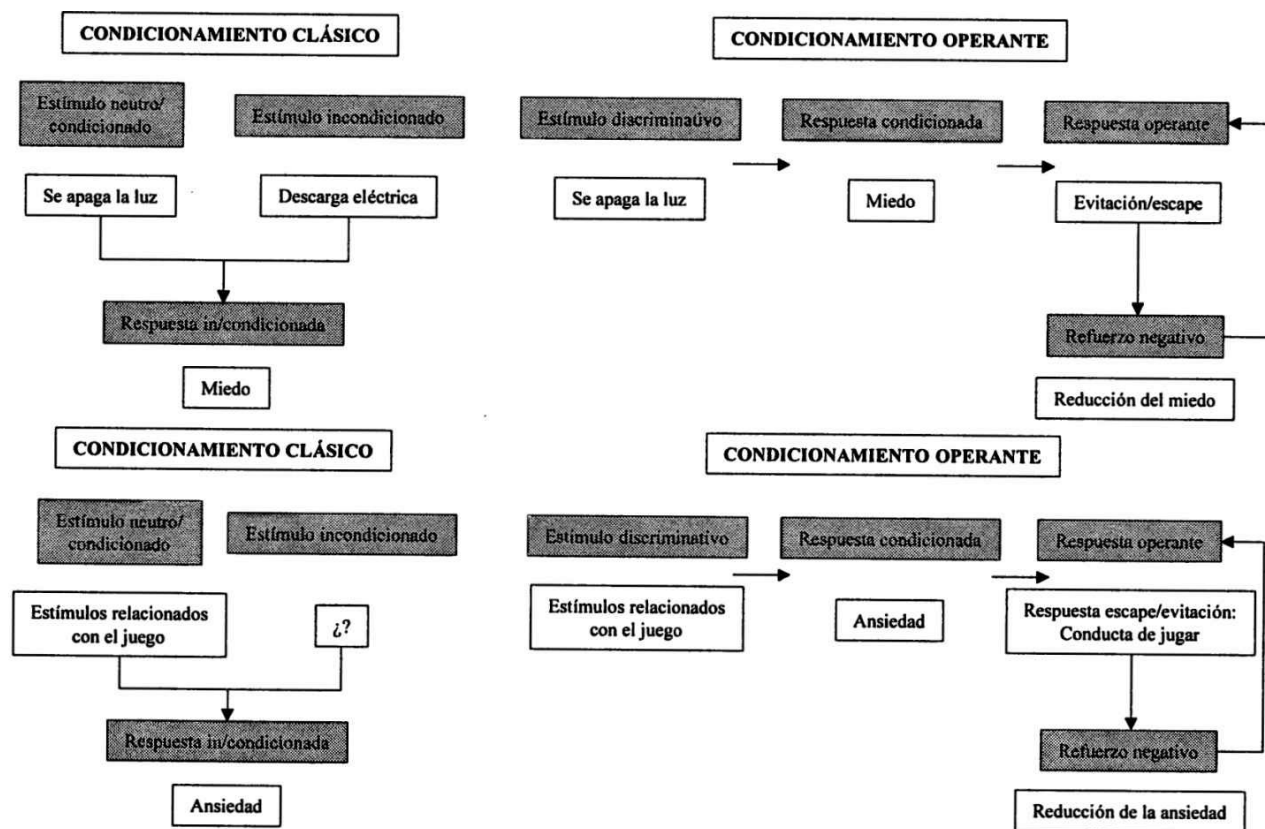


Figura 4. 1. Teoría bifactorial de Mowrer: fundamento teórico de las técnicas de exposición con prevención de respuesta.

• PROCEDIMIENTO

La técnica de exposición en el ámbito del juego patológico suele tener las siguientes características:

- Presentación de los estímulos: en vivo.
- Agente de la exposición: autoexposición (con presencia de coterapeutas).
- Intensidad de los estímulos: gradual.
- Intervalo de las tareas para casa: corto (diario).
- Duración de las tareas para casa: larga, para facilitar la habituación.

La exposición con prevención de respuesta suele aplicarse junto con la técnica de control de estímulos, cuyo objetivo en el caso del juego patológico es dificultar la posibilidad de llevar a cabo esta conducta a través de la eliminación y/o reducción de todos los estímulos asociados al juego. Implica, pues, un control exhaustivo del dinero y la evitación de todas las situaciones relacionadas con esta actividad. Ambas técnicas resultan compatibles, ya que se puede comenzar aplicando conjuntamente el control estimular y la técnica de exposición para posteriormente, al ir adquiriendo habilidades

para hacer frente a estas situaciones, eliminar gradualmente el citado control de estímulos.

- EFICACIA

La combinación de estas dos técnicas se ha llevado a cabo en un número destacado de programas más o menos complejos, entre ellos varios trabajos realizados en España, ofreciendo resultados esperanzadores (véase el [cuadro 4.4](#)). No obstante, hay que destacar que el uso de técnicas de exposición con prevención de respuesta en problemas de juego es relativamente reciente y que la mayoría de los trabajos son estudios de casos no controlados y en los que esta técnica se aplica inmersa en programas multimodales, lo que dificulta el establecimiento de su eficacia real.

<i>Autor</i>	<i>Técnica</i>	<i>Casos</i>	<i>Resultados</i>	<i>Seguimiento</i>
Greenberg y Rankin (1982)	Exposición con prevención de respuesta (incluía parada de pensamiento o sensibilización encubierta ante la urgencia de jugar) + control estimular	26	19% abstinente 27% mejorado (períodos de juego) 54% abandono	9 meses - 4 años y medio
Rankin (1982)	Control estimular	1	mejorado (alcanzado el objetivo de juego controlado en la mayoría de las ocasiones)	2 años
González et al. (1990a)	Tratamiento ambulatorio en grupo (control estimular + exposición en vivo con prevención de respuesta + programación de actividades alternativas + prevención de recaídas)	6 (16)	83% abstinente 17% recaída	no especificado
González et al. (1990b)	Control estimular + exposición con prevención de respuesta + terapia de grupo (con asistencia de los familiares)	67	16% abstinente 36% en tratamiento 48% abandono	no especificado

Autor	Técnica	Casos	Resultados	Seguimiento
Aranda et al. (1991)	Control estimular + contrato conductual + manejo de contingencias + discusión sobre las leyes del azar + terapia de grupo para prevenir las recaídas + habilidades de coping + exposición con prevención de respuesta + solución de problemas	1	Abstinente	6 meses
Arribas y Martínez (1991)	Exposición con prevención de respuesta + control estimular + prevención de respuesta	4	100% abstinente	6 meses
McConaghy et al. (1991) Blaszczynski y McConaghy (1993)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (exposición prolongada en vivo)	4 (10)	25% abstinente 25% juego controlado 50% fracaso	2-9 años
McConaghy et al. (1991) Blaszczynski y McConaghy (1993)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (exposición breve en vivo)	6 (10)	17% abstinente 50% juego controlado 33% fracaso	2-9 años

Autor	Técnica	Casos	Resultados	Seguimiento
Sharpe y Tarrier (1992)	Control estimular + actividades alternativas + entrenamiento en relajación progresiva + exposición en imaginación y en vivo + reestructuración cognitiva	1	Abstinente (1 caída)	10 meses

() = N original.

Fuente: Fernández-Alba (1999).

Cuadro 4.4. Estudios sobre tratamiento del juego patológico: control de estímulos y exposición con prevención de respuesta

4.2.3. Tercera fase: programas multicomponentes en régimen de internamiento

Esta fase se caracteriza por el desarrollo de programas de intervención más complejos que incluyen, por tanto, un número elevado de técnicas. Los primeros programas multicomponentes fueron los desarrollados en régimen de internamiento en el contexto hospitalario. A continuación se describen algunos de estos programas clásicos.

A) Brecksville Unit of Cleveland Veterans Administration Medical Centre (Ohio, EEUU)

Es el primer programa de este tipo desarrollado en Estados Unidos, en concreto comenzó a implantarse en 1972.

- ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

- Objetivos:

- a) Abstinencia del juego.
 - b) Reducción del impulso de jugar.
 - c) Reestablecimiento de un funcionamiento social adecuado.

- Duración: 30 días.

- Técnicas:

- a) Presentaciones didácticas sobre la adicción.
 - b) Educación para la salud.
 - c) Terapia de grupo.
 - d) Participación regular en Jugadores Anónimos en el mismo hospital.
 - e) Planificación detallada de la recuperación financiera.

- Población a la que va dirigido: el programa se realiza conjuntamente para los pacientes con problemas de juego y de alcohol (a excepción de la terapia de grupo y la asistencia a Jugadores Anónimos).

- EFICACIA

Los resultados señalan alrededor de un 67% de abstinencia a los seis meses y de un 55% al año de seguimiento, aunque la elevada mortandad experimental a lo largo del seguimiento (52%) restringe estos datos a un 32% y a un 26% de abstinencia a los seis y doce meses, respectivamente. En un estudio posterior se obtuvieron mejores resultados al alcanzarse un porcentaje de abstinencia del 48% a los seis meses y del 38% al año de seguimiento, con un porcentaje de abandono del 14% y del 32%, respectivamente (véase el [cuadro 4.5](#)).

Autor	Técnica	Casos	Resultados	Seguimiento
Russo et al. (1984) (Ohio, EEUU)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (psicoterapia en grupo + educación en adicciones y salud + participación regular en Jugadores Anónimos)	60 (124)	55% abstinente 21% mejorado (episodios de recaídas)	1 año
Taber et al. (1987) McCormick y Taber (1991) (Ohio, EEUU)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (psicoterapia en grupo + educación en adicciones y salud + participación regular en Jugadores Anónimos)	57 45 (66)	56% abstinente 55% abstinente	6 meses 12 meses
Politzer et al. (1985) (Maryland, EEUU)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento Programa de tratamiento en régimen ambulatorio	92 (200)	80% abstinente 90% abstinente	6 meses
Hudak et al. (1989) (Maryland, EEUU)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento	26 (99)	31% abstinente 38% ha jugado entre 1-20 veces 31% ha jugado en más de 20 ocasiones	4-8 años

Autor	Técnica	Casos	Resultados	Seguimiento
Lesieur y Blume (1991) (New York, EEUU)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (psicoterapia individual y en grupo + educación en adicciones + psicodrama + Jugadores Anónimos)	72 (119)	64% abstinente 36% fracaso (juega/juega + consume alcohol y/o drogas)	6-14 meses
Schwartz y Lindner (1992) (Alemania)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento	49 (58)	59% abstinente 24% mejorado (recaída)	1 año
		25 (58)	52% abstinente 32% mejorado (recaída)	2 años

() = N original.

Fuente: Fernández-Alba (1999).

Cuadro 4.5. Estudios sobre tratamiento del juego patológico: programas de tratamiento en régimen de internamiento

B) Johns Hopkins Center for Pathological Gambling (Maryland, EEUU)

Su creación data de 1979 y constituye el primer centro de Estados Unidos para el tratamiento del juego patológico abierto al público general.

• ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

Este centro proporciona dos tipos de programas:

- Régimen de internamiento. Programa residencial intensivo de cuarenta horas de terapia a la semana durante un período de quince días. Su función principal consiste en informar a los jugadores sobre la naturaleza del trastorno y crear las bases de la rehabilitación para, posteriormente, transferir a esos pacientes a un tratamiento ambulatorio y/o a Jugadores Anónimos.
- Régimen ambulatorio. Programa que incluye, con una frecuencia semanal, todo el proceso de evaluación y diagnóstico, seguido de una intervención en crisis, establecimiento del plan de recuperación junto con terapia grupal/familiar.

Adicionalmente, el centro ofrece asesoramiento legal y financiero, así como tratamiento para la familia del paciente.

- EFICACIA

La abstinencia alcanza, durante una media de seis meses, el 80% en el programa en régimen de internamiento y el 90% en el que tiene carácter ambulatorio. No obstante, hay que tener en cuenta que a estos resultados tan abultados están contribuyendo dos factores: por un lado, el hecho de que la efectividad del tratamiento se valora cuando éste todavía no ha finalizado y, por otro, que sólo se analizan los datos de los pacientes que se mantienen en tratamiento, cuando la tasa de abandono asciende al 50%. Un estudio posterior ofrece resultados del seguimiento entre los 4-8 años, aportando unos datos más realistas al hablar de un 30% de abstinentes entre los sujetos con los que se ha podido contactar (n.º 26), cifra que se reduciría al 8% de la muestra inicial (n.º 99) (véase el [Cuadro 4.5](#)).

C) Alcoholism, Chemical Dependency and Compulsive Gambling Services at South Oaks Hospital (New York, EEUU)

Hospital que desde 1983 viene realizando una detección sistemática de problemas de juego patológico entre sus pacientes con problemas de alcohol y/o dependencia a otras sustancias psicoactivas.

- ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

- Técnicas:
 - a) Psicoterapia individual y de grupo.
 - b) Educación sobre los efectos del alcohol, del juego y de las drogas.
 - c) Terapia de apoyo a la familia.

- d) Psicodrama.
- e) Asistencia a las reuniones de Alcohólicos, Narcóticos y Jugadores Anónimos.
- f) Programas de asistencia de empleo.

– Población a la que va dirigido: el programa se enmarca en una unidad de drogodependencias con pacientes que presentan múltiples adicciones.

- EFICACIA

Los resultados estiman, en seguimientos que oscilan entre seis y catorce meses, una tasa de abstinencia del 64%, aunque si se consideran los abandonos desciende a un 38% (véase el [Cuadro 4.5](#)).

D) Therapiezentrum Münzesheim Kraichtal (Alemania)

Este programa en régimen de internamiento comienza a funcionar en 1985.

- ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

– Técnicas:

- a) Psicofármacos.
- b) Terapia de grupo.
- c) Tratamiento individual.
- d) Terapia ocupacional.
- e) Laborterapia.
- f) Hidroterapia.
- g) Relajación.
- h) Ejercicio físico.
- i) Terapia de grupo familiar.
- j) Terapia cognitiva.
- k) Educación para la salud.
- l) Asistencia a un grupo de terapia especial para jugadores.

– Duración: 4 meses.

– Población a la que va dirigido: el programa se desarrolla en la unidad de drogodependencias.

- EFICACIA

Las tasas de abstinencia alcanzan un 59 y un 52% en el primer y segundo año de seguimiento, respectivamente; pero, de nuevo, considerando los abandonos y el número de sujetos no contactados, el porcentaje de abstinencia se reduce a un 50% al cabo de un año y a un 22% a los dos años de seguimiento (véase el [Cuadro 4.5](#)).

La primera objeción que se puede plantear a estos programas es que, en general, el tratamiento del juego patológico no requiere hospitalización, por lo que no quedan justificados los costes y las dificultades que implica un programa de estas características. El tratamiento en régimen de internamiento sólo podría estar indicado en aquellos jugadores que carecen de un sistema de apoyo familiar o social, con ideas de suicidio o con una desorganización especialmente grave de sus conductas debido a múltiples drogodependencias. Además, todos estos programas sufren serias deficiencias, a saber:

- a) Al estar inmersos en unidades de drogodependencias, una proporción importante de sujetos padece múltiples adicciones, lo que dificulta el establecimiento de la eficacia en el trastorno de juego patológico.
- b) El prolífico número de componentes que constituyen las terapias multimodales impiden la identificación de los elementos principales que contribuyen a la mejoría.
- c) La elección de las diversas técnicas no está fundamentada teóricamente.
- d) No se dispone de un esquema donde se organicen las técnicas en función de los objetivos a alcanzar y donde se establezca un programa detallado del número de sesiones y el contenido pormenorizado de cada una de ellas.
- e) Dado el alto coste que supone mantener internado a los pacientes, la relación coste/eficacia es baja.

4.2.4. Cuarta fase: programas multicomponentes en régimen ambulatorio y programas autoaplicados

En esta fase comienzan a desarrollarse programas en régimen ambulatorio conformados, generalmente, por una técnica principal, que ha demostrado su eficacia en el ámbito del juego patológico o se ha desarrollado *ad hoc* para el tratamiento de este trastorno, y una o varias técnicas complementarias. De entre la consiguiente pluralidad y heterogeneidad de tales intervenciones, sobresalen dos programas: el desarrollado por el equipo de Ladouceur en la Universidad de Laval (Canadá), que incluye como técnica principal la reestructuración de las distorsiones cognitivas referidas al azar, y el

elaborado por el grupo de Echeburúa en la Universidad del País Vasco, siendo la exposición con prevención de respuesta el eje central del mismo. Entre los motivos por los que estos programas destacan pueden enumerarse los siguientes: *a)* en primer lugar, se han diseñado pensando en los factores que hasta la fecha parecen desempeñar un papel fundamental en el mantenimiento de la conducta de juego, esto es, las distorsiones cognitivas, los efectos de activación fisiológica y los principios del aprendizaje, respectivamente; y por tanto, han superado ese estadio inicial caracterizado por la inclusión de técnicas débilmente fundamentadas; *b)* en segundo lugar, las técnicas seleccionadas se diseñan específicamente para su aplicación en jugadores de un tipo determinado de juego, favoreciendo su eficacia; y *c)* por último, en un campo donde predominan los estudios con graves problemas metodológicos, estos programas disponen de análisis controlados de su eficacia, que además arrojan unos resultados alentadores en ambos casos.

A) Programa desarrollado por R. Ladouceur en la Universidad de Laval (Québec, Canadá)

- OBJETIVO

Modificar y controlar las distorsiones cognitivas referidas al azar con el objetivo de que el jugador pierda todo el interés en el juego.

- ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

- Técnica principal: reestructuración de las distorsiones cognitivas referidas al azar

Punto de partida: ¿Por qué juega una persona y arriesga su dinero en un juego controlado por el azar en el que siempre va a haber más probabilidades de perder que de ganar?

Esta reestructuración cognitiva diseñada ad hoc para trabajar las distorsiones cognitivas referidas al azar incluye la evaluación de los hábitos de juego del paciente, información sobre las características y funcionamiento de los juegos de azar y la discusión socrática. A continuación se detallan todos los pasos:

1. *Análisis de los hábitos de juego.* Se delimita el perfil detallado de los hábitos de juego del paciente con objeto de valorar si percibe el juego determinado fundamentalmente por el azar o la habilidad y cuáles son las conductas que pueden estar reflejando algún sesgo cognitivo. Se trataría de evaluar si existe un juego y/o un lugar asociado con una mayor probabilidad de ganar, así como posibles rituales o métodos característicos del paciente. En el

[cuadro 4.6](#) quedan recogidos los principales contenidos que deberían ser evaluados en este apartado cuando la actividad de juego principal son las máquinas recreativas con premio.

<i>Hábitos de juego</i>	<i>Contenido</i>
Tipo de máquina a la que suele jugar	• Modelo de máquina • Razones por las que prefiere esa máquina • Características de la máquina (Juegos adicionales, botones...) • «Conocimiento» de la máquina • Premios que le han salido en esa máquina
Lugar en el que suele jugar	• Bar/sala recreativa/bingo/casino determinado • Razones por las que prefiere ese lugar • Relación entre ese lugar y una máquina concreta • Lugar de juego concurrido
Dinero	• Cantidad de dinero con el que comienza a jugar • Cantidad de monedas que introduce en la máquina cada vez • Determinar qué hace cuando necesita cambiar dinero para seguir jugando • Impedir que otros jueguen en la misma máquina hasta que no haya acabado
juego	• Rituales • Métodos especiales para jugar • «Capacidad» para predecir cuándo va a salir un gran premio

[Cuadro 4.6.](#) Hábitos de juego en las máquinas recreativas con premio

2. *Información sobre el juego.* Se explica el concepto de azar, esto es:

- a) El principio de independencia entre eventos.
- b) La inexistencia de estrategias que controlen los resultados.
- c) La expectativa negativa de ganancia.
- d) La imposibilidad de controlar el juego.

3. *Explicación de la noción de irracionalidad.* Se muestra la relevancia de los

pensamientos irracionales en el mantenimiento de las conductas de juego y se explican y ejemplifican las principales categorías de distorsiones cognitivas referidas al azar. Se destaca cómo la familiaridad o exposición continuada a un juego de azar suscita una mayor percepción de control y consiguientemente un incremento del riesgo monetario asumido.

4. *Identificación de los pensamientos irracionales.* El objetivo es incrementar la capacidad del sujeto para identificar sesgos cognitivos. Para ello se analizan en consulta las grabaciones realizadas durante la evaluación pretratamiento con el método de «pensar en voz alta» (véase el [apartado 3.2.3](#)). El paciente recibe las instrucciones de señalar e identificar cada verbalización errónea, aunque en los primeros momentos el terapeuta funcionará como modelo, de forma que la audición se repetirá las veces que sea preciso con objeto de facilitar la identificación de un número cada vez mayor de pensamientos erróneos. El criterio de éxito para avanzar a la siguiente fase de la reestructuración cognitiva se sitúa en un 80% de verbalizaciones inadecuadas identificadas.
5. *Comprensión de la noción de racionalidad.* Aunque la explicación de la noción de irracionalidad conlleva de forma implícita el esbozo del pensamiento racional, en esta fase se explicita el concepto de racionalidad en el marco de los juegos de azar.
6. *Corrección cognitiva.* En esta fase se trata de conseguir que el paciente reemplace sus pensamientos irracionales por otros más adecuados. Para la consecución de este objetivo se vuelven a escuchar las grabaciones realizadas durante la evaluación pretratamiento con el método de «pensar en voz alta», siendo el terapeuta el que comienza a corregir las verbalizaciones irracionales del paciente para posteriormente ser este último el que vaya sustituyendo cada una de sus verbalizaciones erróneas por otras más adecuadas.

Tareas para casa:

- Auto-registro: se le pide que registre todas las veces que se acuerda del juego y que anote qué es lo que piensa en esas ocasiones, indicando qué pensamientos son erróneos y cuáles correctos.
- Autoinstrucciones: una vez identificado el pensamiento erróneo deben decirse frases como «no tengo ningún control sobre el juego», «no existe ninguna prueba de que vaya a ganar».

Duración: 5-6 horas.

– Técnicas complementarias:

✓ Entrenamiento en solución de problemas.

Punto de partida: ¿De qué otro modo podría hacer frente y solucionar los problemas económicos, de pareja, laborales..., en lugar de jugar?

La utilización de esta técnica se fundamenta en la relación potencial que existe entre unas habilidades de solución de problemas deficitarias y la inmersión en actividades de juego.

El procedimiento de entrenamiento en solución de problemas aplicado es el desarrollado por D’Zurilla y Goldfried que, en líneas generales, consiste en establecer una forma de proceder estándar que permita definir de manera operativa los problemas, generar múltiples soluciones alternativas, establecer criterios para la valoración de esas soluciones alternativas, seleccionar las más adecuadas y comprobar su eficacia. En definitiva, se trata de establecer una forma de proceder que ayude al jugador a afrontar las dificultades que le pueden llevar a jugar, desarrollando alternativas mucho más eficaces para solucionar sus problemas cotidianos.

Se enfatiza la aplicación de esta técnica para la resolución de problemas económicos (elaboración de un presupuesto y un plan de devolución de deudas) y el desarrollo de nuevas actividades sociales que le proporcionen al jugador diferentes fuentes de reforzamiento social.

Duración: 8-10 horas.

✓ Entrenamiento en habilidades sociales.

Punto de partida: ¿Cómo decir que no ante el ofrecimiento de jugar?

En algunos casos puede ser necesario el entrenamiento en ciertas habilidades sociales por la posible conexión entre un déficit en las mismas y la implicación en actividades de juego; así, por ejemplo, algunos jugadores podrían precisar un entrenamiento en asertividad para hacer frente a esas situaciones en las que se les fomenta jugar y no disponen de recursos para negarse. No obstante, este entrenamiento no se circunscribe exclusivamente a aspectos relacionados con el juego.

Duración: variable en función del número y tipo de habilidades sociales entrenadas.

✓ Prevención de recaídas.

Punto de partida: ¿Qué se puede hacer si se está a punto de jugar o, incluso, ya se ha jugado?

Este componente es una adaptación del modelo de prevención de recaídas

desarrollado por Marlatt para los casos de dependencia del alcohol. Se trabaja la identificación de estímulos (ya sean situaciones, emociones, pensamientos ...) que constituyen posibles factores de riesgo que precipiten una recaída y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento específicas para estas situaciones concretas.

Duración: 3-4 horas.

- EFICACIA

De los diversos trabajos desarrollados por este equipo para establecer la eficacia de la reestructuración cognitiva se desprende que:

1. El número de verbalizaciones irracionales disminuye mientras que las verbalizaciones racionales aumentan significativamente durante la intervención, y el cambio se mantiene en el seguimiento.
2. La intensidad de los hábitos de juego afecta a la modificación de las cogniciones erróneas del sujeto, de manera que las verbalizaciones irracionales persisten con mayor fuerza entre los jugadores con unos hábitos de juego más marcados. Este hecho indicaría la necesidad de prolongar la intervención en estos sujetos. Asimismo, los autores sugieren que la corrección cognitiva por sí sola podría no ser suficiente para eliminar estas creencias, y proponen verificar “in vivo” el fundamento de estos pensamientos tomando nota de los resultados de cada apuesta. Además, pudiera ser que ciertas verbalizaciones irracionales (aquellas que hacen referencia a la intuición y la superstición) fueran más difíciles de eliminar, al menos en relación con ciertos juegos en los que el principio de independencia entre las jugadas resulta menos evidente.
3. La corrección cognitiva elimina las verbalizaciones inadecuadas, pero no suprime totalmente los hábitos de juego.
4. No se producen cambios significativos en el nivel de motivación hacia el juego.

Hay que destacar que estas investigaciones se han llevado a cabo con sujetos análogos, por ello tiene una especial relevancia el único estudio en el que este tipo de técnica cognitiva se aplica, como componente exclusivo de la intervención, a sujetos diagnosticados de juego patológico. Los resultados de esta investigación indican que se alcanza una tasa de abstinencia del 60% a los seis meses de haber finalizado el tratamiento. Dado que es un estudio realizado con cinco casos, tales resultados deberán corroborarse en sucesivas investigaciones cuyos diseños permitan el análisis de la eficacia diferencial, prestando, además, especial atención al tamaño muestral, a su

configuración y a la duración del seguimiento. Cuando se incluyen los restantes componentes (entrenamiento en solución de problemas, en habilidades sociales y/o prevención de recaídas), los resultados aportados por los tres estudios de casos ofrecen unos resultados alentadores, pues todos los sujetos se mantienen abstinentes a los 6-9 meses de seguimiento, exceptuando en el tratamiento que sólo incluye reestructuración cognitiva y prevención de recaídas, donde el 66% experimenta una reducción significativa en la frecuencia del juego, pero sin llegar a la abstinencia. Aunque los autores de este último estudio atribuyen la falta de éxito a la escasa duración del entrenamiento en prevención de recaídas, esta hipótesis no se ve confirmada, pues las otras investigaciones, que incluyen más elementos en el programa de tratamiento, obtienen mejores resultados con una duración similar del periodo de prevención de recaídas. El único estudio controlado arroja una tasa de abstinencia del 71%, siendo el 29% restante el porcentaje de abandonos durante el seguimiento a los seis meses, pero si se tienen en cuenta los abandonos a lo largo del tratamiento, que en este caso ascienden al 36%, provocan una reducción de la eficacia que se sitúa alrededor del 45% (véase el [cuadro 4.7](#)).

Autor	Técnica	Casos	Resultados	Seguimiento
Ladouceur et al. (1998)	Reestructuración cognitiva	5	60% abstinentes 20% mejorado (2 recaídas) 20% fracaso	6 meses
Sylvain y Ladouceur (1992)	Reestructuración cognitiva + prevención de recaídas	3	33% abstinentes 66% reducción en el juego	6 meses
Bujold et al. (1994)	Reestructuración cognitiva + entrenamiento en solución de problemas + prevención de recaídas	3	100% abstinentes	9 meses
Ladouceur et al. (1994)	Reestructuración cognitiva + solución de problemas + entrenamiento en habilidades sociales + prevención de recaídas	4	75% abstinentes 25% mejorado (1 recaída al mes de haber finalizado el tratamiento)	6 meses
Sylvain et al. (1997)	Reestructuración cognitiva + solución de problemas + entrenamiento en habilidades sociales + prevención de recaídas	14 (22)	71% abstinentes 29% abandono	6 meses

Fuente: Fernández-Alba (1999).

Cuadro 4.7. Estudios sobre tratamiento del juego patológico: reestructuración de las distorsiones cognitivas referidas al azar

B) Programa de E. Echeburúa en la Universidad del País Vasco

• OBJETIVO

Este programa de tratamiento está dirigido a jugadores de máquinas recreativas con premio, bien de forma exclusiva o en combinación con el bingo y/o casino, y el objetivo terapéutico es la abstinencia.

- ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

- Terapia individual

Técnica principal: control de estímulos + exposición gradual en vivo con prevención de repuesta.

Se comienza con la aplicación de control de estímulos, principalmente sobre el manejo de dinero y las situaciones o circuitos «peligrosos», 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 experimenten deseos de llevar a cabo la conducta de juego ante tales estímulos pero previniendo dicha respuesta.

Técnicas complementarias: desarrollo de conductas alternativas al juego y prevención de recaídas.

Duración: 6 sesiones individuales de una hora de duración (a excepción de la segunda sesión que tiene una duración de una hora y media) con una periodicidad semanal.

- Terapia en grupo

Técnica principal: terapia cognitiva.

El objetivo de esta terapia cognitiva se centra fundamentalmente en la identificación y corrección de las creencias irracionales, y su aplicación en formato de terapia de grupo se justifica por el supuesto de que éstas son más fáciles de desenmascarar por otros jugadores.

Técnicas complementarias: desarrollo de conductas alternativas al juego, entrenamiento en solución de problemas y prevención de recaídas.

Duración: 6 sesiones en grupo de una hora de duración con una periodicidad semanal. Los grupos están conformados por 5-6 pacientes y dirigidos por un terapeuta.

- DIARIO DE SESIONES

En los [cuadros 4.8](#) y [4.9](#) se recoge el contenido de cada una de las sesiones del formato individual y grupal, respectivamente.

N.º sesión	Contenido	Tareas para casa
1	- Plantear la hipótesis del problema desde la perspectiva del análisis funcional de la conducta. - Determinar todos los ingresos del paciente y, de común acuerdo, transferir el control de los mismos a un familiar. - Entregar a un familiar los talonarios, libretas y tarjetas de crédito. - Explicar a familiares, amigos y conocidos a los que les ha pedido dinero prestado, que no le dejen más dinero porque tiene un problema con el juego. - Llevar sólo el dinero que pueda necesitar para los gastos de bolsillo, tras haberlos calculado con detalle, y justificar los gastos extra. - Evitar las situaciones o circuitos «peligrosos» que puedan desencadenar la conducta de juego. - Autodenunciarse en la Unidad de Juego de la Policía Autónoma si el paciente juega, además, al bingo o al casino. - Informar al terapeuta y al familiar de todas las deudas que tiene y elaborar una estrategia de devolución potenciando la autorresponsabilidad del paciente.	Llevar a cabo diariamente las tareas prescritas por el terapeuta según los principios anteriormente expuestos.

N.º sesión	Contenido	Tareas para casa
2	- Revisar las tareas planificadas en la primera sesión y tratar las dificultades planteadas. - Explicar la teoría subyacente al procedimiento de la exposición gradual en vivo con prevención de respuesta. - Elaborar un procedimiento individualizado de exposición, según el análisis funcional de la conducta, y establecer el plan de actuación. - Llevar a cabo la primera sesión de exposición en vivo el terapeuta, el familiar y el paciente.	- Proseguir con el control de estímulos. - Llevar a cabo las tareas de exposición 6 veces por semana, con una periodicidad diaria, durante un tiempo aproximado de 20 a 60 minutos hasta que el nivel de ansiedad percibido sea igual o inferior a 3. La exposición se hará acompañado del familiar lo más cerca posible del juego, sin el consumo de bebidas alcohólicas y sin otras actividades simultáneas. - Anotar las tareas anteriores en el registro correspondiente.
3	- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas. - Reforzar al paciente y al coterapeuta por los progresos habidos. - Enseñar al paciente el concepto de conductas (y relaciones sociales) alternativas reforzantes y hacer un listado de ellas.	- Proseguir con el control de estímulos. - Llevar a cabo las tareas de exposición de la forma prescrita en la sesión anterior. Sin embargo, ahora el coterapeuta va a acompañar al paciente al local de juego y va a esperarle fuera a que acabe la tarea de exposición. - Practicar las conductas alternativas reforzantes prescritas por el terapeuta. - Anotar las tareas anteriores en el registro correspondiente.

N.º sesión	Contenido	Tareas para casa
4	- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas. - Reforzar al paciente y al coterapeuta por los progresos habidos.	- Atenuar gradualmente el control de estímulos (manejo del dinero y de las tarjetas, salir solo, utilización de circuitos «prohibidos», etc.), excepto en lo referido a frecuentar amigos jugadores. - Llevar a cabo las tareas de exposición de la forma prescrita en la sesión anterior: Sin embargo, ahora el coterapeuta se va a limitar a quedarse en casa y a esperar ahí a que el paciente acabe la tarea de exposición. Si el paciente se encuentra con alguna dificultad, puede llamar al coterapeuta por teléfono, bien desde el lugar de juego o desde el exterior. - Practicar las conductas alternativas reforzantes prescritas por el terapeuta. - Anotar las tareas anteriores en el registro correspondiente.
5	- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas. - Reforzar al paciente y al coterapeuta por los progresos habidos. - Explicar al paciente el fenómeno de la recaída y enseñarle estrategias de prevención: percepción de las situaciones de alto riesgo, conductas asertivas de rechazo a las invitaciones al juego, establecimiento de hábitos de conductas alternativas reforzantes, etc.	- Aumentar la atenuación del control de estímulos (manejo de dinero y de las tarjetas, salir solo, utilización de circuitos «prohibidos», etc.), excepto en lo referido a frecuentar amigos jugadores. - Llevar a cabo las tareas de exposición en solitario, sin presencia o control alguno del coterapeuta. - Practicar conductas alternativas reforzantes a iniciativa del propio paciente, sin ninguna prescripción expresa por parte del terapeuta. - Anotar las tareas anteriores en el registro correspondiente.
6	- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas. - Reforzar al paciente y al coterapeuta por los progresos habidos y hacerles ver la autonomía adquirida ya por el paciente. - Conceptualizar la recaída como un proceso de extinción de conductas, enseñar al paciente el fenómeno de disonancia cognitiva ocurrido tras una primera recaída y dotarle de pautas de comportamiento adecuadas en ese supuesto: hacer frente a la ansiedad resultante, llamar inmediatamente al terapeuta, evitar deslizarse por la pendiente de la recaída total al intentar recuperar con otras conductas de juego el dinero perdido en la primera recaída, etc.	- Eliminar el control de estímulos (manejo de dinero y de las tarjetas, salir solo, utilización de circuitos «prohibidos», etc.), excepto en lo referido a frecuentar amigos jugadores. Retirar también, en cuanto sea posible, la autodenuncia de la Unidad de Juego de la Policía Autónoma si es también jugador de bingo. - Llevar a cabo las tareas de exposición en solitario, sin presencia o control alguno del coterapeuta. - Practicar conductas alternativas reforzantes a iniciativa del propio paciente, sin ninguna prescripción expresa por parte del terapeuta. - Anotar las tareas anteriores en el registro correspondiente.

Cuadro 4.8. *Protocolo de las sesiones de control de estímulos y exposición con prevención de respuesta (Echeburúa y Báez, 1994b)*

N.º sesión	Objetivo	Contenido	Tareas para casa
1	Tomar conciencia de que la abstinencia del juego es el objetivo terapéutico adecuado.	• Se presentan el terapeuta y cada uno de los miembros del grupo. • Cada paciente expone durante 5 a 10 minutos su autobiografía en relación con la pérdida de control del juego. (Se les ha pedido previamente que la preparen por escrito en casa.) • Se refuerzan todas las muestras de responsabilidad y de franqueza a la hora de exponer situaciones dolorosas, así como los intentos de comprensión por parte de los otros miembros del grupo. • Se comentan los aspectos comunes a las historias de juego, especialmente en lo que se refiere al comienzo y mantenimiento del problema. • Se explica que, dada la pérdida de control existente, el paciente no va a poder jugar más, ya que la abstinencia, como ocurre en las conductas adictivas, aumenta la posibilidad de recuperación.	• Elaborar una lista de las ideas equivocadas y de los errores cognitivos que tiene cada uno en relación con el juego a partir de las respuestas emitidas en el <i>Inventario de pensamientos sobre el juego</i>.

N.º sesión	Objetivo	Contenido	Tareas para casa
2	Reestructurar cognitivamente las ideas irracionales relacionadas con el juego y la dependencia del mismo.	• Cada sujeto comenta su experiencia con el juego (conductas o pensamientos) desde la sesión anterior. El terapeuta y los demás miembros del grupo refuerzan diferencialmente el no haber jugado o las aproximaciones a este objetivo. Se insiste entre todos en la abstinencia como meta terapéutica. • Cada miembro del grupo lee en voz alta el listado de los errores cognitivos que ha preparado. • Se agrupan en primer lugar los errores cognitivos comunes a los miembros del grupo; en segundo lugar, se señalan los errores más particulares de cada paciente. • Se pide a los miembros del grupo que traten de identificar la irracionalidad de dichos pensamientos y actitudes. • Los miembros del grupo elaboran de mutuo acuerdo pensamientos racionales alternativos.	• Realizar autoverbalizaciones y autoinstrucciones diariamente y a la misma hora en relación con los pensamientos racionales comentados en la sesión. Estos ejercicios deben realizarse en voz alta y delante del espejo. • Llevar a cabo un listado de actividades y relaciones sociales reforzantes.

N.º sesión	Objetivo	Contenido	Tareas para casa
3	Desarrollar conductas alternativas incompatibles con la conducta de jugar.	• Cada sujeto comenta su experiencia con el juego (conductas o pensamientos) desde la sesión anterior. El terapeuta y los demás miembros del grupo refuerzan diferencialmente el no haber jugado o las aproximaciones a este objetivo. Se insiste entre todos en la abstinencia como meta terapéutica. • Se revisan las tareas propuestas y se tratan las dificultades planteadas. • Se expone el listado elaborado por cada miembro del grupo sobre actividades reforzantes incompatibles con la conducta de juego. • Cada sujeto expone situaciones agradables experimentadas en el pasado en relación con ese tipo de actividades. • Cada sujeto elabora un plan de ocio ajustado a la realidad específica de su situación actual (familiar, económica, de edad, etc.). • Los miembros del grupo comentan las posibilidades reales de llevar a cabo el plan expuesto por los demás.	• Realizar la parte del plan de ocio expuesto durante la sesión que se puede llevar a cabo en una semana. • Proseguir con las verbalizaciones y las autoinstrucciones, como en la tarea llevada a cabo hasta ahora.

N.º sesión	Objetivo	Contenido	Tareas para casa
4	Entrenamiento en resolución de problemas planteados por el juego.	• Cada sujeto comenta su experiencia con el juego (conductas o pensamientos) desde la sesión anterior. El terapeuta y los demás miembros del grupo refuerzan diferencialmente el no haber jugado o las aproximaciones a este objetivo. Se insiste entre todos en la abstinencia como meta terapéutica. • Se revisan las tareas propuestas y se tratan las dificultades planteadas. • El terapeuta pone un ejemplo y especifica los pasos de un programa de solución de problemas: - Identificación concreta del problema. - Generación de alternativas de solución. - Elección de una alternativa. - Aplicación de esa alternativa. - Valoración de la decisión adoptada. • Cada miembro del grupo elabora una situación hipotética y pone un ejemplo de solución de problemas.	• Continuar con el plan de ocio proyectado. • Proseguir con las verbalizaciones y las autoinstrucciones, como en la tarea llevada a cabo hasta ahora. • Llevar a cabo un programa de solución de problemas a una situación económica problemática que se le plantee al paciente actualmente.

N.º sesión	Objetivo	Contenido	Tareas para casa
5	Afrontar los problemas económicos planteados por el juego y/o por su forma de administrar el dinero.	• Cada sujeto comenta su experiencia con el juego (conductas o pensamientos) desde la sesión anterior. El terapeuta y los demás miembros del grupo refuerzan diferencialmente el no haber jugado o las aproximaciones a este objetivo. Se insiste entre todos en la abstinencia como meta terapéutica. • Se revisan las tareas propuestas y se tratan las dificultades planteadas. • Cada miembro del grupo expone los problemas económicos ocasionados por el juego, así como el «ahorro» experimentado desde que están sin jugar. • Se comentan las situaciones más comunes (deudas, dificultades laborales, etc.) y se plantean posibles soluciones según el programa de solución de problemas. • El terapeuta refuerza a los miembros del grupo por la exposición de un tema tan delicado, así como por las posibles soluciones propuestas.	• Continuar con el plan de ocio proyectado. • Proseguir tanto con las verbalizaciones y las autoinstrucciones, como con la tarea llevada a cabo hasta ahora, pero a partir de este momento en voz baja y sin mirarse al espejo. • Llevar a cabo un programa de solución de problemas a una situación problemática real (familiar, laboral, económica, etc.) que se le plantee al paciente actualmente.

N.º sesión	Objetivo	Contenido	Tareas para casa
6	Prevención de la recaída.	• Cada sujeto comenta su experiencia con el juego (conductas o pensamientos) desde la sesión anterior. El terapeuta y los demás miembros del grupo refuerzan diferencialmente el no haber jugado o las aproximaciones a este objetivo. Se insiste entre todos en la abstinencia como meta terapéutica. • Se revisan las tareas propuestas y se resuelven las dificultades planteadas. • El terapeuta da una explicación cognitivo-conductual de la recaída y de la necesidad de estar preparado ante su posible ocurrencia. • Cada miembro del grupo identifica y expone ante los demás las situaciones de alto riesgo que le podrían llevar de nuevo a jugar. • Con arreglo al procedimiento de solución de problemas, se generan alternativas entre todos para interrumpir la cadena de estímulos que lleva a la conducta de juego. • Cada miembro del grupo planifica ante los demás qué hacer en caso de una primera recaída para evitar que la cosa vaya a más. • El terapeuta refuerza diferencialmente el planteamiento de medidas racionales, así como la reacción inmediata ante el problema planteado y la petición de ayuda de personas allegadas. • El terapeuta da por concluida la terapia, constata los progresos experimentados, felicita a los miembros del grupo por ello y se pone a su disposición en el futuro por si surge cualquier dificultad.	• Continuar con el plan de ocio programado y procurar tener siempre ocupado el tiempo libre en algo agradable. • Autorreforzarse con el dinero no gastado en el juego en actividades placenteras para el sujeto y su familia. • Estar alerta ante las situaciones de alto riesgo comentadas en la sesión y poner en marcha desde el principio conductas alternativas. • En caso de experimentar impulsos o pensamientos de juego, comentárselo al familiar más cercano y, si es preciso, llamar al terapeuta.

Cuadro 4.9. *Protocolo de las sesiones de terapia de grupo cognitivo-conductual (Echeburúa y Báez, 1994b)*

• EFICACIA

Los autores llevaron a cabo un estudio controlado con una muestra compuesta por 64 jugadores patológicos (Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1994, 1996) cuyo objetivo era determinar la eficacia diferencial de los dos componentes básicos de este programa de tratamiento, utilizando para ello un grupo control (lista de espera) y tres grupos experimentales, a saber:

- a) Terapia individual de control de estímulos y exposición gradual en vivo con prevención de respuesta.
- b) Terapia de grupo cognitivo-conductual.
- c) Tratamiento combinado a + b.

En esta investigación, el éxito terapéutico se define como la abstinencia o la ocurrencia de uno o dos episodios aislados de juego durante los doce meses siguientes a la terapia, siempre que el gasto total no haya sido superior al de una semana de juego en la fase pretratamiento. En la tasa de fracasos se incluyen tanto los fracasos propiamente dichos como los abandonos.

Se concluye que las tres modalidades terapéuticas son eficaces para detener rápidamente la conducta de juego, pero no así para mantener la abstinencia, si bien los pacientes tratados en las condiciones experimentales muestran, en conjunto, una tasa

de éxito significativamente superior a la del grupo control. Con respecto a las tres modalidades terapéuticas, las diferencias comienzan a aparecer a los seis meses de seguimiento (75% de éxito en la modalidad individual frente a un 62,5% y un 37,5% en las modalidades grupal y combinada, respectivamente), siendo el programa individual de control de estímulos con prevención de respuesta el que arroja la tasa de abstinencia más elevada al año de seguimiento (68,8% frente a un 37,5% de las restantes modalidades terapéuticas). Quizá, el dato más sobresaliente es la inferioridad del tratamiento combinado sobre las otras dos intervenciones. Este resultado, según los autores, se podría deber al formato utilizado, en el que ambos tratamientos (individual y grupal) se aplican juntos en el tiempo, lo que dificultaría la asimilación de las habilidades aprendidas, siendo además la terminación del tratamiento más brusca, por lo que pasar de dos sesiones a ninguna podría propiciar la aparición de recaídas. Asociada a la abstinencia hay una mejoría en el funcionamiento psicológico y familiar/social, pero con un perfil evolutivo que difiere del registrado en las variables dependientes del juego (indicador subjetivo del paciente, valoración del familiar, frecuencia de juego, cantidad de dinero gastado y tiempo dedicado al juego), mientras que estas últimas tienen una evolución terapéutica caracterizada por una rápida mejoría entre el pre y el postratamiento, con un mantenimiento de los logros a partir de ese momento. La evolución de las otras áreas afectadas por el juego es lenta y constante entre el pre y el postratamiento, de menor intensidad que en el caso de las conductas de juego, pero continua a lo largo del seguimiento.

En un estudio posterior trabajan con una muestra compuesta por 69 jugadores patológicos (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1999, 2000) con objetivo de establecer la eficacia del componente de prevención de recaídas. Este estudio constó de dos partes: en la primera fase, a todos los pacientes se les aplicó el programa de tratamiento basado en control de estímulos y exposición gradual en vivo con prevención de respuesta (modalidad individual con una duración de cinco sesiones semanales) cuyo objetivo es el cese completo de la conducta de juego; y en la segunda fase, los sujetos fueron distribuidos aleatoriamente a una de estas tres modalidades de intervención:

- a) Prevención de recaídas individual.
- b) Prevención de recaídas grupal (2-7 personas).
- c) Grupo de control sin prevención de recaídas.

La prevención de recaídas tiene como objetivo enseñar al paciente a identificar las situaciones de alto riesgo y dotarle de estrategias de afrontamiento adecuadas, consta de

cuatro sesiones semanales de una hora de duración en el caso de la modalidad individual y de dos horas cuando se realiza grupalmente. El resumen del contenido del programa de prevención de recaídas puede observarse en [cuadro 4.10](#).

<i>sección</i>	<i>Contenido</i>
1	• Psicoeducación sobre el hábito de abstinencia, el fenómeno de la disonancia cognitiva y la diferencia entre caída y recaída. • Identificación de las situaciones de alto riesgo para la recaída. • Valoración de las estrategias de afrontamiento del paciente y evaluación de la autoeficacia percibida. • Entrenamiento en respiraciones profundas y relajación progresiva.
2	• Reestructuración cognitiva de las ideas erróneas que presente el paciente acerca de los efectos negativos del juego a largo plazo. • 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. • Planificar con el paciente la administración del dinero. • Aprendizaje de habilidades de afrontamiento ante situaciones específicas: – Presión social: asertividad. – Situaciones de alto riesgo particulares de cada paciente. • Exposición a las situaciones de alto riesgo para la recaída. • Práctica de actividades alternativas al juego.
3	• Aprendizaje de habilidades de afrontamiento ante situaciones específicas: – Conflictos personales e interpersonales: entrenamiento en solución de problemas. – Situaciones de alto riesgo particulares de cada paciente.
4	• Aprendizaje de habilidades de afrontamiento ante situaciones específicas: – Estados emocionales negativos: reestructuración cognitiva + puesta en práctica de actividades lúdicas y sociales. – Situaciones de alto riesgo particulares de cada paciente.

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.

[Cuadro 4.10.](#) Esquema del contenido del programa de prevención de recaídas (Fernández-Montalvo y

Los resultados indican que las diferencias entre los grupos experimentales (aquellos que al programa de tratamiento se le añade el componente de prevención de recaídas en formato individual o grupal) y el grupo control (aquel que sólo recibe el programa individual de control de estímulos con prevención de respuesta) comienzan a aparecer a partir del seguimiento realizado a los tres meses, momento en el que los dos grupos experimentales muestran una tasa de éxito del 91% frente al 61% del grupo control. A pesar de que a los seis meses de seguimiento la tasa de éxito en los dos grupos experimentales se reduce a un 87%, siguen manteniéndose las diferencias estadísticamente significativas con el grupo control, que también ve reducida su tasa de éxito al 56,5%. Será al año de seguimiento cuando aparezcan diferencias entre los dos grupos experimentales, aunque éstas no alcancen la significación estadística, siendo el tratamiento de prevención de recaídas individual el que alcanza una tasa de éxito mayor (82,6% frente a un 78.3% en el programa grupal).

La descripción detallada de las sesiones y la comprobación experimental de su eficacia han permitido a sus autores elaborar un programa de autoayuda que se describe a continuación.

C) Programa autoaplicado de Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997)

- OBJETIVO

Este programa de autoayuda tiene como objetivo de partida la abstinencia completa y está dirigido a jugadores cuya actividad de juego principal son las máquinas recreativas con premio.

- ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

- Técnicas para dejar de jugar:

- ✓ Control de estímulos: *la isla desierta*. Este control de estímulos incluye:

- Control del dinero.
 - Préstamos.
 - Circuitos de riesgo.
 - Amigos jugadores.
 - Autoprohibición de la entrada en bingos y casinos.
 - Devolución de las deudas.

✓ Exposición gradual en vivo con prevención de respuesta: *cómo volver de la isla desierta*. La graduación de la jerarquía varía en función de la presencia o no del colaborador:

- Realizar las tareas de exposición en compañía de un colaborador.
- Realizar las tareas de exposición mientras el colaborador espera fuera del local.
- Realizar las tareas de exposición, pero el colaborador se queda en casa.
- Realizar las tareas de exposición por su propia cuenta.

Duración: 5 semanas.

Diario de sesiones: en el [cuadro 4.11](#) se recoge a modo de resumen el plan de actividades.

<i>Semano</i>	<i>Actividades</i>
1 ^a	• Control de estímulos.
2 ^a	• Continuar con el control de estímulos, según las normas establecidas la semana pasada. • Realizar las tareas de exposición en compañía de un colaborador.
3 ^a	• 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 ^a	• 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 ^a	• 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.
-

Cuadro 4.11. *Plan de trabajo del programa autoaplicado (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)*

– Técnicas para prevenir las recaídas:

- ✓ Relajación progresiva: *hacer frente con éxito a cualquier situación peligrosa.*
- ✓ Práctica de actividades reforzantes alternativas al juego: *ocupar el tiempo libre.*
- ✓ Control de los pensamientos erróneos sobre los efectos negativos del juego: *la importancia de recordar las consecuencias negativas del juego y los beneficios de dejar de jugar.*
- ✓ Control del consumo de alcohol: *cuando la capacidad de afrontar con éxito situaciones de juego peligrosas disminuye.*
- ✓ Técnicas de afrontamiento de la presión social: *cómo decir que no a una invitación al juego.*
- ✓ Entrenamiento en solución de problemas: *hacer frente de forma eficaz a los conflictos personales e interpersonales.*
- ✓ Reestructuración cognitiva: *qué hacer cuando uno está decaído.*
- ✓ Prevención de recaídas: *qué significa un episodio aislado de juego y cómo hacerle frente.*

En resumen, puede decirse que los desarrollos actuales en el área del tratamiento del juego patológico se encuentran en un punto de inflexión, con propuestas fundamentadas teóricamente y programas sustentados en técnicas concretas para objetivos específicos; a partir de este momento, el esfuerzo debería encaminarse a contrastar y perfeccionar tales propuestas en aras de desarrollar un programa de intervención no sólo eficaz sino también eficiente, punto en el que adquieren especial relevancia los programas autoaplicados.

No obstante, aunque supone una línea de actuación distinta, hay que resaltar la necesidad de desarrollar programas preventivos, pues hasta el momento las propuestas son escasas y, sin embargo, los estudios epidemiológicos arrojan unas cifras de jugadores con problemas que van en aumento, siendo la población de menor edad la más afectada.

4.3. Propuesta de un programa de intervención

En el siguiente apartado se describe de forma pormenorizada el programa de intervención desarrollado por los autores. Para la confección del mismo se han recogido tanto las aportaciones más relevantes y novedosas en este área, como la experiencia práctica de los autores adquirida en su trabajo clínico con este tipo de pacientes.

4.3.1. Objetivo

Aunque habitualmente el jugador patológico suele desarrollar su conducta de juego excesivo ante distintos juegos, para una mayor adecuación y eficacia en el tratamiento, es necesario diseñar el programa de intervención en función del tipo de juego ante el que aparece habitualmente el problema. Por eso, teniendo en cuenta que los estudios epidemiológicos realizados en España destacan las máquinas recreativas con premio como una de las actividades de juego predominantes en este país, que es el tipo de juego que más facilita el desarrollo de los problemas de juego patológico, y que los jugadores con problemas que acuden a tratamiento demandan fundamentalmente el control ante este tipo de juego, el presente programa de intervención se ha diseñado para el colectivo de jugadores patológicos cuyo problema principal son las máquinas recreativas con premio. El objetivo terapéutico inicial es la abstinencia en este tipo de juego, aunque no se descarta que en algunos casos se pueda plantear otro objetivo intermedio como la reducción de la frecuencia, intensidad o duración de la conducta de juego.

4.3.2. Técnicas seleccionadas

Puede concluirse que el estado de conocimientos actual en el ámbito del juego patológico refleja dos datos relevantes acerca del tratamiento: por un lado, parece que las distorsiones cognitivas referidas al azar adquieren un papel preponderante como factor explicativo del mantenimiento de la conducta problema; y por otro, la eficacia de la técnica de exposición queda contrastada en diversas investigaciones controladas. De acuerdo con esto, la propuesta de intervención aúna, como técnicas principales, la exposición con prevención de respuesta precedida por el control de estímulos y la reestructuración de las distorsiones cognitivas referidas a los juegos de azar. Con objeto de potenciar la eficacia de la intervención se añade la prevención de recaídas y, en los casos que sea pertinente, el entrenamiento en solución de problemas y el desarrollo de conductas gratificantes alternativas al juego. A continuación se pasa a analizar cada una de estas técnicas propuestas.

A) Control de estímulos

- JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Con esta técnica se pretende interrumpir el programa de reforzamiento de razón variable que mantiene la conducta de juego provocando su eliminación a corto plazo, situación que favorece la implantación de las restantes técnicas y contribuye al mantenimiento y, en su caso, fortalecimiento de la motivación de cambio y hacia el tratamiento. Por ende, se ha comprobado que el hecho de manejar un presupuesto muy ajustado facilita que el paciente comience a dar más valor al dinero y mejore o, incluso, aprenda a administrar su economía (un objetivo nada desdeñable, ya que suele ser común que el jugador se describa y/o le describan como un «manirroto» en general, esto es, en otros ámbitos que no están relacionados con el juego).

- PROCEDIMIENTO

Las pautas de control de estímulos deben plantearse de común acuerdo entre el psicólogo, el paciente y su entorno más cercano, por lo que se precisa que en esa primera sesión donde se van a estipular las normas estén todos presentes para prevenir posteriores discrepancias. Se recomienda además que en esta sesión el psicólogo favorezca la presencia de un talante de consenso, donde las pautas de actuación se justifiquen pero no se impongan, porque en caso contrario el riesgo de que el paciente infrinja las mismas (y se esfuerce por ocultar la infracción) incrementa considerablemente. Es fundamental la aceptación y buen funcionamiento por parte del paciente.

Otro aspecto relevante, que debe recalcar, es la temporalidad de esta técnica, ya que el objetivo terapéutico último es que el paciente pueda manejar dinero y acudir a lugares donde haya máquinas recreativas con premio sin ninguna dificultad. Este hecho debe indicarse desde el principio por dos motivos: *a)* en primer lugar, los familiares deben estar de acuerdo de cara a que no interfieran en el ulterior proceso de desvanecimiento del control de estímulos, ya que podrían no estar dispuestos a modificar tales pautas por considerar que es mejor que el paciente no vuelva a manejar dinero y que sean ellos los que tengan el control económico; *b)* en el caso del paciente, esta información puede contribuir a aceptar mejor unas pautas que a priori son susceptibles de provocar rechazo y favorecer una mejor acogida de la intervención en general, sobre todo en el caso de que no sea la primera vez que recibe tratamiento por este motivo, ya que probablemente este objetivo terapéutico introduce alguna novedad con respecto a los anteriores.

En cuanto al desvanecimiento del control estimular parece conveniente comenzar cuando el paciente se haya expuesto sin dificultad a la primera mitad de la jerarquía y realizarlo de forma muy gradual, desvaneciéndose por completo antes de finalizar el tratamiento con objeto de poder comprobar si surge algún problema y, en tal caso, poder hacer frente a las dificultades que se produjeran. Durante todo el proceso es importante controlar que no se lleven a cabo modificaciones espontáneas, tanto por parte del paciente como del entorno, por lo que se precisa que el psicólogo solicite información en todas las sesiones sobre cómo se está llevando a cabo esta técnica.

B) Exposición con prevención de respuesta

- JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

En el [apartado 4.2.2](#) se ha destacado la dificultad de trasladar los principios explicativos de la técnica de exposición al ámbito del juego patológico; por este motivo se plantea la posibilidad de que dicha técnica funcione principalmente mejorando las habilidades de afrontamiento al facilitar estrategias alternativas en las situaciones asociadas al juego, cambiando el valor de los estímulos asociados al juego (pasen de ser estímulos discriminativos $-E^\delta-$ a estímulos delta $-E^\Delta-$) y modificando las expectativas de autoeficacia del jugador, al incrementar la percepción subjetiva de control.

- PROCEDIMIENTO

La aplicación de la técnica puede desglosarse en tres fases: (1) en primer lugar se realizaría un periodo de psicoeducación cuyo contenido incluye destacar los objetivos que se pretenden alcanzar con esta técnica y cómo se va a llevar a cabo; (2) una segunda fase incluiría la elaboración de la jerarquía, y (3) por último, se procedería a su puesta en marcha, controlando que el paciente lleva a cabo las tareas de exposición prescritas siguiendo las instrucciones pertinentes.

En cuanto a las características de la exposición propiamente dicha, los autores proponen las siguientes:

- Presentación de los estímulos: en vivo. Dada la facilidad de acceso a los diferentes estímulos relacionados con el juego parece más pertinente realizar la exposición en vivo, solventando las posibles dificultades que conlleva un procedimiento en imaginación, entre ellas un avance más lento, y reduciendo el coste que en muchos casos supone el entrenamiento en imaginación.
- Agente de la exposición: autoexposición (sin presencia de coterapeutas). Aun

cuando se reconoce la enorme ventaja que supone tener un agente que controle la ejecución de las tareas y aporte información al psicólogo, las razones para eliminar la figura del terapeuta y/o del coterapeuta como acompañantes del paciente en las tareas de exposición son las siguientes: *a)* en primer lugar, los costes que supone que el psicólogo realice las tareas de exposición con sus pacientes, aunque sólo sea en las primeras sesiones de aplicación de esta técnica, hace que en la práctica sea poco viable; *b)* la presencia del terapeuta o un coterapeuta durante la realización de la exposición provoca la disminución drástica del grado de dificultad de dicha tarea, ya que funcionan como señales de seguridad; de hecho, los jugadores patológicos no sólo no emiten la conducta de juego en presencia de personas significativas (convertidas, por tanto, en estímulos delta $-E^{\Delta}-$), sino que además no les resulta especialmente complicado controlarse en estas situaciones. De manera que las personas del entorno del jugador sólo podrán estar presentes durante las tareas de exposición si forman parte de la descripción del ítem correspondiente (situaciones que suelen establecerse para los ítems inferiores de la jerarquía), pero en ningún caso funcionarán como coterapeutas.

- Intensidad de los estímulos: gradual. Se va a elaborar una jerarquía que, al menos, incluya diez situaciones distintas graduadas de 0-1 a 10; no obstante, el terapeuta puede decidir que el paciente no se exponga a los 2-3 primeros ítems si considera que son especialmente fáciles de superar (siempre que el paciente se vea capaz de afrontar sin problemas un ítem de mayor dificultad) o que no aportan situaciones relevantes al problema de juego. En cualquier caso, dado que se va a realizar autoexposición sin ningún tipo de control externo, lo idóneo es comenzar con ítems de poca dificultad para asegurarse el éxito y contribuir así al mantenimiento y, en su caso, incremento de la motivación de cambio y hacia el tratamiento.
- Intervalo de las sesiones de exposición: corto (diario). Conviene transmitir al paciente la importancia de realizar repetidamente las tareas de exposición, justificándolo en la necesidad de reproducir en numerosas ocasiones una conducta para que ésta llegue a alcanzar la condición de hábito, y con mayor motivo cuando la conducta contraria está muy consolidada. Bajo este planteamiento se establecerá la pertinencia de llevar a cabo las tareas de exposición a diario e incluso, si fuera posible, más de una vez al día. Este calendario teórico deberá ajustarse a cada caso particular, con la filosofía de realizar dichas tareas el mayor número de veces posible. Una buena estrategia de cara a implicar al paciente es que éste decida de antemano cuándo y cuántas veces va a exponerse a un ítem concreto de la jerarquía.

- Duración de las sesiones de exposición: larga. El propio objetivo de las sesiones de exposición, que se centra en que el paciente sea capaz de aguantar el deseo de jugar sin llevar a cabo esta conducta, junto con las características de aplicación de esta técnica conlleva que la duración a priori de cada sesión sea larga. Por este motivo hay que recalcar al paciente que debe disponer de tiempo suficiente cuando se exponga a los diferentes ítems de la jerarquía.

Se recomienda un mínimo de cinco sesiones, combinando en las primeras semanas de exposición dos ítems nuevos de poca dificultad, para a partir del ítem 5 introducir uno nuevo cada semana, manteniendo el ítem precedente para facilitar el sobreaprendizaje.

C) Reestructuración de las distorsiones cognitivas referidas al azar

- JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Las creencias que los jugadores sostienen sobre los juegos de azar, su naturaleza, las estrategias para jugar y la interpretación de los resultados conseguidos, constituye un factor etiológico que contribuye a mantener la conducta de juego, pues en general supone infravalorar la influencia del azar y creer que pueden controlar los resultados. Por este motivo se precisa modificar las distorsiones cognitivas referidas al azar, que aunque también aparecen en la población normal, se dan con especial intensidad y frecuencia en unos jugadores patológicos que esperan ganar dinero con esta actividad, en contra de lo que haría suponer unos pensamientos precisos y ajustados a la realidad.

- PROCEDIMIENTO

La reestructuración de las distorsiones cognitivas referidas al azar tiene el siguiente formato: (1) en primer lugar, se explican las diferencias entre la conducta de juego de una persona con problemas y aquella para la que esta actividad constituye exclusivamente una fuente de ocio; (2) a continuación se retoma la información obtenida durante el proceso de evaluación acerca de los hábitos de juego del paciente con objeto de resaltar las conductas motoras y cognitivas que reflejan algún sesgo cognitivo referido al azar; (3) posteriormente se pasa a realizar una explicación de la noción de irracionalidad para mostrar la importancia de tales distorsiones en el mantenimiento de la conducta de juego, destacando los sesgos cognitivos más característicos en el ámbito del juego patológico; (4) se procede entonces a la identificación de los pensamientos erróneos del paciente, para lo cual se realiza una

escucha activa de las verbalizaciones grabadas durante la observación conductual pretratamiento; (5) finalmente, se realiza la corrección cognitiva, esto es, la sustitución de cada uno de estos pensamientos irracionales por otros más adecuados que reflejen la noción de azar, aleatoriedad e incontrolabilidad. Siempre que resulte factible, los dos últimos pasos podrían complementarse llevando a cabo la reestructuración cognitiva en el lugar de juego habitual y/o ante su máquina preferida con objeto de dar mayor validez al procedimiento y favorecer la generalización.

Los resultados experimentales, que serán comentados en el [apartado 4.3.5](#), señalan que esta técnica debe aplicarse después del control de estímulos y cuando ya se haya avanzado en las sesiones de exposición; no obstante, no hay ningún problema para incluir la reestructuración de las distorsiones cognitivas referidas al azar en el marco de la prevención de recaídas, pues tales pensamientos pueden conceptualizarse como situaciones de riesgo que deben ser detectadas y modificadas. Sin embargo, en ningún caso puede constituirse en la primera técnica con la que se comience el tratamiento, ya que su eficacia se ve incrementada si el paciente lleva un tiempo sin jugar.

Se recomienda un mínimo de cuatro sesiones cuyo contenido principal se centre en la reestructuración cognitiva.

D) Desarrollo de conductas gratificantes alternativas al juego

- JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La gran mayoría de las técnicas propuestas se encaminan a la consecución de la abstinencia al juego a través, fundamentalmente, de la eliminación de conductas desadaptativas o, en algunos casos, con la instauración de conductas adaptativas pero circunscritas al ámbito del juego; por este motivo resulta pertinente la inclusión de una técnica cuyo objetivo tiene un marcado carácter positivo (instaurar y/o desarrollar conductas adaptativas de naturaleza gratificante) y un contenido alejado del ámbito de juego.

La pretensión de esta técnica es implementar y, en su caso, incrementar actividades que sean gratificantes para el paciente, con el triple objetivo de:

1. Cubrir con otras actividades parte del tiempo dedicado hasta entonces al juego.
2. Crear fuentes de reforzamiento alternativas a la conducta de juego, ya que se proponen actividades placenteras para el paciente.
3. Prevenir que no se produzca un desequilibrio entre actividades percibidas como deberes y aquellas que lleva a cabo con agrado.

Si hay un exceso de las primeras y un déficit destacado de las segundas es más probable que el jugador desarrolle ciertas conductas, como jugar, que resultan atractivas y reforzantes de forma inmediata, que captan con facilidad la atención y facilitan la evasión de problemas, a pesar de que a medio y largo plazo puedan provocar consecuencias negativas.

En definitiva, se trata de desarrollar hábitos positivos que indirectamente contribuyan a la abstinencia al entrar en contradicción o competencia con la conducta de juego.

- PROCEDIMIENTO

Se dedicará una sesión a la explicación del concepto y a poner de manifiesto la relevancia de desarrollar actividades alternativas al juego. Para fomentar la participación del paciente, puede ser útil recordarle el tiempo que dedicaba al juego y plantearle en qué ocupa actualmente esas horas; en este sentido no es raro, sobre todo en los pacientes más motivados, que por iniciativa propia hayan retomado o iniciado ciertas actividades que el juego les impedía realizar. En cualquier caso, hayan o no comenzado a realizar tales actividades, se les va a solicitar como tarea para casa un listado en el que deben incluir actividades gratificantes que les gustaría llevar a cabo. Hay que destacar que entre todas ellas debe haber ocupaciones cotidianas de las que simplemente se resalte su carácter positivo y reforzante, otras que sean más o menos regulares pero no necesariamente realizadas a diario y finalmente algunas que se practiquen de forma esporádica. Debido además a la situación económica del paciente habrá que recalcar la necesidad de seleccionar actividades que, en la medida de lo posible, no conlleven una inversión económica o, al menos, que ésta sea mínima. Por último, como ya se ha puesto de manifiesto en otras técnicas, para contribuir a la realización de las actividades seleccionadas, se debe describir exactamente en qué va a consistir cada una de ellas y cuándo se van a realizar.

Se trata de desarrollar hábitos alternativos al juego, pero manteniendo una posición realista que resalte que en principio van a predominar las conductas consideradas deberes frente a las conductas que reflejan deseos, que las actividades gratificantes no tienen que ser necesariamente «especiales» sino más bien actividades cotidianas a las que se les otorga mayor valor y tiempo y, por último, que supongan un gasto que pueda ser asumido por la economía del paciente.

Se propone una sesión para introducir el tema y un seguimiento en las siguientes consultas que incluirá:

1. La selección de actividades gratificantes del listado aportado por el paciente, realizada en primer lugar por el psicólogo, siguiendo criterios de viabilidad y nivel de gratificación, para transferir posteriormente la responsabilidad completa al paciente.
2. La revisión de cómo y cuándo se están realizando las actividades.

E) Entrenamiento en solución de problemas

- JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Las conductas de juego acarrearán inevitablemente una serie de dificultades a las que el jugador suele hacer frente con la propia conducta de juego, introduciéndose en un círculo vicioso del que cada vez le resulta más difícil salir. Además, en determinados jugadores, la conducta de juego funciona desde el principio como una respuesta que facilita la evasión ante problemas o dificultades de diversa índole y que nada tienen que ver con el juego. Ambas situaciones constituyen razones suficientes para enseñar otra manera alternativa, y más eficaz, de afrontar y solucionar problemas, lo que a su vez contribuye a prevenir que la conducta de juego sea utilizada como medio para resolver dificultades. Con esta técnica se pretende, pues, mejorar las habilidades para solucionar problemas.

- PROCEDIMIENTO

Se sigue el entrenamiento propuesto por D’Zurilla y Goldfried en cinco fases:

1. Orientación general hacia el problema.
2. Definición y formulación del problema.
3. Generación de soluciones alternativas.
4. Toma de decisiones.
5. Puesta en práctica y verificación de la solución.

Aunque las consecuencias negativas más directas del juego se traducen principalmente en problemas económicos, éstos a su vez suelen añadir dificultades de otra índole, que son las que debe resaltar el psicólogo, ya que los problemas económicos son fácilmente identificables por el paciente y sus familiares. Es más, debido a sus consecuencias acuciantes suele exigir una estrategia específica para su resolución (incluso es posible que se haya analizado y tratado en la planificación del control de estímulos).

La duración del entrenamiento en solución de problemas variará en función del

número y tipo de problemas a resolver; no obstante, se requiere un mínimo de dos sesiones para explicar el procedimiento y al menos otras dos en las que se realice un seguimiento de cómo se está llevando a cabo la resolución concreta de problemas específicos.

El entrenamiento en solución de problemas junto con el desarrollo de conductas alternativas gratificantes se proponen como técnicas adicionales, cuya aplicación es opcional, y el orden de las mismas dentro del programa terapéutico vendrá determinado por el análisis funcional del caso concreto u otras valoraciones clínicas, pero en cualquier caso el paciente no debería estar jugando cuando se implanten tales técnicas.

F) Prevención de recaídas

- JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

El proceso de la recaída está vinculado tanto a determinantes situacionales como a fenómenos atribucionales a través de los cuales el sujeto intenta explicar por qué se ha producido ese primer episodio de caída, siendo responsables, en gran medida, de aumentar la probabilidad de experimentar nuevas caídas que finalmente conformen una recaída. Este planteamiento obliga, por un lado, a entrenar a los pacientes en técnicas que permitan identificar y afrontar con éxito las situaciones de riesgo que aumentan la probabilidad de que se emita, en este caso, la conducta de juego; y por otro, enseñarles en qué consisten los procesos de atribución y cómo modificarlos. En definitiva, se trata de mantener el cambio alcanzado durante el tratamiento a lo largo del tiempo.

- PROCEDIMIENTO

Se plantean dos objetivos primordiales:

1. Identificación y afrontamiento de las situaciones de alto riesgo.
2. Explicación del efecto de la transgresión de la abstinencia.

Para alcanzar el primer objetivo se trata de entrenar al paciente, a través del análisis pormenorizado de sus auto-registros de la conducta de juego, en la identificación de pequeñas decisiones o situaciones de alto riesgo que aumentan la probabilidad de emisión de la conducta de juego y en respuestas específicas de afrontamiento o evitación de tales situaciones. A modo de ejemplo, se puede señalar que una de las cadenas de conductas de alto riesgo más comunes en los jugadores de máquinas

recreativas con premio es el hábito de pagar la consumición con antelación y con billetes, lo que supone disponer de monedas de sobra que suelen estar a la vista del jugador, ya que otra costumbre habitual es la de manipular constantemente las monedas en vez de guardarlas en el monedero. Por su parte, una de estas conductas de afrontamiento, que conviene entrenar en casi todos los casos, es la de oposición asertiva ante las posibles invitaciones al juego, para lo cual se sigue el proceso de entrenamiento estándar en habilidades sociales.

El segundo objetivo pretende prevenir las recaídas entrenando al paciente en estrategias que debe llevar a cabo en caso de que se produzca una caída. Para ello, lo primero es explicarles la diferencia entre caída (episodio aislado de juego) y recaída (conjunto de caídas que supone alcanzar los niveles de línea-base). Posteriormente se les indica de forma pormenorizada lo que deben hacer en esa situación:

- a)* Analizar todas las decisiones y situaciones de riesgo a las que se ha expuesto sin poner en marcha estrategias de afrontamiento adecuadas.
- b)* Plantearse en ese momento cuál es el objetivo que pretende alcanzar y recordar las motivaciones que le hicieron buscar ayuda para conseguirlo.
- c)* Si el deseo de jugar continúa, aplicar autoinstrucciones o alguna otra técnica específica entrenada.
- d)* Alejarse del lugar de juego e informar al entorno de lo ocurrido.

Para su aplicación en consulta puede ser útil que el paciente ponga ejemplos de situaciones en las que ya ha sufrido alguna caída y que vaya especificando paso a paso lo que haría en la actualidad con objeto de prevenir la misma. Finalmente, habría que prevenir posibles pérdidas de control subsiguientes a la caída, por lo que el psicólogo tiene que enfatizar el hecho de que una caída debe entenderse como un proceso de aprendizaje y explicarle al paciente el efecto de la transgresión de la abstinencia. En concreto se debería informar de sus componentes cognitivos básicos: *a)* la disonancia cognitiva que se produce entre el sujeto abstinentes hasta ese momento y el «jugador» que acaba de gastar un dinero en el juego, lo que puede provocar una reestructuración cognitiva de la autoimagen en consonancia con la caída («soy un jugador»); y *b)* las atribuciones de causalidad interna por las que el jugador suele atribuir la caída a su inhabilidad personal, lo que favorece que en sucesivas situaciones no ponga en marcha estrategias de afrontamiento, ya que «no tiene control sobre sus conductas». Por último, en caso de que la recaída parezca inminente, puede ser útil programar una caída para que el paciente compruebe que puede hacer frente a esa situación sin perder el control por completo y por tanto generar en el mismo expectativas de autoeficacia. Asimismo,

para contribuir a incrementar la percepción subjetiva de control conviene recordarle al paciente que en las últimas sesiones se ha estado exponiendo a situaciones de riesgo y ha podido afrontarlas sin problemas.

La duración mínima de la prevención de recaídas se estima en dos sesiones: en la primera se trabajaría todo lo relacionado con la identificación y afrontamiento de las situaciones de alto riesgo, y en la segunda lo referido a la caída y el efecto de transgresión de la abstinencia.

4.3.3. Diseño de las sesiones

A continuación se describe el contenido de cada una de las sesiones y se especifican las tareas para casa que debe llevar a cabo el paciente, así como el material necesario para las mismas. Se considera que el número de sesiones propuesto es el mínimo que permite alcanzar el objetivo terapéutico de la abstinencia; en la práctica, no obstante, este número variará en función de la decisión de aplicar más o menos técnicas opcionales y 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 comience con el control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta.

- 1.^a SESIÓN

- ✓ Contenido:

- Explicar de forma sencilla y comprensible el análisis funcional del caso, haciendo énfasis en cuáles son los factores que mantienen el problema, cuáles son los objetivos terapéuticos y qué técnicas se van a utilizar, y en qué orden, para alcanzar dichos objetivos.
 - Determinar el *control de estímulos*, para lo cual resulta prácticamente imprescindible que en esta sesión el paciente acuda acompañado de algún familiar, y así poder establecer unas pautas en las que todas las partes estén de acuerdo y tengan conocimiento de las mismas.

- Objetivo:* impedir que se produzcan episodios de juego en las primeras sesiones que puedan resquebrajar la motivación tanto del paciente como de los familiares, valorar la motivación del cliente con unas pautas que son muy restrictivas y (re)establecer el aprendizaje de la administración del dinero limitando de forma drástica la cantidad de dinero que pueda manejar.

- Pautas:*

- Se establecerá, tras un análisis detallado, el gasto diario estimado, y un familiar (coterapeuta) encargado le entregará cada día esa cantidad. Cualquier gasto adicional deberá ser justificado con algún tipo de factura o tique.
 - El manejo de tarjetas de crédito, libretas o talonarios queda totalmente restringido y por tanto debe entregarlos a un familiar (coterapeuta).
 - Si el paciente tiene ingresos deberá transferir su control a un familiar (coterapeuta); si esto no es posible (inconvenientes en el trabajo) se establecerá una cuenta conjunta en la que no se pueda sacar (sólo ingresar) dinero sin la firma autorizada del otro.
 - Evitar completamente las “rutas del juego”, si es necesario deberá dar un rodeo para no toparse con un bar/sala recreativa donde antes jugaba, y no entrar en bares solo.
 - Si también juega al bingo o al casino será interesante que se prohíba la entrada a los mismos.
 - Deberá hacer una lista de deudas y darla a conocer a las personas más cercanas de su entorno. Se le indica que vaya estableciendo una estrategia realista de devolución.
- Explicación del procedimiento de autoexposición (por qué se aplica y en qué consiste) y elaboración de la jerarquía de estímulos en consulta.
- ✓ Tareas para casa:
- El auto-registro utilizado en la línea-base (véase el [cuadro 3.7](#)) se continuará realizando a lo largo del tratamiento, con la indicación de apuntar tanto las veces que juega como aquellas en las que tiene ganas pero no llega a jugar.
 - Llevar a cabo las pautas de control de estímulos.
 - Elaborar una jerarquía de estímulos nueva.

✓ Material necesario:

- Auto-registro de la conducta de juego (véase el [Anexo F](#)).

• 2.^a SESIÓN

✓ Contenido:

- *Técnica de autoexposición con prevención de respuesta:*

- Se establece la jerarquía definitiva utilizando para ello la realizada en la 1.^a sesión y la elaborada en casa.
- Se retoman las explicaciones sobre la técnica que se dieron en la sesión anterior y se le dan las pautas específicas para realizar las tareas de exposición y cómo deben apuntarlas en el registro correspondiente.

Objetivo: extinción del deseo y/o de las conductas de juego.

✓ Tareas para casa:

- Auto-registro.
- Pautas de control de estímulos.
- Exposición a los primeros estímulos –se tenderá a empezar en los niveles intermedios-bajos (situaciones puntuadas con un 3-4, en una escala de 0 a 10)– y su registro. La tarea de exposición se realizará diariamente.

✓ Material necesario:

- Auto-registro de la conducta de juego.
- Auto-registro de las tareas de exposición (véase el [Anexo G](#)).

• 3.^a SESIÓN

✓ Contenido:

- Se analizan y valoran los registros de la tarea de exposición, pasando, si se considera oportuno, a los siguientes estímulos de la jerarquía.
- *Técnica de reestructuración cognitiva:*
 - Información sobre el juego: se proporciona la definición y descripción de jugador social *versus* patológico (haciendo énfasis en la idea de que el jugador social juega por entretenimiento, mientras que el patológico lo hace para ganar o recuperar dinero).
 - Análisis de los hábitos de juego: se retoma la información obtenida durante el proceso de evaluación en la que se delimitaban detalladamente los hábitos de juego del paciente y se establece si percibe el juego determinado por el azar o por la habilidad.
 - Explicación de la noción de irracionalidad: se muestra la importancia de las distorsiones cognitivas (pensamientos erróneos) en el mantenimiento de la

conducta de juego y se explican, de forma sencilla y con múltiples ejemplos, las diferentes categorías de pensamientos irracionales en el ámbito del juego.

Objetivo: realizar un análisis objetivo del juego en el que se sustituyan los pensamientos erróneos por otros que reflejen la imposibilidad de control sobre el juego; en definitiva, que en la explicación de los resultados del juego sólo se haga referencia a principios estadísticos, probabilísticos, eliminando cualquier creencia de control sobre el azar.

✓ Tareas para casa:

- Auto-registro en el que se recalca a partir de ahora la importancia de determinar qué pensamientos está teniendo en caso de que juegue o tenga ganas de jugar.
- Pautas de control de estímulos.
- Exposición a los siguientes estímulos.
- Se le entrega un listado de las distorsiones cognitivas más importantes referidas a los juegos de azar que debe repasarse, intentando incluir ejemplos de pensamientos erróneos propios.

✓ Material necesario:

- Auto-registro de pensamientos (véase el [Anexo H](#)).
- Auto-registro de las tareas de exposición.
- Listado de «*pensamientos erróneos*» (véase el [Anexo I](#)).

• 4.^a SESIÓN

✓ Contenido:

- Se analizan y valoran los registros de la tarea de exposición, pasando, si se considera oportuno, a los siguientes estímulos de la jerarquía.
- Técnica de reestructuración cognitiva:
 - Identificación de los pensamientos irracionales: el objetivo es incrementar la capacidad del sujeto para identificar sesgos cognitivos, para ello se escuchan las verbalizaciones del sujeto grabadas durante la línea-base con el método de pensar en voz alta y el terapeuta sirve de modelo, ayudándole a identificar cada verbalización errónea.

– *Establecimiento de conductas alternativas reforzantes*, si se considera oportuno a partir del análisis funcional.

- Explicación de la importancia de crear o desarrollar conductas alternativas al juego:

a) Cubrir el tiempo que antes se dedicaba al juego con otras actividades placenteras alternativas.

b) Crear una fuente de gratificación sustitutiva del juego.

c) Equilibrar el estilo de vida.

Objetivo: cubrir la falta de actividades reforzantes alternativas.

– *Técnica de solución de problemas*, si se considera oportuno a partir del análisis funcional.

- Entrenamiento en solución de problemas (D’Zurilla y Goldfried): explicación de las dos primeras fases.

Objetivo: cubrir el déficit en solución de problemas.

✓ Tareas para casa:

- Auto-registro (registrar todas las veces que piensa en el juego y anotar qué cosas se dice a sí mismo, indicando si son adecuadas o no).
- Si se ha llegado a la mitad de la jerarquía de estímulos se comienza gradualmente el desvanecimiento de las pautas de control de estímulos (si no se ha empezado a realizar de forma espontánea).
- Exposición a los siguientes estímulos.
- Se le entrega un listado con las distorsiones cognitivas que se han trabajado en la sesión en el que debe indicar el tipo de error cometido.
- En el caso de que se haya trabajado el establecimiento de conductas alternativas reforzantes, se le pide un listado de actividades gratificantes que ya realiza y otro de aquellas actividades que le gustaría hacer.
- En el caso de que se haya trabajado la solución de problemas, se le pide identificar y registrar situaciones problemáticas y definir cada problema.

✓ Material necesario:

- Auto-registro de pensamientos.
- Auto-registro de las tareas de exposición.
- Registro de solución de problemas (véase el [Anexo I](#)).

• 5.^a SESIÓN

✓ Contenido:

- Se analizan y valoran los registros de la tarea de exposición, pasando, si se considera oportuno, a los siguientes estímulos de la jerarquía.
- Técnica de reestructuración cognitiva:
 - Identificación de los pensamientos irracionales: el objetivo es incrementar la capacidad del sujeto para identificar sesgos cognitivos; para ello se escuchan las verbalizaciones del sujeto grabadas durante la línea-base con el método de pensar en voz alta, pero ahora será el paciente el que identifique cada verbalización errónea.
- Se analiza el listado de actividades gratificantes para, de acuerdo con el paciente, elegir una o varias de ellas y determinar el momento preciso en el que se va a llevar a cabo.
- Entrenamiento en solución de problemas (D’Zurilla y Goldfried):
 - Explicación de las tres fases restantes.
 - Aplicación de la técnica a la solución de uno de los problemas identificados por el sujeto para que sirva de ejemplo.

✓ Tareas para casa:

- Auto-registro (registrar todas las veces que piensa en el juego y anotar qué cosas se dice a sí mismo, indicando si son adecuadas o no y reemplazando cada una de las verbalizaciones erróneas).
- Se continúa el desvanecimiento de las pautas de control de estímulos.
- Exposición a los siguientes estímulos.
- Se le entrega un listado con las distorsiones cognitivas que se han trabajado en la sesión en el que debe indicar el tipo de error cometido y empezar a buscar un pensamiento correcto alternativo.
- En el caso de que se haya trabajado el establecimiento de conductas alternativas reforzantes, se le pide que lleve a cabo las prescritas por el

terapeuta.

- En el caso de que se haya trabajado la solución de problemas, se le pide la resolución siguiendo los cinco pasos de los problemas identificados.

✓ Material necesario:

- Auto-registro de pensamientos.
- Auto-registro de las tareas de exposición.
- Registro de solución de problemas.

• 6.^a SESIÓN

✓ Contenido:

- Se analizan y valoran los registros de la tarea de exposición, pasando, si se considera oportuno, a los siguientes estímulos de la jerarquía. Si la autoexposición se ha hecho de forma fluida y continuada, ésta sería la última semana de realización de la técnica.
- Técnica de reestructuración cognitiva:
 - Corrección cognitiva: en las sesiones anteriores el terapeuta ha ido corrigiendo las verbalizaciones irracionales emitidas por el jugador. Ahora será el paciente el que reemplace sus verbalizaciones erróneas por otras más adecuadas, esto es, por otras que reflejen la noción de azar, aleatoriedad e incontrolabilidad.
- Se comprueba si el sujeto ha realizado las actividades gratificantes que se habían establecido en la sesión anterior. Si procede, elegir alguna más y de nuevo determinar el momento preciso en el que se va a llevar a cabo.
- Entrenamiento en solución de problemas (D’Zurilla y Goldfried):
 - Revisión o resolución de alguno de los problemas identificados por el paciente bajo la supervisión del terapeuta.

✓ Tareas para casa:

- Auto-registro.
- Se eliminan las pautas de control de estímulos.
- Exposición a los siguientes estímulos.

- Se le entrega un listado con las distorsiones cognitivas que se han trabajado en la sesión en el que debe indicar el tipo de error cometido y un pensamiento correcto alternativo.
- En el caso de que se haya trabajado el establecimiento de conductas alternativas reforzantes, se le pide que lleve a cabo las de la sesión precedente y las de ésta.
- En el caso de que se haya trabajado la solución de problemas, debe poner en marcha, de la forma establecida, la solución elegida en cada uno de los problemas analizados. Aplicación de la técnica a la solución de los problemas restantes siguiendo los cinco pasos.

✓ Material necesario:

- Auto-registro de las tareas de exposición.
- Auto-registro de las tareas de exposición.
- Registro de solución de problemas.

• 7.^a SESIÓN

✓ Contenido:

- Revisar todas las tareas planificadas en la sesión anterior, dedicando el tiempo necesario para resolver dudas o dificultades.
- *Prevención de recaídas:*

- Explicar al paciente el fenómeno de la recaída y enseñarle estrategias de prevención.
- Se entrena a los sujetos en habilidades de autocontrol con el objetivo de que sean capaces de anticipar y afrontar las situaciones de alto riesgo en el periodo de seguimiento:

a) Decisiones aparentemente irrelevantes.

Objetivo: reconocer y disminuir y/o eliminar minidecisiones que incrementan la probabilidad de encontrarse ante una situación de alto riesgo.

Técnica: utilizar dichas decisiones como estímulos discriminativos que indiquen la puesta en marcha de procesos de valoración y corte de tales decisiones. Es el momento para revisar las motivaciones para dejar

de jugar y renovar este compromiso.

b) Situaciones de alto riesgo.

Objetivo: identificar las situaciones de alto riesgo para evitarlas o desarrollar respuestas de afrontamiento.

Técnica: el entrenamiento en el reconocimiento de situaciones específicas de alto riesgo se realiza a través del material recogido por los auto-registros (p. ej., estados emocionales negativos, conflictos interpersonales, presión social, aparición de distorsiones cognitivas, recuerdos positivos de la época de juego...). Estas situaciones deben funcionar como estímulos discriminativos para poner en marcha las respuestas de afrontamiento aprendidas.

c) Carencia de habilidades de oposición asertiva.

Objetivo: desarrollo de conductas asertivas de rechazo a las invitaciones al juego.

Técnica: entrenamiento en habilidades sociales.

✓ Tareas para casa:

- Auto-registro.
- Continuar con las tareas de exposición, reestructuración cognitiva, actividades gratificantes o solución de problemas que hayan podido quedar pendientes.
- Identificar decisiones aparentemente irrelevantes y situaciones de riesgo.

✓ Material necesario:

- Auto-registro de pensamientos.
- Auto-registro de las tareas de exposición.
- Registro de solución de problemas.

• 8.^a SESIÓN

✓ Contenido:

- Revisar todas las tareas planificadas en la sesión anterior, dedicando el tiempo necesario para resolver dudas o dificultades.
- Prevención de recaídas:

a) Caída inicial.

Objetivo: desarrollar habilidades conductuales y estrategias cognitivas que contribuyan a restablecer el control para que no se evolucione hacia la recaída completa.

- * Caída: episodio aislado de juego.
- * Recaída completa: se recuperan los niveles de línea-base como jugadores.

Técnica: entrenamiento en habilidades de autocontrol.

1. Auto-observación (auto-registro).
2. Establecimiento de objetivos (objetivo final: abstinencia).
3. Entrenamiento en técnicas concretas (p. ej., autoinstrucciones para esperar un tiempo determinado cuando aparece el deseo).
4. Aplicación de las técnicas en el contexto real y autocorrección.

b) Efecto de la transgresión de la abstinencia.

Objetivo: preparar al sujeto para la posible experimentación de este efecto, de manera que se pueda redefinir la caída como una experiencia de aprendizaje.

Técnicas:

- * Información sobre los componentes del efecto de transgresión de la abstinencia.
- * Reestructuración cognitiva (explicar cómo la caída supone un aprendizaje en la identificación de situaciones de alto riesgo y en el manejo de estrategias de afrontamiento) o caída programada (en el caso de que la recaída parezca inminente, para difuminar el miedo y desmitificar el poder del juego).

✓ Material necesario:

- Auto-registro de pensamientos.

En el [cuadro 4.12](#) puede observarse el esquema de la propuesta de intervención organizada por el contenido y las tareas para casa de cada sesión.

N.º sesión	Contenido	Tareas para casa
1	• Explicar de forma sencilla y comprensible el ANÁLISIS FUNCIONAL DEL CASO, haciendo énfasis en cuáles son los factores que mantienen el problema y qué técnicas se van a utilizar para solucionarlo y en qué orden. • Determinar el CONTROL DE ESTÍMULOS, para lo cual resulta prácticamente imprescindible que en esta sesión el paciente acuda acompañado de algún familiar; y así poder establecer unas pautas en las que todas las partes estén de acuerdo y tengan conocimiento de las mismas.	• Auto-registro de la conducta de juego. • Llevar a cabo las pautas de control de estímulos. • Elaborar una jerarquía de estímulos nueva.
2	• Técnica de AUTOEXPOSICIÓN CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA: – Se establece la jerarquía definitiva utilizando para ello la realizada en la 1.ª sesión y la elaborada en casa. – Se retoman las explicaciones sobre la técnica que se dieron en la sesión anterior y se le dan las pautas específicas para realizar las tareas de exposición y cómo se deben apuntar en el registro correspondiente.	• Auto-registro. • Pautas de control de estímulos. • Exposición diaria a los primeros ítems (se tenderá a empezar en los niveles intermedios-bajos) y registro de las tareas.
3	• Se analizan y valoran los registros de la tarea de exposición, pasando, si se considera oportuno, a los siguientes estímulos de la jerarquía. • Técnica de REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: – Análisis de los hábitos de juego: se retoma la información obtenida en la evaluación en la que se delimitaban detalladamente los hábitos de juego y se establece si percibe el juego determinado por el azar o por la habilidad. – Información sobre el juego: se proporciona la definición y descripción de jugador social y patológico (haciendo hincapié en la idea de que el jugador social juega por entretenimiento, mientras que el patológico lo hace para ganar o recuperar dinero). – Explicación de la noción de irracionalidad: el terapeuta muestra la importancia de las distorsiones cognitivas (pensamientos erróneos) en el mantenimiento de la conducta de juego y explica, de forma sencilla y con múltiples ejemplos, las diferentes categorías de verbalizaciones irracionales.	• Auto-registro, en el que se recalca a partir de este momento la importancia de determinar qué pensamientos está teniendo en caso de que juegue o tenga ganas de jugar. • Pautas de control de estímulos. • Exposición a los siguientes estímulos. • Se le entrega un listado de las distorsiones cognitivas más importantes referidas a los juegos de azar; que debe repasar-se e intentar incluir ejemplos de pensamientos erróneos propios.
4	• Se analizan y valoran los registros de la tarea de exposición, pasando, si se considera oportuno, a los siguientes estímulos de la jerarquía. • Técnica de reestructuración cognitiva: – Identificación de los pensamientos irracionales: incrementar la capacidad del sujeto para identificar sesgos cognitivos; se escuchan las verbalizaciones del sujeto grabadas durante la línea-base con el método de pensar en voz alta y el terapeuta sirve de modelo, ayudándole a identificar cada verbalización errónea. • Establecimiento de CONDUCTAS ALTERNATIVAS REFORZANTES, si se considera oportuno a partir del análisis funcional: – Explicación de la importancia de crear o desarrollar conductas alternativas al juego: a) cubrir el tiempo que antes se dedicaba al juego con otras actividades placenteras alternativas, b) crear una fuente de gratificación sustitutiva del juego, y c) equilibrar el estilo de vida. • Técnica de SOLUCIÓN DE PROBLEMAS, si se considera oportuno a partir del análisis funcional: • Entrenamiento en solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried): explicación de las dos primeras fases.	• Auto-registro. • Si se ha llegado a la mitad de la jerarquía de estímulos se comienza gradualmente el desvanecimiento de las pautas de control de estímulos. • Exposición a los siguientes estímulos. • Se le entrega un listado con las distorsiones cognitivas que se han trabajado en la sesión, en el que debe indicar el tipo de error cometido. • (Listado de actividades gratificantes/Identificación de problemas).

5	• Se analizan y valoran los registros de la tarea de exposición, pasando, si se considera oportuno, a los siguientes estímulos de la jerarquía. • Técnica de reestructuración cognitiva: – Identificación de los pensamientos irracionales: se escuchan las verbalizaciones del sujeto grabadas durante la línea-base con el método de pensar en voz alta, pero ahora será el paciente el que identifique cada verbalización errónea. • Se analiza el listado de actividades gratificantes para, de acuerdo con el paciente, elegir una o varias de ellas y determinar el momento preciso en el que se va a llevar a cabo. • Entrenamiento en solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried): – Explicación de las tres fases restantes. – Aplicación de la técnica a la solución de uno de los problemas identificados por el sujeto, para que sirva de ejemplo.	• Auto-registro. • Se continúa el desvanecimiento de las pautas de control de estímulos. • Exposición a los siguientes estímulos. • Se le entrega un listado con las distorsiones cognitivas que se han trabajado en la sesión, en el que debe indicar el tipo de error cometido y buscar un pensamiento correcto alternativo. • (Llevar a cabo las actividades gratificantes prescritas por el terapeuta/Resolución de los problemas identificados.)
6	• Se analizan y valoran los registros de la tarea de exposición, pasando, si se considera oportuno, a los siguientes estímulos de la jerarquía. Si la autoexposición se ha hecho de forma fluida y continuada, ésta será la última semana de realización de la técnica. • Técnica de reestructuración cognitiva: – Corrección cognitiva: en las sesiones anteriores el terapeuta ha ido corrigiendo las verbalizaciones irracionales emitidas por el jugador. Ahora será el paciente el que reemplace sus verbalizaciones erróneas por otras más adecuadas, esto es, por otras que reflejen la noción de azar, aleatoriedad e incontrolabilidad. • Se comprueba si el sujeto ha realizado las actividades gratificantes que se habían establecido en la sesión anterior. Si procede, elegir alguna más y, de nuevo, determinar el momento preciso en el que se va a llevar a cabo. • Entrenamiento en solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried): revisión o resolución de alguno de los problemas identificados por el paciente, bajo la supervisión del terapeuta.	• Auto-registro. • Se eliminan las pautas de control de estímulos. • Se le entrega un listado con las distorsiones cognitivas que se han trabajado en la sesión, en el que debe indicar el tipo de error cometido y buscar un pensamiento correcto alternativo. • (Llevar a cabo las actividades gratificantes prescritas por el terapeuta y otras por propia decisión/Poner en marcha la solución elegida en cada uno de los problemas analizados.)
7 y 8	• Revisión de todas las tareas planificadas en la sesión anterior; dedicando el tiempo necesario para resolver dudas o dificultades. • Prevención de recaídas: – Explicar el fenómeno de la recaída (diferencia entre caída y recaída) y el efecto de transgresión de la abstinencia. – Entrenamiento en habilidades de autocontrol y afrontamiento de decisiones aparentemente irrelevantes y de situaciones de alto riesgo.	• Auto-registro. • Continuar con las tareas que hayan podido quedar pendientes. • Identificar decisiones aparentemente irrelevantes y situaciones de riesgo.

Cuadro 4.12. *Esquema de la propuesta de intervención en jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio*

4.3.4. Consideraciones prácticas

A continuación se destacan algunas consideraciones prácticas que pueden ser de utilidad para detectar posibles dificultades que puedan surgir a lo largo de todo el proceso de intervención. De todo ello se deduce que el contacto regular con el entorno del jugador se hace imprescindible para contrastar la información y tomar las medidas

oportunas en caso de que se detecte un desinterés por el tratamiento o engaños continuados, pues la intervención psicológica no le debe servir al jugador para encubrir sus conductas de juego.

A) Fase de evaluación pretratamiento

- Importancia de negociar el objetivo terapéutico con el paciente y los familiares y no plantear como única meta posible la abstinencia. Se trataría de potenciar objetivos intermedios, por otro lado imprescindibles para la consecución de la posible abstinencia final, como son la reducción estable de conductas de juego, facilitar y consolidar la adquisición de conciencia de enfermedad, aumentar la motivación para el cambio y reforzar la autoeficacia (incremento de la motivación para el tratamiento).
- Informar de las normas de funcionamiento del centro o consulta y precisar los motivos de expulsión del mismo. Para evitar posibles conflictos en el proceso de intervención, tanto con el paciente como con sus familiares, resulta pertinente poner de manifiesto las normas de funcionamiento (puntualidad, aviso previo cuando no se pueda acudir a consulta, realización de las tareas para casa...) e indicar y justificar los comportamientos que propician la expulsión del tratamiento.
- Si durante la línea-base y en la primera mitad del tratamiento el sujeto no apunta nada en el auto-registro y además comenta no acordarse en ningún momento del juego, es un indicativo suficiente para comenzar a sospechar de la información que proporciona el paciente.

B) Fase de tratamiento

- Control de estímulos
 - ✓ Cualquier crítica hacia las pautas que parezca excesiva puede indicar que la motivación para el cambio no es elevada, ya que en la explicación del control de estímulos se pone el suficiente énfasis en que es una técnica momentánea que se irá desvaneciendo a lo largo del tratamiento.
 - ✓ Hay que asegurarse, con un contacto periódico, del mantenimiento de las pautas por parte de los familiares (en especial del coterapeuta), pues en algunos casos surgen modificaciones espontáneas que hay que controlar y valorar.

– Autoexposición gradual en vivo con prevención de respuesta

- ✓ Es muy probable que los pacientes indiquen que les resulta difícil establecer aproximadamente diez situaciones de exposición, así que será necesario ayudarles en la tarea poniéndoles ejemplos (tomados de la información obtenida en la evaluación) en los que se varíen ciertos aspectos, como que estén solos o acompañados, que sea un lugar conocido o desconocido, que sea su máquina preferida o que sea una que no conocen, con dinero de sobra o el justo para la consumición, que se encuentren en una sala recreativa o en un bar, que sea el local donde juegan habitualmente ...

Ejemplos de jerarquías de estímulos:

- ✓ Varón, 63 años, casado y con dos hijos, trabaja como transportista.

- ❶ Estar en un bar con su mujer o algún familiar.
- ❷ Estar en un bar conocido con los compañeros de trabajo. Con el dinero establecido (aproximadamente 6 euros).
- ❸ Estar solo en un *bar de carretera* con dinero suelto (1-1, 6 euros).
- ❹ Estar solo en un *bar de carretera* con tiempo disponible (por ejemplo, horario en el que las tiendas a las que tiene que suministrar materiales están cerradas) y con 2-3 euros.
- ❺ Estar solo en un *bar de carretera* con tiempo disponible y con 3-6 euros.
- ❻ Estar solo en un *bar de carretera* con tiempo disponible y con 6-12 euros.
- ❼ Estar solo en un *bar de carretera* con tiempo disponible y con 12-30 euros.
- ❽ Estar solo en un *bar de carretera* que tiene la máquina que más le gusta (*máquina de los lingotes*), con tiempo disponible y con 12-30 euros.

- ✓ Varón, 16 años, estudiante de 8.º E.G.B.

- ❶ Entrar en un bar a tomar algo con sus padres.
- ❷ Tener dinero (6 euros) para hacer algún recado a sus padres (por ejemplo, comprar el periódico y el pan) y una vez realizado el encargo disponer de dinero suelto.
- ❸ Entrar en un bar con un vecino amigo suyo, disponer de dinero (2 euros) para la consumición y estar un rato tomando algo.
- ❹ Salir a dar una vuelta, sin dinero, y pasar (sin entrar) por una sala recreativa para oír el sonido de las máquinas.

- ⑤ Tener 2 euros, estar solo y cerca de un bar (pero sin verlo).
- ⑥ Estar en un bar con unos amigos tomando algo. Dispone de 3 euros y sale del bar; solo, para irse a otro.
- ⑦ Estar en una sala recreativa solo y sin dinero.
- ⑦ Estar en un bar/sala recreativa con un conocido que no importa que le vea jugar en la máquina y con 3 euros.
- ⑧ Estar dentro de una sala recreativa, solo, delante de su máquina favorita, y con 3 euros.
- ⑨ Lleva 12 euros y se encuentra en la puerta de la sala recreativa.
- ⑩ Estar dentro de la sala recreativa, solo, delante de su máquina favorita y con 12 euros.

✓ Varón, 21 años, electricista.

- ① Salir de casa con dinero para hacer la compra por el barrio.
- ② Salir de casa con dinero para comprar en la zona del centro de la ciudad (donde habitualmente jugaba).
- ③ Ir a dar una vuelta al centro de la ciudad, solo y sin dinero.
- ③ Estar en un bar, acompañado, tomando algo y oír el ruido de la máquina (música/sonido de las monedas cayendo).
- ④ Entrar en un bar, solo, para ver un partido de fútbol, lejos de la máquina y con el dinero justo para la consumición.
- ⑤ Entrar en un bar, solo, para ver un partido de fútbol, sentado cerca de la máquina y con el dinero justo para la consumición.
- ⑥ Entrar en un bar donde antes jugaba a tomar algo, solo y con el dinero justo para la consumición.
- ⑥ Entrar en una sala recreativa donde antes jugaba, solo y sin dinero.
- ⑦ Ver como alguien ha metido más de 60 euros en una máquina y no le ha tocado ningún premio grande. En un bar o sala recreativa con el dinero controlado (la familia sabe el dinero que lleva y a la vuelta le van a pedir cuentas).
- ⑧ Entrar en algún lugar habitual donde antes jugaba (bar/sala recreativa) y llevar bastante dinero (más de 30 euros) pero controlado (la familia sabe el dinero que lleva y a la vuelta le van a pedir cuentas).
- ⑨ Entrar en algún lugar habitual donde antes jugaba (bar/sala recreativa) con un dinero incontrolado (más de 12 euros y nadie le va a pedir cuentas del mismo).

- ⑩ Ver cómo alguien ha metido más de 60 euros en una máquina y no le ha tocado ningún premio grande, llevando dinero incontrolado (más de 12 euros y nadie le va a pedir cuentas del mismo).

El terapeuta debe tener en cuenta que:

- ✓ La primera mitad de la jerarquía es la que suele resultar más difícil de elaborar para los pacientes, ya que incluye situaciones que no son habituales para el jugador (p. ej., ir acompañado al lugar de juego, no llevar dinero...). En el primer ejemplo, se observa que faltan los estímulos de graduación ③ y ④. En estos casos el terapeuta debe intentar, como primera medida, cubrir esos huecos variando algún aspecto de las situaciones, pero si no es posible intercalar estos estímulos intermedios podrá pasarse a la segunda mitad de la jerarquía (a partir del ítem 5) siempre y cuando el siguiente ítem incluya una situación en la que es poco probable que el paciente juegue (p. ej., no llevar dinero, no entrar en el local de juego, entrar en un bar que tenga una máquina que no le gusta...).
 - ✓ Resulta muy útil disponer de varias situaciones con la misma graduación, ya que permite alternar los ítems en las tareas para casa, lo que contribuye a hacer más amena y viable la exposición, además de favorecer la generalización.
 - ✓ Debe especificarse la cantidad de dinero que va a manejar el paciente durante las tareas de autoexposición, sobre todo cuando no las realice acompañado, ya que la gran mayoría de los jugadores tiene una cifra a partir de la cual se plantea jugar o bien es el disponer de monedas sueltas lo que puede favorecer esta conducta, por lo que es necesario controlar esta variable de forma pormenorizada de cara a asegurar la graduación del ítem correspondiente.
- Resulta necesario recalcar las condiciones en que debe hacerse la autoexposición:
- * No debe consumir alcohol durante la tarea.
 - * Debe estar atento a todos los estímulos asociados a la máquina, no realizar actividades que interfieran con esta labor.
 - * Apuntar los niveles de ansiedad al tiempo que realiza la tarea (al menos cada 5-10 minutos).
 - * No escapar de la situación hasta que no se encuentre con un nivel de

ansiedad igual o inferior a dos (escala 0-10).

- Si el sujeto no ha realizado o apuntado en el registro las tareas de exposición, el terapeuta será firme indicándole que es obligatoria su realización para continuar con las sesiones de tratamiento.
- A veces resulta difícil, aun cuando el sujeto esté muy motivado, disponer de tiempo suficiente para la realización diaria de las tareas de autoexposición, lo habitual es que algún día se falle. Por ello hay que sospechar si el sujeto, sesión tras sesión, trae registros muy similares en el número de veces que ha realizado la tarea y en el grado de ansiedad que le produce, con independencia de la dificultad del estímulo al que se expone y, sobre todo, en el caso de que no hubiera realizado la tarea de autoexposición en las primeras sesiones. También es un signo de sospecha, o al menos de una mala realización de la tarea, que el sujeto indique en todas las situaciones «0» en el grado de ansiedad.

Caso 8.º

Varón, 17 años, estudiante, acude a la primera entrevista acompañado del padre. Se cuenta con una buena motivación para el cambio y con la colaboración de los padres. En la primera sesión de tratamiento se realiza la entrevista de devolución de información con el paciente y el padre, se establece el control de estímulos con el padre como encargado de entregar el dinero estipulado y se elabora la jerarquía de estímulos en sesión, cuyo diseño definitivo se realizará en la siguiente sesión, en la que también se comienza la aplicación de la autoexposición gradual en vivo.

A pesar de hacer todas las tareas de exposición, el paciente informa que ha jugado en una ocasión durante la cuarta semana de tratamiento, el dinero lo ha obtenido de un talón que le ha dado la madre para que vaya al banco a cobrarlo. Desde ese momento, como castigo, no dispone de dinero. Durante las dos semanas siguientes continúa jugando, ya que coge dinero de sus hermanos o de lo que le sobra de la compra.

Su madre acude a consulta en la sexta sesión de tratamiento, en la que se vuelve a estipular el dinero que debe manejar el paciente; la madre está de acuerdo pero comenta que ese fin de semana, como ha estado jugando últimamente, no le va a dar dinero; empezará con el control de estímulos a partir del lunes.

El terapeuta debe tener en cuenta que:

- ✓ Hay que resaltar la importancia de que el paciente no se encuentre en su vida cotidiana con una situación que incluya estímulos de mayor dificultad que

los que se están trabajando en la exposición.

- ✓ Hay que destacar y explorar que el control de estímulos se lleve a cabo de forma sistemática y coordinada
- ✓ No conviene continuar con la aplicación de la técnica de exposición mientras no se llegue a un acuerdo en el control de estímulos y se compruebe que se realiza de la forma convenida, pues es un factor que contribuye a la realización inadecuada de las tareas de exposición. Cuando se retome la exposición habrá que comenzar con un ítem que fuera realizado sin problemas anteriormente.
- ✓ Cuando el paciente coopera y parece motivado para el tratamiento no conviene que las conductas de juego sean castigadas positiva o negativamente, sino intentar reforzar positivamente las conductas de adhesión al tratamiento y aquellas que se acerquen a los objetivos planteados.

– Reestructuración de las distorsiones cognitivas

- ✓ Mientras se realiza la explicación de la noción de irracionalidad habrá que estar muy pendiente a las reacciones del paciente, pues comportamientos o expresiones que reflejen actitudes del tipo «eso ya lo sabía yo», «yo no pienso eso», «a mí ya no me ocurre nada de eso», «yo ya lo tengo muy claro», etc., podrían ser un signo de que sigue jugando, ya que la mayoría de los jugadores, aun cuando no presenten un gran número de distorsiones cognitivas, se sorprenden del funcionamiento aleatorio de las máquinas. Si no se sorprende o no hace comentarios que reflejen interés en este punto, se puede pensar que o bien no está prestando atención a las explicaciones (señal de falta de motivación) o bien quiere dejar claro que ya no juega (¿?) porque no piensa así.
- ✓ En la aplicación de esta técnica, dado que no existen signos externos como en el caso del control de estímulos o la exposición, hay que tener presente que las dificultades para identificar los engaños son mayores. Por ello se precisa de un contacto asiduo con el entorno del jugador con objeto de poder detectar cualquier señal indirecta que ponga en la pista de una posible ocultación del grado de implicación en el juego.

Transcripción de verbalizaciones emitidas en una situación de juego artificial:

- Varón, 36 años, nivel de estudios COU. Tiene un problema de juego desde hace un año y medio (máquinas recreativas con premio y bingo), en el

momento de realizar la evaluación cumple ocho criterios del diagnóstico DSM-IV de juego patológico. El resultado del tratamiento es la reducción de la conducta de juego.

Transcripción de las verbalizaciones pretratamiento:

[...] Cinco, seis, siete..., nueve..., voy a echar diez, ahora, de momento. ¡Ay!... Nada..., ¡ves, he quitado tres euros, pero ya sabía que no lo da nunca!... Dos... Ahora o un euro... ¡ves, lo he perdido!... Avances, de aquí no sale nada... Aquí como mucho me salen las naranjas y ni eso... No me sale nada... Siempre que te salen dos avances no te da nunca nada... Cuatro... Dos..., aquí... Generalmente cuando no da nada nada, nada, es que va a dar un premio gordo, a veces me pasa eso... A veces te equivocas..., pero es que no me ha dado nada... Para mí es buena señal o el que dé muchos premios seguidos o el que no dé absolutamente ninguno, cuando te va dando premios y te los va quitando, pierdes generalmente; pero si durante mucho tiempo te está dando premios es que va a salir algo bueno, y si durante mucho tiempo no te da nada, pues también... Tres, aquí no hago nada... ¿Doble o nada?... Cuatro... El dado, ahora puedo ganar 2 euros..., pero de momento no... ¡Ves, ha salido volcado si no si me los hubiese dado!... ¡Joe!..., nada... De momento ya he perdido... Dos... Avances, pues nada. uno..., o cuarenta céntimos..., ¡ves, ahora he ganado ochenta céntimos!... ¡Bien, cuatro!... uno, dos..., nada, ahora no sale nada... Un dos, nada... ¡Buah, me va dando premios de cuarenta y ochenta céntimos, pero no me da ninguno así...! Avances dos, uno y dos..., así..., voy a jugar al dado ahora por si me salen dos euros..., nada... ¡jolín, sale torcido!..., pues tiene que salir ahora... Los limones yo los suelo parar porque es una fruta que a mí me gusta... ¡Buah, otros cuarenta céntimos!... No me está dando nada... A mí cuando da premios tan bajos me gusta porque es que te va a dar... generalmente, hoy no te digo que sea el caso... pero a mí me gusta cuando me da premios bajos... Generalmente cuando me va dando premios de tres euros y eso... generalmente luego se chupa todo y te deja sin nada... pero cuando te da así premios de cuarenta céntimos y..., cosas de esas... Dos..., bueno pues aquí..., uno y dos..., voy a jugar al dado otra vez, ahora me tiene que salir... ¡Bien, ya era hora!..., ahora me han tocado tres euros... Dos avances..., uno... ¡Qué bien!... Si es que no da nada... Bueno, ahora voy a parar las campanas para ver si me sale..., no... El comodín... qué me da... ¡Bien!, ahora sabía que me iba a dar los tres euros..., hay a veces que predigo así un poco lo que me puede dar, nada más que por lógica y me he imaginado que me iba a dar los tres euros... Una, dos... Es la primera vez que estoy jugando a doble o nada y me lo está dando casi todo dobles... Tres..., uno, dos y tres..., otra vez doble ¡qué raro!... Tres..., es que éstas no se pueden ver ahí... ¡Bah!... Voy a jugar al dado.... dos euros..., al dado siempre juego siempre cuando me sale... ¿Doble o nada?, me lo va a quitar pero voy a jugar a doble... ¡Ah, pues no!, yo creo que la has preparado (terapeuta) para que me toque todo doble porque esto generalmente no me suele pasar..., casi siempre lo pierdo... Cuatro..., una, dos, tres y cuatro..., voy a jugar al dado ahora por si me da dos euros..., una, dos y tres..., antes no me los dio, me los tiene que dar ahora..., no, ¡ves, la primera nada!..., otra vez, no..., yo creo que tiene que salir..., pues no me lo ha dado... ¡Ay! se me ha caído una moneda al suelo, te lo digo para que lo sepas que es mía... Con esto no hago nada... uno... ¡Buf! me han salido dos efes (símbolo de Recreativos Franco, premio máximo), pero no me ha salido nada... Bueno, voy a parar las efes por si me sale, pero no..., generalmente a mí nunca me suele dar ahí el premio... Aquí en tres..., nada... una, dos y tres..., la primera vez que me están saliendo todos los dobles que meto... Uno, dos, tres..., pues me quedan cuatro jugadas, ¡eh!... tres euros... Cuatro..., uno... ¡Bah!... voy a jugar al dado a ver si me da los tres euros... No...,

nada... ¡Bien!, pues ahora sí me los ha dado... me encanta el ruido éste (monedas cayendo) cuando... e.¡je!, ¡je!...

- Varón, 30 años, nivel de estudios FP. Tiene un problema de juego desde hace ocho meses (máquinas recreativas con premio), en el momento de realizar la evaluación cumple nueve criterios del diagnóstico DSM-IV de juego patológico. El resultado del tratamiento es la abstinencia completa.

Transcripción de las verbalizaciones postratamiento:

Bueno, vamos a regalar estas monedas... Bueno, que juegue sola... ¡Ah!... Estoy dando cualquiera (botones) porque como sé que no la puedo controlar... pues..., que salga lo que sea...¡Mmm!... Pues no sé qué decir, la verdad es que estoy jugando ..., le estoy dando a los botones porque puede salir lo que sea... Quiero echarlas todas (monedas) y pronto, porque..., la verdad es que me siento un poco extraño echando las monedas y haciendo los avances o no avances, siendo que saldrá lo que quiera...¡Ah!... un euro... Buena suerte dice üe, je!... La verdad es que aburre un poco, ¡eh!, por eso no quiero darle al botoncito porque..., que juegue sola y...Avances cintas, tres avances, ¡da igual!... Bueno...Avances, cuatro...Ya me da igual, ¡eh!..., podría haber parado los dos RF (símbolo de Recreativos Franco premio máximo), pero no lo he hecho porque como da igual...¿Por qué cuento (las monedas al insertarlas en la máquina) también?... Podría echarlas todas, pero como no entran todas, pues nada...Ya voy perdiendo todo el dinero que me has dado... Bueno, ya se va a acalbar esto..., afortunadamente... Le estoy dando a cualquiera porque la verdad es que no le encuentro mucho sentido a darle a cualquiera de estas cosas... Bueno, una, dos, tres, cuatro..., se me cayeron dos por allá o una, no sé, en fin, da igual... La verdad es que las echo todas (monedas) rápido porque quiero terminar pronto, ya... Dado... Le voy a dar al dado de nuevo para ver que, cuenta el dado..., bueno...¡Mmm!... Avances, dos... Da igual. podía haber parado eso, pero, en fin, como no me interesa... C'est fini..., ya se ha terminado esto.

C) Fase de evaluación postratamiento

- Si durante la evaluación postratamiento en una situación de juego artificial no se observan grandes cambios en la forma de jugar del sujeto (por ejemplo, sigue acercándose a mirar los rodillos, pulsa los botones con fuerza, no desatiende a los diferentes juegos u ocasiones de parar o modificar jugadas que la máquina le proporciona o recoge monedas para invertirlas de nuevo) y/o acepta el dinero ganado una vez finalizada la sesión, es muy probable que no se haya conseguido el cambio en los parámetros de la conducta de juego establecido en los objetivos terapéuticos.
- Recordatorio de los siguientes contactos. Dado que el riesgo de aparición de recaídas es muy alto en el seguimiento, el terapeuta debe resaltar la importancia de mantener contactos periódicos con el paciente y ofrecerle la posibilidad de solicitar ayuda terapéutica ante cualquier dificultad.

D) Fase de seguimiento

- El contenido de las sesiones de seguimiento debería ir enfocado no sólo a una comprobación de que el sujeto se mantiene en los parámetros establecidos, sino también a la revisión de ciertos contenidos terapéuticos que contribuyan a mantener en el tiempo los resultados obtenidos.
- Aunque el tratamiento suele ir encaminado a la abstinencia en aquellos juegos que le causan problemas al paciente, conviene revisar si otras posibles conductas de juego o similares se mantienen en los parámetros de la línea-base o por el contrario se han incrementado, sobre todo en aquellos casos en los que previamente haya existido problemas con otros juegos.

Caso 9.º

Mujer, 61 años, se mantiene sin jugar durante todo el tratamiento y en el seguimiento realizado a los tres meses de haber concluido el programa de intervención ha jugado dos veces a las máquinas recreativas con premio y en una ocasión al bingo, en este caso para comprobar si la autodenuncia de entrada en bingos todavía estaba vigente. A partir de ese momento comienza a jugar regularmente al bingo (siempre el mismo establecimiento, por si acaso en otros locales no le dejan entrar, ya que no ha retirado la autodenuncia), siendo su juego en máquinas recreativas con premio esporádico y produciéndose en el propio local del bingo.

Caso 10.º

Varón, 17 años, su evolución durante el tratamiento es irregular; con períodos de abstinencia en las máquinas recreativas con premio seguidos de episodios de juego de diferente intensidad. Durante los tres primeros meses de seguimiento se siguen produciendo episodios aislados de juego en máquinas recreativas con premio acompañados de un gas-to elevado en llamadas telefónicas al *Party Line*, llamadas que se mantienen durante el sexto mes de seguimiento, ascendiendo su gasto a 540 euros.

4.3.5. Eficacia del programa terapéutico y de sus componentes principales

Esta propuesta de tratamiento se sustenta en el estudio experimental llevado a cabo por los autores (Fernández-Alba, 1999) con objeto de determinar la eficacia diferencial

de las dos técnicas que, hasta el momento, parecen cosechar mejores resultados, esto es, la reestructuración de las distorsiones cognitivas referidas al azar y la exposición con prevención de respuesta.

El contenido y la cronología de las técnicas aplicadas en cada uno de los programas de intervención puede observarse en el [cuadro 4.13](#). Cada grupo experimental estaba constituido por veinte sujetos, todos varones, con diagnóstico de juego patológico y siendo su problema de juego principal las máquinas recreativas con premio.

N° sesión	Tratamiento cognitivo (a_1)	Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición (a_2)	Tratamiento de exposición (a_3)	Tratamiento de exposición + sesiones cognitivas (a_4)
1	Terapia cognitiva	Terapia cognitiva	Control de estímulos Exposición en vivo con prevención de respuesta	Control de estímulos Exposición en vivo con prevención de respuesta
2	Terapia cognitiva	Terapia cognitiva	Exposición en vivo con prevención de respuesta	Exposición en vivo con prevención de respuesta
3	Terapia cognitiva Entrenamiento en solución de problemas	Terapia cognitiva Entrenamiento en solución de problemas	Actividades gratificantes alternativas	Actividades gratificantes alternativas
4	Terapia cognitiva Entrenamiento en solución de problemas	Terapia cognitiva Entrenamiento en solución de problemas	Entrenamiento en solución de problemas	Entrenamiento en solución de problemas
5	Entrenamiento en solución de problemas	Entrenamiento en solución de problemas	Entrenamiento en solución de problemas	Entrenamiento en solución de problemas
6	Repaso de técnicas	Repaso de técnicas	Entrenamiento en solución de problemas	Entrenamiento en solución de problemas
7	Prevención de recaídas	Prevención de recaídas	Prevención de recaídas	Prevención de recaídas
8	Prevención de recaídas	Prevención de recaídas	Prevención de recaídas	Prevención de recaídas
9		Exposición en vivo con prevención de respuesta		Terapia cognitiva
10		Exposición en vivo con prevención de respuesta		Terapia cognitiva
11		Exposición en vivo con prevención de respuesta		Terapia cognitiva
12		Exposición en vivo con prevención de respuesta		Terapia cognitiva

Cuadro 4.13. *Secuencia de las técnicas utilizadas en los programas de tratamiento*

La intervención se realizaba en formato individual y tenía una duración de 8 sesiones en el caso de las intervenciones que sólo incluían una de las técnicas principales (a_1 y a_3) y de 12 en aquellas que están conformadas por las dos técnicas fundamentales (a_2 y a_4).

El criterio de éxito es el establecido por Echeburúa *et al.* (1994, 1996), que lo define como la abstinencia o la ocurrencia de uno o dos episodios aislados de juego en

máquinas recreativas con premio, al año de abstinencia, siempre que el gasto total no sea superior al de una semana de juego en la fase pretratamiento. Por su parte, el criterio de fracaso incluye tanto la existencia de recaídas al año de seguimiento, que sería el fracaso propiamente dicho, como el abandono del tratamiento o la expulsión del mismo, debido en este último caso bien a la ocurrencia de faltas continuadas y/o a la no realización de las tareas de forma reiterada, o bien a la detección de engaños con el fin de ocultar el grado de implicación en el juego.

Los resultados más relevantes se comentan a continuación.

- *Tasa de éxito*

Los resultados oscilan entre el 15-55% de éxito al año de seguimiento. Los tratamientos cognitivo con y sin exposición son los que obtienen un porcentaje de éxito menor (15%), mejorados por el de exposición, que duplica esta cifra (30%), y alcanzando el 55% de éxito en el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas. Estas diferencias son estadísticamente significativas entre el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas y los dos tratamientos cognitivos.

Si se desglosan los resultados del fracaso, como queda reflejado en la [figura 4.2](#), se puede apreciar que el abandono del tratamiento es la condición que más se repite, incluso supera el porcentaje de recaídas. A nivel clínico hay que destacar también el porcentaje de pacientes que son expulsados del programa de tratamiento por incumplimiento de las pautas terapéuticas. En este sentido, el programa de exposición más sesiones cognitivas destaca por ser el único en el que no existe expulsión del tratamiento. Por lo demás, señalar la necesidad de prestar especial atención al seguimiento dada la gran variedad de situaciones que suponen fracaso del tratamiento durante este período.

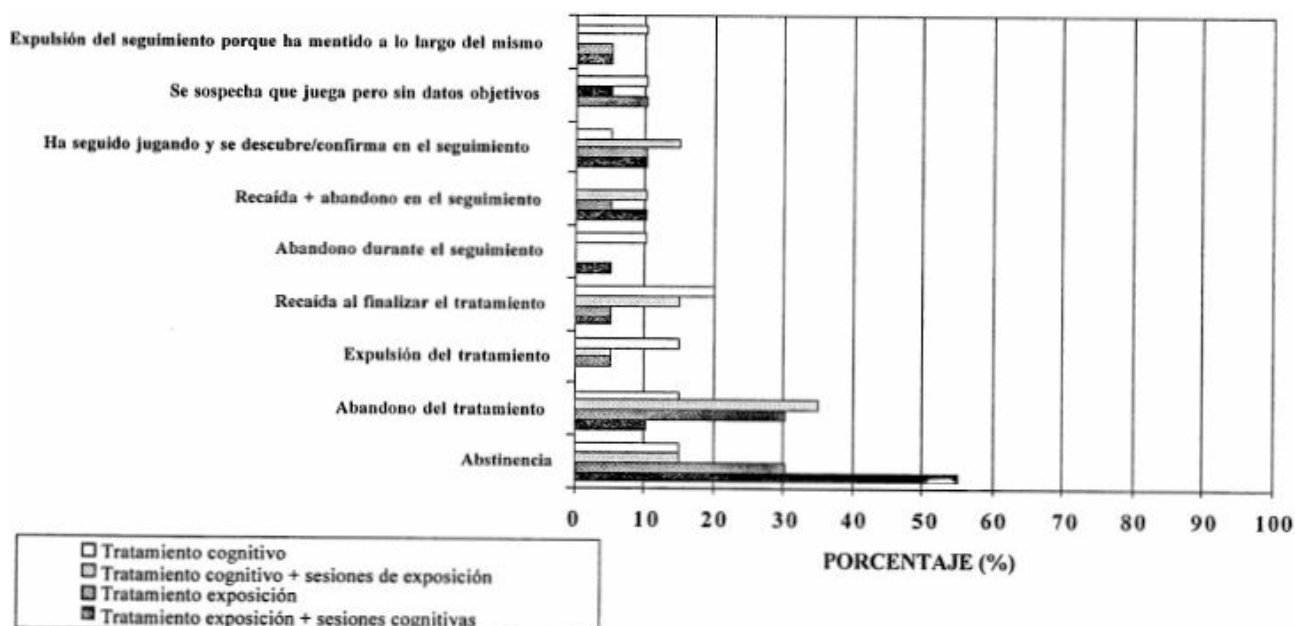


Figura 4.2. Resultados de los cuatro programas de intervención al año de seguimiento (desglosada la tasa de fracaso).

- *Evolución de las caídas y recaídas: estudio del riesgo de jugar*

A continuación se comenta la evolución de los sujetos a lo largo de los sucesivos seguimientos, el interés se centra en analizar la proporción de sujetos que se mantiene abstinentes o han sufrido caídas frente a aquellos que han experimentado recaídas en algún momento de este proceso.

Comenzando con el tratamiento cognitivo, cabe destacar que el porcentaje de recaídas a lo largo de los seguimientos va en aumento, desde un 14,3% en el primer mes hasta un 37,5% a los doce meses de seguimiento, localizándose el punto álgido a los seis meses de haber finalizado el tratamiento (44,4%). Esta evolución es similar a la que se produce en el tratamiento cognitivo con sesiones de exposición, en el que se pasa de un 9,1% de recaídas al mes de seguimiento a un 33,3% al año de seguimiento. La progresión experimentada en el tratamiento de exposición nada tiene que ver con las anteriores, pues en el primero y el tercer mes de seguimiento se produce el mismo porcentaje de recaídas (16,7%), que además es el más elevado, ya que en el sexto mes se reduce casi a la mitad (9,1%), en el noveno mes todos los sujetos que han llegado a este punto se mantienen abstinentes y finalmente al año de seguimiento el porcentaje de recaídas vuelve a ascender al 12,5%. El desarrollo que se produce en el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas también es fluctuante: se comienza con un 13,3% de recaídas al mes de seguimiento, cifra que asciende levemente en el sexto mes (14,3%), para reducirse en el noveno mes (7,1%) y acabar al año de haber concluido el

tratamiento con un 9,1% de recaídas; en este caso es en el tercer mes de seguimiento donde no se producen recaídas.

Aunque las caídas se incluyen en el éxito terapéutico, su análisis desglosado del estado de abstinencia pone de manifiesto cómo estos episodios aislados de juego dejan de producirse a medida que transcurre el tiempo, prácticamente desapareciendo a partir del noveno mes de seguimiento.

En definitiva, tanto la progresión de los sujetos a lo largo de los seguimientos como los porcentajes de abstinencia, caída y recaída son distintos, destacándose el tratamiento cognitivo como aquel en el que ocurren más recaídas en los sucesivos seguimientos, y el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas como aquel que consigue el porcentaje más pequeño de recaídas al año de seguimiento.

Hay que destacar que, aun cuando a pesar de la intervención se vuelve a establecer un patrón de juego regular, los parámetros de la conducta de juego son, por término medio, notoriamente inferiores a los obtenidos durante la línea-base en cualquiera de los grupos experimentales.

Un dato clínico importante es que el riesgo de jugar a lo largo del programa de intervención es mayor durante las cinco primeras sesiones, con independencia del tipo de intervención, aunque son los tratamientos cognitivos, con y sin sesiones de exposición, los que experimentan unas tasas de riesgo más elevadas. El tratamiento de exposición parece ser la excepción, ya que se sufre mayor riesgo de jugar, además de en la primera sesión, en la sexta y séptima sesiones, cuando en los demás tratamientos ha desaparecido el riesgo. El seguimiento es el momento del proceso de intervención en el que existe un mayor riesgo de jugar. Resulta destacable indicar que en los dos tratamientos cognitivos la tasa de riesgo se incrementa de tal manera a los nueve y doce meses de seguimiento, respectivamente, que no existe ningún sujeto a partir de tales períodos temporales que no haya jugado en alguna ocasión, bien sea en el tratamiento o en el seguimiento. Con un riesgo menor de jugar se sitúan los tratamientos de exposición; en concreto, en aquel que no dispone de sesiones cognitivas se sufre mayor riesgo de jugar, en primer lugar, al tercer mes, seguido por el año de seguimiento y, finalmente, en el primer mes de seguimiento. El tratamiento de exposición con sesiones cognitivas se configura como la intervención en la que hay menor riesgo de jugar a lo largo del seguimiento; de hecho, éste sólo existe en el tercer mes y, prácticamente, con la tasa más baja (véase la [figura 4.3](#)).

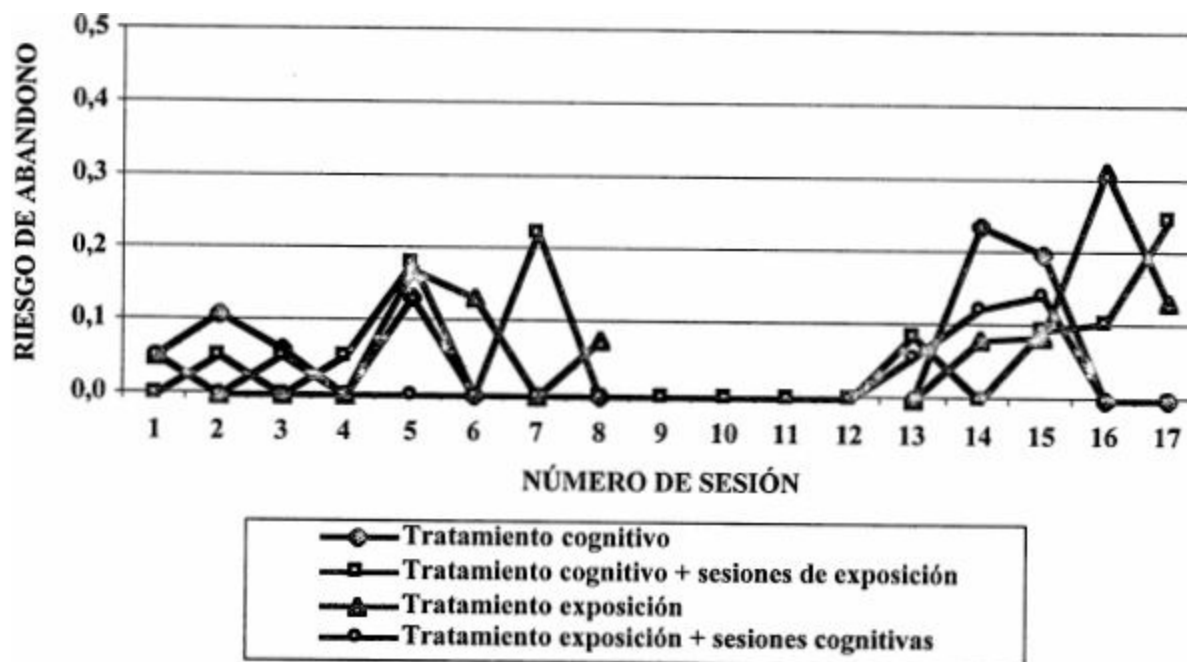


Figura 4.3. Riesgo de jugar a lo largo del tratamiento y seguimiento.

• *Adherencia al tratamiento: estudio de supervivencia*

En el [cuadro 4.14](#) quedan recogidos los porcentajes de abandono en los grupos experimentales; de estos datos se extrae que el tratamiento cognitivo con sesiones de exposición y el de exposición son las dos intervenciones que sufren un mayor porcentaje de abandono (65%), mientras que, por el contrario, el tratamiento de exposición con sesiones cognitivas se erige en el menos abandonado (35%).

Grupo experimental	Abandono			
	No		Sí	
	N	%	N	%
Tratamiento cognitivo	9	45	11 ^a	55
Tratamiento cognitivo + sesiones de exposición	7	35	13 ^b	65
Tratamiento exposición	7	35	13 ^c	65
Tratamiento exposición + sesiones cognitivas	13	65	7 ^d	35

^a 6 expulsiones (3 en el tratamiento y 3 en el seguimiento).

^b 3 expulsiones (3 en el seguimiento).

^c 3 expulsiones (3 en el seguimiento).

^d 2 expulsiones (2 en el seguimiento).

Cuadro 4.14. Porcentaje de abandono en los grupos experimentales

El análisis de supervivencia, que se muestra en la [figura 4.4](#), pone de manifiesto

aquellos momentos a lo largo del tratamiento (sesiones 1-12) y seguimiento (sesiones 13-17) en los que existe riesgo de abandono. Como puede observarse, tanto los períodos en los que se constata riesgo de abandono como la probabilidad de éste no coinciden en los distintos grupos experimentales. El tratamiento de exposición con sesiones cognitivas destaca por ser, no sólo el que tiene un menor número de abandonos, sino también el que experimenta un menor número de sesiones donde éstos se producen. En concreto, durante el tratamiento sólo hay dos momentos con riesgo de abandono, la primera y la tercera sesión, y a lo largo del seguimiento durante los seis primeros meses, en los que el riesgo va en aumento. Con respecto a las restantes intervenciones, cabe destacar la quinta sesión como un momento de máximo riesgo a lo largo del tratamiento en el que coinciden dichas intervenciones; asimismo, el período de seguimiento agrupa las tasas de riesgo más elevadas.

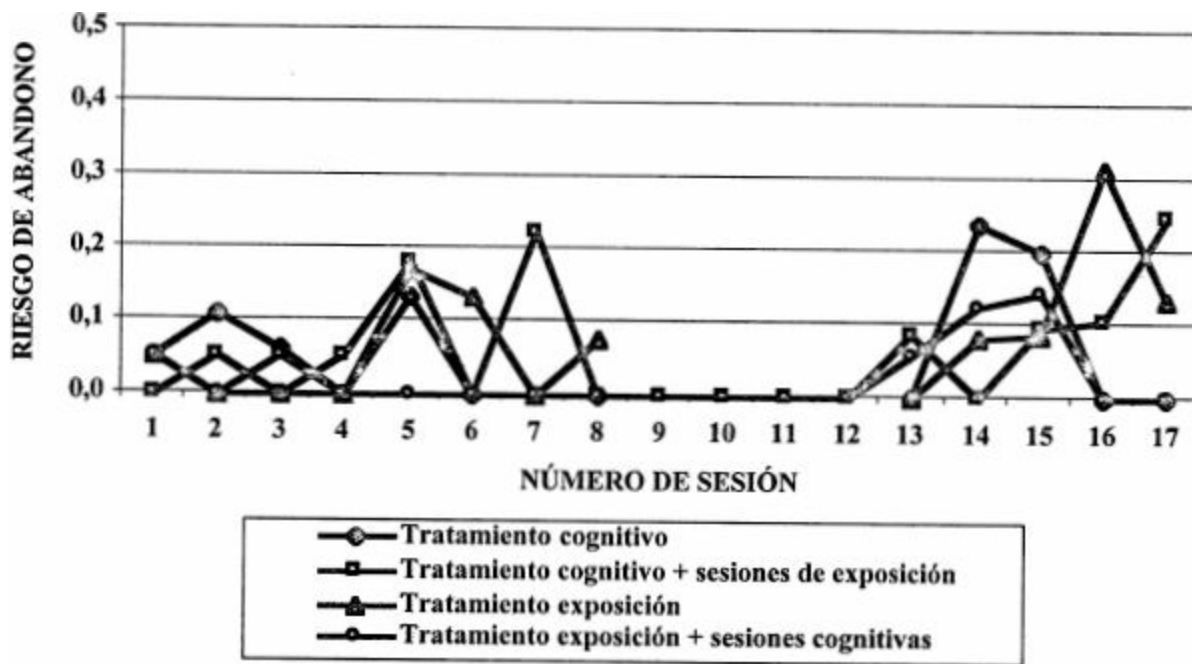


Figura 4.4. Riesgo de abandono a lo largo del tratamiento y seguimiento.

De estos resultados se desprenden, hasta el momento, las siguientes conclusiones:

1. *Necesidad de incluir el componente de exposición con prevención de respuesta en el tratamiento del juego patológico.* La elección de este componente como técnica principal en el tratamiento del juego patológico incrementa, con respecto a los tratamientos cognitivos:

- a) La tasa de éxito de la intervención al año de haber concluido ésta.
- b) El porcentaje de abstinencia en el seguimiento entre aquellos que se

mantienen en tratamiento, porcentaje que va incrementándose en los sucesivos seguimientos.

2. *Mayor eficacia del tratamiento cuando se introducen ambos componentes: exposición con prevención de respuesta y reestructuración cognitiva.* Si al componente de exposición se le añade la reestructuración de las distorsiones cognitivas referidas al azar la mejora con respecto al tratamiento exclusivo de exposición con prevención de respuesta se observa en:

- a) La tasa de éxito de la intervención al año de haber concluido ésta.
- b) El porcentaje de abandonos a lo largo del programa de tratamiento.

3. *Relevancia del orden en la aplicación de los componentes: 1.º exposición y 2.º reestructuración cognitiva.* La tasa de éxito del tratamiento de exposición con sesiones cognitivas es significativamente superior a aquel otro en el que se aplican los mismos componentes, pero en orden inverso.

Cuadro resumen

El objetivo terapéutico a conseguir es la abstinencia completa de jugar, aunque podría resultar útil en algunos casos el juego controlado o socialmente aceptable.

El juego patológico se ha concebido con frecuencia como una adicción más, pues presenta los cuatro componentes fundamentales de éstas (deseo, tolerancia, síndrome de abstinencia y pérdida de control), por eso su tratamiento guarda relación con el tratamiento de las adicciones.

Se pueden señalar cuatro fases en el desarrollo de los programas de intervención relacionados con el juego patológico:

- a) En los momentos iniciales se aplican tratamientos que han tenido éxito en otros problemas, como el alcoholismo o las obsesiones, que se suponen parecidos al juego patológico.
- b) En otros casos, se utiliza la estrategia de aplicar distintas técnicas de intervención para ver si dan resultado (terapias farmacológicas, aversivas, desensibilización sistemática, etc.).
- c) Progresivamente comienzan a desarrollarse tratamientos cada vez más complejos y largos para atender a los distintos factores implicados.
- d) Finalmente se pasa a desarrollar protocolos de intervención estándares, aunque

con una cierta flexibilidad para adaptarlos a cada caso concreto, y apoyados en los estudios de la eficacia de las intervenciones.

En consecuencia, se ha utilizado, a lo largo de los distintos momentos, un número elevado de técnicas, e incluso programas terapéuticos tanto en régimen ambulatorio como de internamiento.

En la actualidad, las técnicas que se han mostrado más eficaces han sido las de control de estímulos (referido tanto al dinero como a los lugares de juego), exposición (habitualmente a la situación o ambiente de juego) con prevención de respuesta y técnicas dirigidas a modificar los pensamientos irracionales de los jugadores con respecto a los juegos de azar; en especial la reestructuración cognitiva.

Otras técnicas que se han mostrado útiles, especialmente para el desarrollo de respuestas alternativas a la del juego, han sido las técnicas de solución de problemas, la de planificación de actividades agradables y, en algunos casos, el entrenamiento en habilidades sociales.

Se propone un programa de intervención, especialmente diseñado para jugadores cuyo problema de juego fundamental sean las máquinas recreativas con premio y cuyo objetivo es la abstinencia completa.

El programa, estructurado en ocho sesiones, incluye las siguientes técnicas: control de estímulos, exposición con prevención de respuesta, reestructuración de las distorsiones cognitivas referidas al azar y prevención de recaídas. Estas técnicas se pueden complementar, en función de las características de cada caso, con técnicas para el desarrollo de conductas gratificantes alternativas al juego y con entrenamiento en solución de problemas.

La evaluación de la eficacia de las intervenciones sobre el juego patológico pone de relieve: *a)* la mayor eficacia de los programas que incluyen técnicas de control estimular; exposición y reestructuración cognitiva, y *b)* la importancia del orden de aplicación de estas técnicas, a saber; primero control estimular más exposición para posteriormente introducir la reestructuración cognitiva.

Exposición de un caso clínico: programa de intervención

En primer lugar, hay que destacar la excelente adhesión al tratamiento de este paciente, que acude a consulta en cada una de las sesiones de intervención, incluyendo el año de seguimiento, sin que se produzcan faltas o avisando con antelación cualquier cambio en el horario de citas. Además el paciente participa activamente del tratamiento, opinando, sugiriendo e informando de la realización o no de las tareas prescritas para

casa. Estos datos confirman la elevada motivación para el cambio de este paciente y coinciden con el hecho de que acude solo a consulta y que, a excepción de su novia, el entorno desconoce que tenga un problema con el juego y, por tanto, que esté en tratamiento por este motivo.

Objetivos

A partir de la hipótesis explicativa del problema (véase la [figura 5.2](#)) se proponen los siguientes objetivos terapéuticos para alcanzar la abstinencia en máquinas recreativas con premio:

1. Eliminar la conducta de juego a corto plazo.
2. Instaurar conductas de ahorro.
3. Desarrollar expectativas de autoeficacia y estrategias alternativas en las situaciones relacionadas con el juego.
4. Prevenir recaídas:
 - Instaurar conductas alternativas e incompatibles con el juego.
 - Desarrollo de habilidades de solución de problemas.
 - Identificación de situaciones de alto riesgo: distorsiones cognitivas referidas al azar.
 - Conocimiento y afrontamiento del efecto de transgresión de la abstinencia.

En el [cuadro 4.15](#) se recogen los objetivos terapéuticos y las técnicas seleccionadas para su consecución.

<i>Objetivos terapéuticos</i>	<i>Técnicas de intervención</i>
Eliminar la conducta de juego a corto plazo	Control de estímulos
Instaurar conductas de ahorro	Control de estímulos
Desarrollar expectativas de autoeficacia y estrategias alternativas en las situaciones relacionadas con el juego	Exposición con prevención de respuesta
Prevenir recaídas: • Instaurar conductas alternativas e incompatibles con el juego • Desarrollar habilidades de soluciones de problemas • Identificación de situaciones de alto riesgo: distorsiones cognitivas referidas al azar • Conocimiento y afrontamiento del efecto de transgresión de la abstinencia	Desarrollo de conductas alternativas Entrenamiento en solución de problemas Reestructuración de las distorsiones cognitivas referidas al azar Psicoeducación y reestructuración cognitiva

Cuadro 4.15. Caso clínico: objetivos terapéuticos

Técnicas

A continuación se comentan las características que cada una de las técnicas utilizadas adquirieron en este caso clínico; en el [cuadro 4.16](#) queda recogido el esquema de las sesiones de tratamiento.

N.º de sesión Duración	Contenido	Tareas para casa
1 1h	• Explicación del problema (análisis funcional) • Control de estímulos • Estrategia de devolución de dinero • Explicación del procedimiento de exposición	• Auto-registro de la conducta de juego • Llevar a cabo el control de estímulos • Elaboración de la jerarquía de estímulos
2 1h	• Revisión de tareas • Procedimiento de exposición	• Auto-registro de la conducta de juego • Proseguir con el control de estímulos • Tareas de exposición
3 1h	• Revisión de tareas • Establecimiento de conductas/relaciones sociales alternativas	• Auto-registro de la conducta de juego • Proseguir con el control de estímulos • Tareas de exposición • Hacer listado de conductas/relaciones sociales alternativas
4 1h	• Revisión de tareas • Establecimiento de conductas/relaciones sociales alternativas • Entrenamiento en solución de problemas	• Auto-registro de la conducta de juego • Atenuar gradualmente el control de estímulos • Tareas de exposición • Practicar conductas alternativas prescritas por el terapeuta • Identificar y registrar situaciones problemáticas
5 1h	• Revisión de tareas • Entrenamiento en solución de problemas	• Auto-registro de la conducta de juego • Aumentar la atenuación del control de estímulos • Tareas de exposición • Practicar conductas alternativas • Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de un problema diario
6 1h	• Revisión de tareas • Entrenamiento en solución de problemas	• Auto-registro de la conducta de juego • Aumentar la atenuación del control de estímulos • Tareas de exposición • Practicar conductas alternativas • Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de problemas
7 1h	• Revisión de tareas • Prevención de recaídas • Entrenamiento en solución de problemas	• Auto-registro de la conducta de juego • Eliminar el control de estímulos • Tareas de exposición • Practicar conductas alternativas • Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de problemas
8 1h	• Revisión de tareas • Prevención de recaídas • Entrenamiento en solución de problemas	• Auto-registro de la conducta de juego • Tareas de exposición • Practicar conductas alternativas • Identificar y registrar situaciones problemáticas y solución de problemas
9 1h-1h 30'	• Revisión de tareas • Análisis de los hábitos de juego • Información sobre el juego • Explicación de la noción de irracionalidad	• Auto-registro de pensamientos
10 1h	• Revisión de tareas • Identificación de pensamientos irracionales	• Auto-registro de pensamientos
11 1h	• Revisión de tareas • Identificación de pensamientos irracionales • Comprensión de la noción de irracionalidad • Corrección cognitiva	• Auto-registro de pensamientos
12 1h	• Revisión de tareas • Corrección cognitiva	• Auto-registro de pensamientos

Cuadro 4.16. Caso clínico: esquema del tratamiento

Control de estímulos

Al no disponer de coterapeutas, las pautas de control de estímulos se establecieron

exclusivamente con el paciente, lo que unido a su profesión de taxista, que conlleva la necesidad de manejar dinero constantemente y acudir a establecimientos de hostelería, originó algunas limitaciones. En cualquier caso, el objetivo primordial del control de estímulos residía en la posibilidad de no disponer de una cantidad elevada de dinero en el taxi, para lo cual se estipuló que a primera y última hora de la mañana pasaría con el taxi por alguna sucursal de su banco para hacer el ingreso correspondiente, mientras que por las tardes se aprovecharía la pausa que tenía costumbre realizar para dejar en su casa parte de la recaudación que sería ingresada a la mañana siguiente. Con respecto a los bares se estableció que no podría entrar en aquellos frecuentados por otros taxistas conocidos y que le inducían a jugar y se le indicó que rastreara la zona más frecuentada por su trabajo para elegir aquellos establecimientos que no dispusieran de máquinas recreativas con premio o, si esto no era posible, que entrara en los locales en los que las máquinas no eran de su agrado. Por motivos de seguridad, cada vez que el paciente entraba en algún bar lo hacía con toda la recaudación (incluidas monedas); por esta razón, otra de las pautas de control de estímulos fue permitir que entrara con los billetes, siempre que no pagara con ellos la consumición, y dejar las monedas en el taxi a excepción de las justas para realizar el pago correspondiente. Esto a su vez contribuía a estar menos tiempo en el local. Por último, en situaciones de ocio se le permitió acudir a un bar donde se reunía con sus amigos (no jugadores), ya que el paciente percibía este momento como el más gratificante del día, con el imperativo de ponerse en una situación alejado de la máquina y de espaldas a la misma.

Teniendo en cuenta la media de ingresos que iba a realizar diariamente se le solicitó que estableciera un programa realista de devolución de deudas, que no eran producto del juego, pero que el gasto que éste había supuesto para el paciente había impedido que se saldaran.

Exposición con prevención de respuesta

En cuanto a la exposición con prevención de respuesta, hay que decir que en este caso su profesión fue de gran ayuda, ya que disponía de tiempo y oportunidades para realizar tales tareas más de una vez al día. La jerarquía utilizada con este paciente se muestra en el [cuadro 4.17](#).

Ítem	Description
1	• Estas en un bar cualquiera, en cuya máquina no has jugado, con el dinero justo para la consumición y 2 euros de más.

3	• Estas en un bar cualquiera, en cuya máquina no has jugado, con el dinero justo para la consumición y 6 euros de más.
4	• Estas en un bar cualquiera que tiene una máquina que no conoces (no has jugado nunca) y llevas 30 euros.
5	• Estas en un bar cualquiera que tiene una máquina que conoces (has jugado alguna vez), pero no es la del fútbol, y llevas 12-18 euros.
6	• Estas aburrido en casa y bajas con 25-30 euros a tomar algo a los bares de debajo de tu casa.
7	• Estas en un bar cerca del que sueles frecuentar, que también tiene la máquina de fútbol, estás solo y llevas 6 euros.
8	• Entrás en el bar que sueles frecuentar, con algo de dinero del taxi, entras a tomar algo, estás solo y te sientas lejos de la máquina.
9	• Entrás en el bar que sueles frecuentar, con aproximadamente 18 euros, entras a tomar algo, estás solo y te sientas cerca de la máquina.

Cuadro 4.17. *Caso clínico: jerarquía de estímulos utilizada*

Desarrollo de actividades gratificantes alternativas

Del listado de actividades alternativas al juego se seleccionaron en primer lugar las que debían realizarse el día de la semana que libraba, pues era uno de los momentos de la semana en el que el paciente se sentía más aburrido y acabada pasando una buena parte del día en el bar sin hacer nada, a la espera de que llegara algún conocido. Las actividades seleccionadas fueron aprender a cocinar nuevas recetas y hacer *puzzles* y/o maquetas, actividades que no implicaban un gasto elevado y para cuya realización era imprescindible encontrarse en su casa. Paulatinamente se fueron incluyendo actividades que debían realizarse varias veces a la semana, principalmente al finalizar el día como forma de refuerzo, y entre las que destacan apuntarse a natación para mejorar el estilo, una actividad que el sólo hecho de retomarla le producía una gran satisfacción al paciente. Finalmente, el paciente fue añadiendo actividades *más especiales*, como ir de pesca o hacer excursiones, ya que los incipientes ahorros le permitían realizarlas, lo que a su vez suponía un refuerzo de la conducta de ingresar dinero todos los días.

Entrenamiento en solución de problemas

El entrenamiento en solución de problemas se encaminó a la resolución de ciertas situaciones cotidianas relacionadas con la actitud de otros taxistas durante la

conducción para conseguir clientela y con las constantes riñas con su novia por motivos que el propio paciente achacaba a «no parecerse en nada uno al otro»; ambas situaciones le provocaban un malestar intenso («prontos») que solía solucionar aparcando el coche y entrando en un bar cualquiera o saliendo de casa a tomar algo con los amigos.

Prevención de recaídas

Dado que en este caso las situaciones de riesgo eran muy específicas y para la mayoría de ellas ya se habían implementado estrategias de afrontamiento a través del control de estímulos, la prevención de recaídas se centró en el desarrollo de habilidades de oposición asertiva para las situaciones esporádicas en las que volviera a frecuentar bares de taxistas y en la identificación y modificación de las distorsiones cognitivas referidas al azar, pues era frecuente que los camareros u otros taxistas comentaran en alto «cómo estaba la máquina», lo que suponía un estímulo discriminativo para la emisión de la conducta de juego.

Resultados

Los resultados fueron los siguientes:

- *Respuesta motora*

- *Parámetros de la conducta de juego.* Con respecto a la conducta de juego en máquinas recreativas con premio evaluada con el Cuestionario de variables dependientes del juego (Echeburúa y Báez, 1991), el paciente afirma jugar una media de cinco veces a la semana con un gasto aproximado de 150 euros, lo que supone una media de 6-7 horas semanales en la fase de evaluación pretratamiento. No obstante, los datos recogidos a través del autoregistro (véase la [figura 4.5](#)) muestran cómo el paciente incrementa la emisión de la conducta de juego durante el registro de la línea-base hasta una frecuencia de veintiséis veces en un período de dos semanas (lo que supone más del doble de lo que jugaba habitualmente). El paciente justifica este incremento en el hecho de que «se está despidiendo del juego». Una vez iniciado el tratamiento, el paciente deja de jugar por completo a las máquinas recreativas con premio, produciéndose un único episodio de juego durante la segunda semana de tratamiento como consecuencia del incumplimiento de las normas de control de estímulos, cuyo gasto asciende a 10 euros. Durante el seguimiento se

produce una caída (un episodio de juego con un importe de 4 euros) al tercer mes de haber concluido el tratamiento.

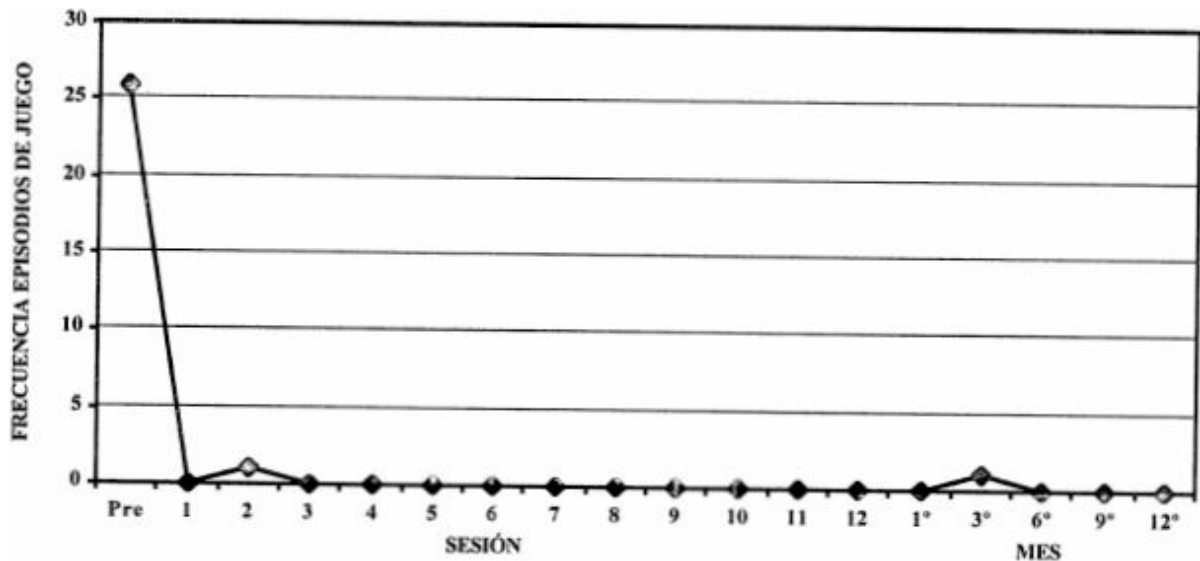


Figura 4.5. Caso clínico: datos del auto-registro.

Dado que el paciente también juega, aunque esporádicamente, a la Lotería Primitiva y al cupón de la ONCE, resulta pertinente analizar su evolución, y en este sentido cabe destacar: *a)* en primer lugar, que no hay un incremento del número de juegos a lo largo del tiempo, pues se limita a jugar a la Lotería Primitiva y al cupón de la ONCE, exceptuando en la época de Navidad, que compra 5 décimos de la Lotería Nacional; *b)* en segundo lugar, coincidiendo con el tercer mes de seguimiento el paciente deja de comprar cupones de la ONCE y se limita a jugar a la Lotería Primitiva, aunque su frecuencia sufre un ligero incremento, ya que pasa de jugar 2-3 veces al mes en la fase de evaluación pretratamiento a 1-2 veces a la semana; y *c)* por último, otro dato destacable es que al año de haber finalizado el tratamiento el paciente no juega a ningún juego.

- *Conductas motoras durante el juego* (en situación de juego en laboratorio). En el epígrafe de las consideraciones prácticas se ha indicado que uno de los aspectos que refleja la consecución de los objetivos terapéuticos, y que supone un buen pronóstico, es la aparición de cambios en la forma de jugar del paciente una vez finalizado el tratamiento. En este caso, los cambios más destacables con respecto a la evaluación pretratamiento son los siguientes:

- a)* No vuelve a invertir el dinero ganado.
- b)* Desatiende a los diferentes juegos u ocasiones de parar o modificar jugadas

que la máquina le proporciona.

c) No se acerca a mirar los rodillos.

d) Pulsa los botones con menos fuerza que durante la evaluación pretratamiento.

- *Respuesta cognitiva (distorsiones cognitivas referidas al azar)*

A continuación se analiza el cambio producido en las distorsiones cognitivas referidas al azar tras el tratamiento.

Los resultados obtenidos al evaluar esta conducta con el Inventario de pensamientos (Fernández-Alba, 1996) indican que en la evaluación postratamiento se produce una reducción en los tres factores que mide este instrumento (véase la [figura 4.6](#)). En concreto, la puntuación en los ítems que reflejan ilusión de control se reduce drásticamente en la evaluación postratamiento hasta alcanzar el mínimo valor posible («10», que se traduce en que cada una de las frases propuestas no las piensa nunca) que se mantiene en todos los seguimientos. Los ítems que reflejan alguna manifestación del heurístico de la representatividad, fundamentalmente la creencia de dependencia entre eventos que son independientes, y el sesgo de la correlación ilusoria, exhibiendo supersticiones, obtienen también una puntuación menor en la evaluación postratamiento y en los sucesivos seguimientos, aunque en este caso no llega a alcanzar la puntuación mínima (siendo el error que se mantiene en el tiempo la idea de que no dejaría jugar a otros en su máquina hasta que no hubiera acabado..., por si acaso está a punto después de haber invertido su dinero). Por último, los ítems que reflejan algún tipo de predicción en los resultados sufren una reducción gradual hasta el tercer mes de seguimiento, momento en el que alcanza la puntuación mínima («9», que se traduce en que cada una de las frases propuestas no las piensa nunca), aunque en los restantes seguimientos se incrementa ligeramente debido a que reaparece la idea de que existe una máquina donde las posibilidades de ganar son mayores y cierta incertidumbre sobre si el azar es el factor que determina los resultados. Esta evolución pone de manifiesto la dificultad de corregir ciertos sesgos cognitivos y el escaso mantenimiento de los mismos.

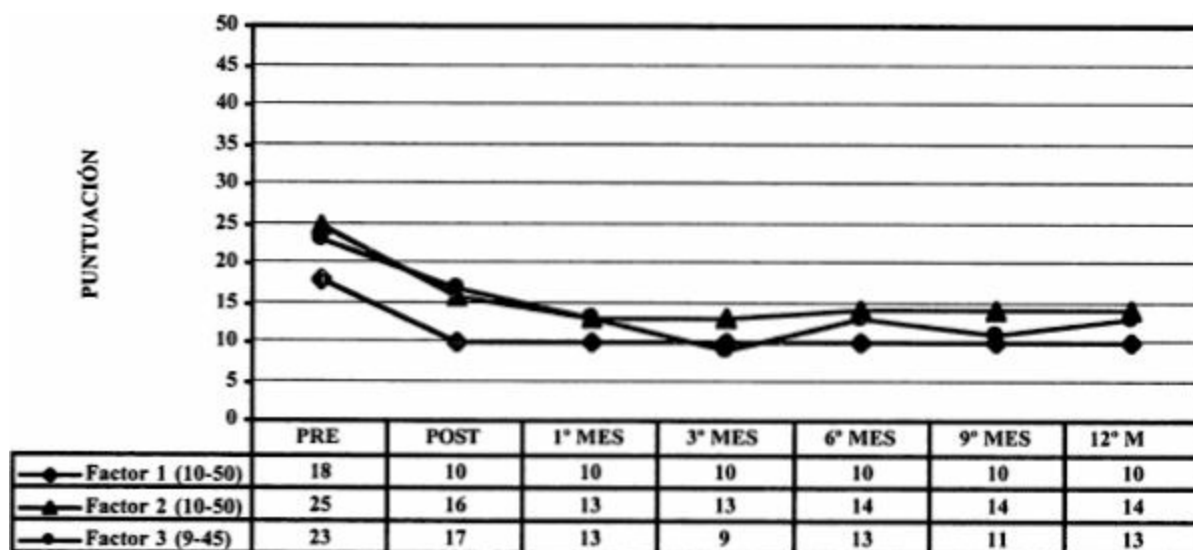


Figura 4.6. Caso clínico: datos del inventario de pensamiento (Fernández-Alba, 1996).

Las escalas tipo Likert empleadas para evaluar el grado en que el paciente considera que existe independencia entre las partidas ponen de manifiesto que el error que se producía en la evaluación pretratamiento, al considerar que las posibilidades de ganar en una segunda ocasión se incrementaban en un 10% al no haber salido un premio importante previamente, no aparece durante la evaluación postratamiento. Sin embargo, el paciente sigue estimando sus probabilidades de ganar en un 50%, lo que significa que en la mitad de las ocasiones en las que juega debería ganar dinero, una cifra que parece excesiva. Al finalizar el tratamiento, el paciente sigue atribuyendo el 100% de los resultados al azar, entendiendo que azar y suerte son sinónimos, equivalencia que probablemente está contribuyendo a que, como ya se ha comentado, en algunas ocasiones conteste de forma dubitativa cuando se le pregunta a través del Inventario de pensamientos si es el azar el que determina los resultados del juego.

Por otra parte, en la [figura 4.7](#) puede observarse el cambio en las verbalizaciones emitidas durante una situación de juego en el laboratorio. Las frases irracionales se reducen en un 15-20% en la evaluación postratamiento, produciéndose además una evolución distinta a lo largo de las tres sesiones, mientras que en la evaluación realizada en el pretratamiento el paciente va emitiendo un porcentaje cada vez mayor de frases irracionales en las sucesivas sesiones, consecuencia de una mayor implicación en el juego; ocurre lo contrario en la evaluación postratamiento, donde los porcentajes van reduciéndose, de manera que la cifra menor se da en la última sesión de juego postratamiento. Este decremento en el porcentaje de irracionalidad no se ve correspondido por un aumento equivalente en el porcentaje de frases racionales, ya que éstas no experimentan prácticamente ningún cambio entre la

evaluación pre y postratamiento, lo mismo que ocurre con las frases emocionales. Por tanto, son las frases descriptivas y el grupo de otros tipos de verbalizaciones que nada tienen que ver con el juego las que sufren un incremento en la evaluación postratamiento. Al contrastar estos resultados con las respuestas motoras durante el juego parece que existe cierta concordancia, ya que el paciente también deja de emitir conductas que reflejan ciertas distorsiones cognitivas, fundamentalmente ilusión de control (al parar los botones, acercarse a mirar los rodillos...) y dependencia entre eventos independientes (invertir el dinero de los premios...).

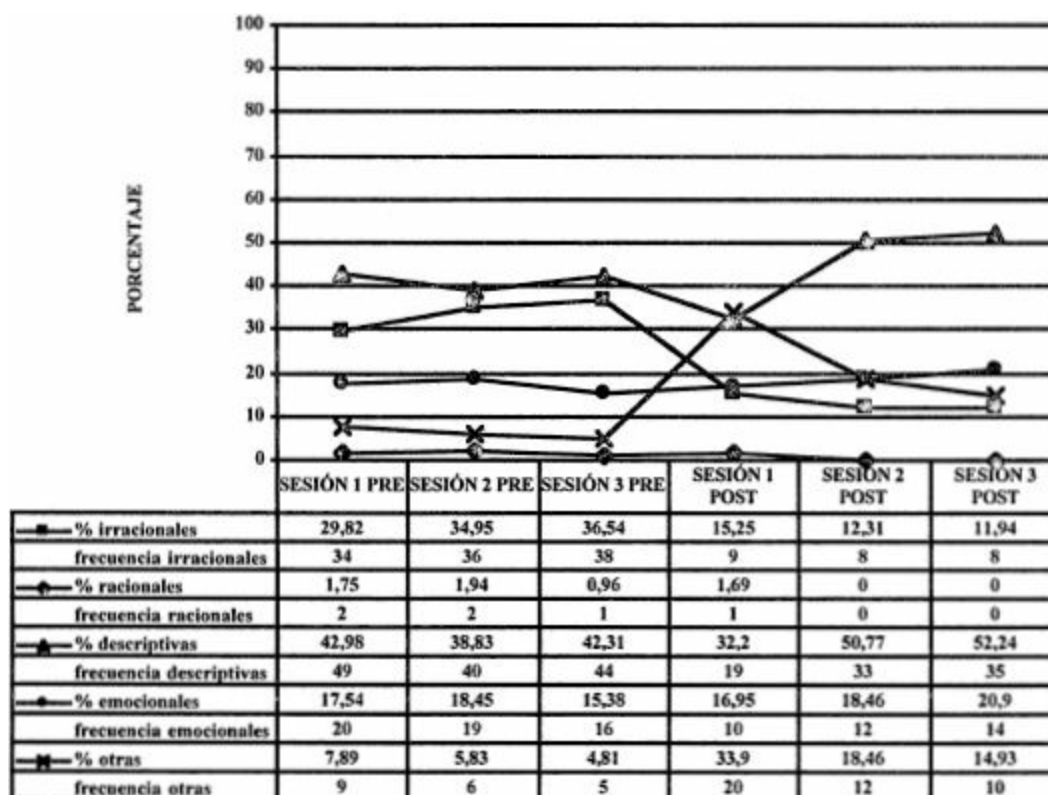


Figura 4.7. Caso clínico: datos de las verbalizaciones emitidas en situación de juego en el laboratorio.

- *Respuesta psicofisiológica*

Al analizar el cambio entre el periodo de juego y la línea-base en las dos respuestas fisiológicas evaluadas (véase la [figura 4.8](#)) cabe destacar que:

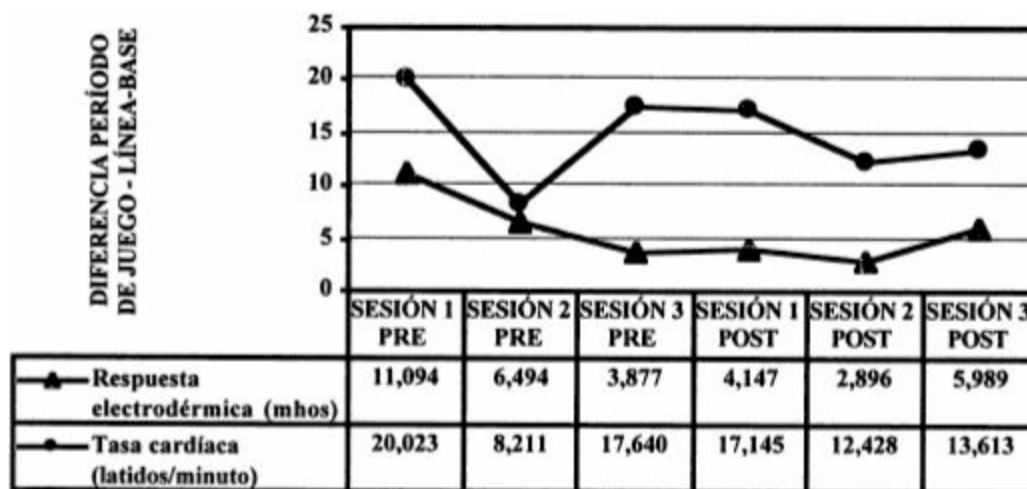


Figura 4.8. Caso clínico: datos de la evaluación psicofisiológica.

- a) Sigue existiendo una mayor activación durante el periodo de juego que en la línea-base, aunque hay que indicar que ese incremento podría estar reflejando simplemente el cambio de actividad (de reposo a una situación de juego que implica movimiento).
- b) Se produce una reducción de ambas respuestas en la segunda sesión consecutiva tanto en la fase de evaluación pre como postratamiento, lo que probablemente refleje cierta habituación a los estímulos.
- c) El aumento en la tasa cardíaca experimenta el mismo tipo de evolución a lo largo de las sesiones pre y postratamiento, aunque el incremento y las oscilaciones entre las dos sesiones consecutivas son más moderados durante la evaluación postratamiento.
- d) En la respuesta electrodérmica se produce una ligera reducción y una evolución inversa a lo largo de las tres sesiones de la evaluación postratamiento con respecto a la realizada en el pretratamiento.

- *Índices clínicos*

En la [figura 4.9](#) se recogen las puntuaciones obtenidas por el paciente en el BDI y en STAI-E, de las que se pueden destacar dos aspectos: en primer lugar, que el paciente tiene unas puntuaciones en el BDI que reflejan ausencia de depresión y que le sitúan por debajo del percentil 50 en el caso del STAI-E; y en segundo lugar, el ligero incremento que se produce a partir del tercer mes de seguimiento en la puntuación de ambos cuestionarios. No obstante, ese incremento no correlaciona con la conducta de juego.

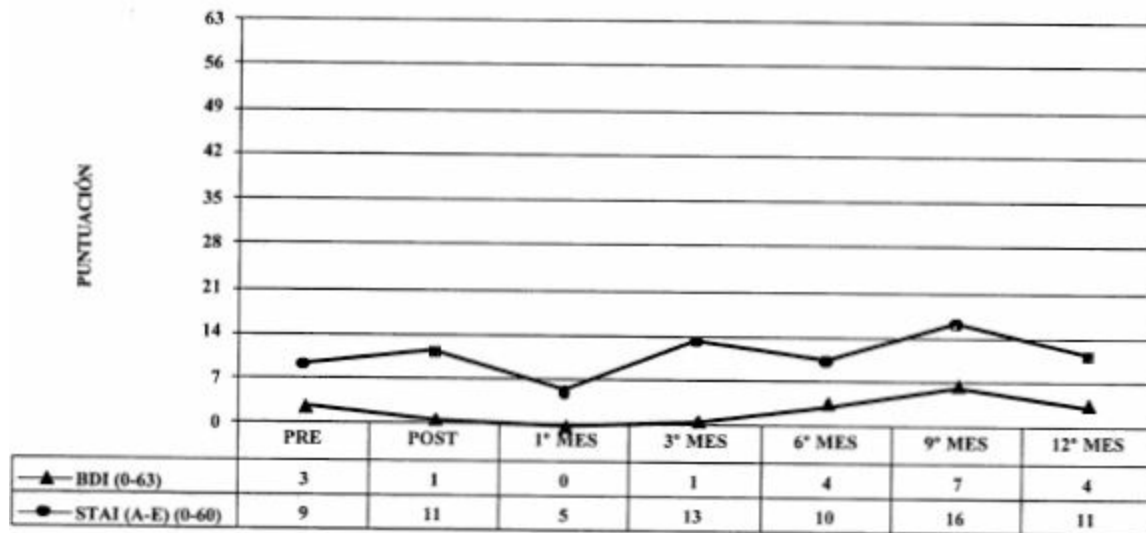


Figura 4.9. Caso clínico: datos de los cuestionarios BDI y STAI.

A nivel clínico parece más relevante la información que aporta la Escala de adaptación (Echeburúa y Corral, 1987), pues refleja los efectos de jugar en determinadas áreas de la vida del paciente (véase la [figura 4.10](#)). De manera que en el postratamiento, esto es, una vez que el paciente ha dejado de jugar, son únicamente las áreas relacionadas con el trabajo y la familia las que siguen estando afectadas por su problema de juego, debido a las deudas que tiene contraídas con la familia y que en ese momento todavía no se habían podido saldar, lo que repercute en la necesidad de incrementar los ingresos a través de un trabajo cuyas características no permiten establecer un sueldo fijo, pudiendo ser éste muy variable. Por otra parte, los ámbitos de la pareja y el tiempo libre, que son las otras áreas afectadas por el juego, experimentan una evolución muy positiva desde el postratamiento y que se mantiene en los sucesivos seguimientos.

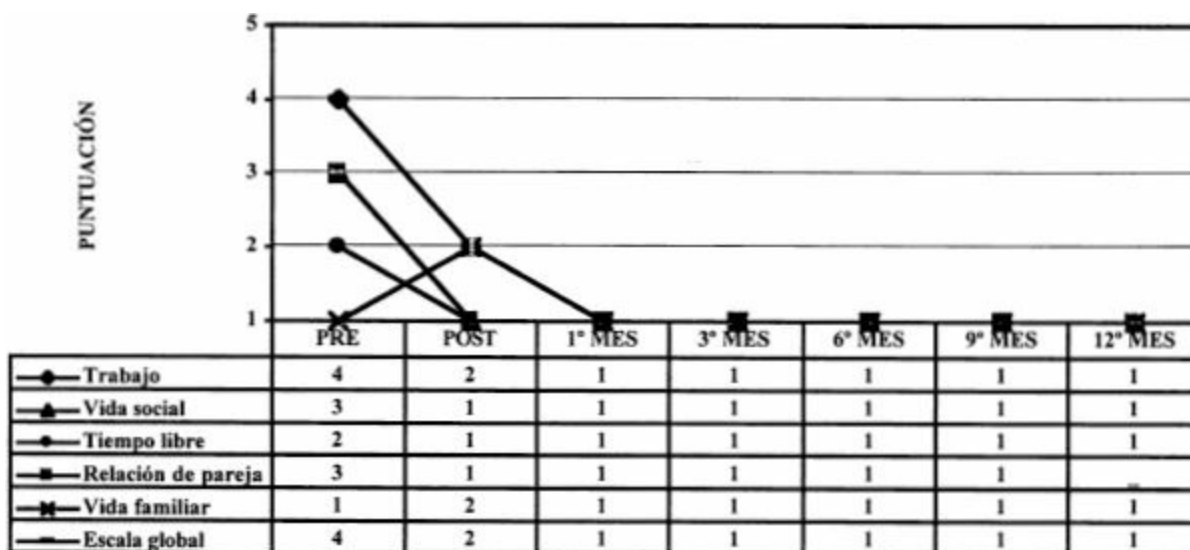


Figura 4.10. Caso clínico: datos de la Escala de adaptación (Echeburúa y Corral, 1987).

En conclusión, puede afirmarse que en este caso clínico se ha alcanzado el objetivo terapéutico de la abstinencia a las máquinas recreativas con premio, lo que a su vez ha contribuido a eliminar al año de seguimiento otros hábitos de juego esporádicos, como la Lotería Primitiva y el cupón de la ONCE. Este cambio en los parámetros de la conducta problema se ve acompañado del desarrollo de conductas más adaptativas de manejo/ahorro de dinero por parte del paciente y del incremento de actividades de ocio alternativas al juego, así como la aparición de modificaciones en la conducta motora de juego y reducción de pensamientos irracionales referidos al azar, que en ambos casos reflejan y contribuyen al desinterés del paciente por los juegos de azar. Las consecuencias beneficiosas de tales cambios quedan reflejados en las diferentes áreas de la vida del paciente, como muestra la Escala de adaptación (Echeburúa y Corral, 1987).

Preguntas de autoevaluación

1. De acuerdo con los conocimientos actuales, un programa de tratamiento adecuado para el juego patológico, en especial para los jugadores de máquinas recreativas con premio, debe incluir al menos los siguientes componentes:
 - a) Naltrexona, reestructuración cognitiva, relajación y prevención de recaídas. ☐
 - b) Control de estímulos, relajación y desensibilización sistemática y prevención de recaídas. ☐
 - c) Reestructuración cognitiva, exposición, Naltrexona y prevención de recaídas. ☐
 - d) Exposición, desensibilización sistemática, control de estímulos y prevención de

- recaídas. ☐
- e) Control de estímulos, exposición, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas. ☐
2. Cuál de las siguientes condiciones nos deberían alertar acerca de la posibilidad de que exista algún problema en el desarrollo del programa de tratamiento de un jugador patológico:
- a) El paciente ha cambiado mucho su forma de jugar, ahora mete las monedas de una en una y no toca los botones cuando la máquina le señala la oportunidad de hacerlo. ☐
 - b) El paciente nos entrega los autorregistros de exposición y en algunos casos la ansiedad no ha bajado a 0, sino que se reduce a 10 o 15 (en una escala de 1-100) ☐
 - c) El paciente en las primeras fases del tratamiento no apunta nada en el autorregistro, pues señala que no se acuerda nunca del juego. ☐
 - d) Si de las nueve ocasiones para realizar la exposición durante la semana, el paciente sólo lleva a cabo ocho. ☐
 - e) Si al comienzo del tratamiento, el paciente discute las opiniones del terapeuta acerca de la posibilidad de controlar los resultados del juego. ☐
3. Uno de los aspectos más importantes de los programas de intervención sobre el juego patológico es la inclusión de técnicas de prevención de recaídas. Cuál de las siguientes estrategias parece ser MENOS útil a la hora de desarrollar esta parte:
- a) Enseñarle al jugador a distinguir entre caída y recaída. ☐
 - b) Mantener la técnica de control de estímulos, en especial en lo referente al dinero ☐
 - c) Entrenar al jugador en técnicas de solución de problemas. ☐
 - d) Preparar una caída a fin de que el jugador aprenda a hacer frente a esta situación ☐
 - e) Entrenarle en detectar y hacer frente a situaciones de alto riesgo. ☐
4. A la hora de llevar a cabo la técnica de exposición con prevención de respuesta en el tratamiento del juego patológico hay que tener en cuenta que:
- a) Es necesario que en los primeros momentos la exposición se lleve a cabo en compañía de un coterapeuta para que no haya problemas. ☐
 - b) Es mejor comenzar haciendo una exposición en imaginación y después pasar a una exposición in vivo. ☐
 - c) La exposición debe ser larga, llevándose a cabo al menos durante una hora. ☐

- d)* Es necesario disponer de una técnica para reducir la ansiedad (como la relajación) antes de proceder a la exposición. ☐
- e)* La exposición debe mantenerse hasta que la ansiedad informada por el sujeto quede por debajo de 15-20 (en una escala de 0-100). ☐

5.Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto al tratamiento de las personas con problemas de juego patológico es correcta:

- a)* El objetivo fundamental del tratamiento es conseguir que la persona modifique su percepción del control sobre el resultado del juego (“ilusión de control”). ☐
 - b)* Los tratamientos más adecuados son los programas multicomponentes en régimen de internamiento. ☐
 - c)* La exposición sólo es útil una vez que el sujeto haya cambiado sus pensamientos irracionales con respecto a la posibilidad de controlar el resultado de los juegos de azar. ☐
 - d)* En los momentos iniciales es adecuado complementar el tratamiento psicológico con el farmacológico, en especial utilizando Naltrexona. ☐
 - e)* La eficacia de la reestructuración cognitiva es mayor cuando se aplica tras haber llevado a cabo la exposición. ☐
-



Tratamiento II: guía para el paciente

En las páginas siguientes el lector encontrará la información necesaria para determinar si tiene un problema con el juego y, en tal caso, cómo ponerle solución.

5.1. ¿Le gusta jugar?

Los juegos de apuestas tienen una larga tradición en nuestra cultura y una amplia difusión en la actualidad. ¿Quién no ha jugado en alguna ocasión a la Lotería Nacional (¡en Navidad!), al cupón de la ONCE, las cartas, el bingo, las quinielas, las máquinas tragaperras o la Lotería Primitiva (¡cuando hay un bote millonario!)?

Aunque hay fervientes detractores de los juegos de apuesta, en concreto de determinados juegos de azar como son las máquinas tragaperras, lo cierto es que en nuestra cultura constituyen una actividad más de ocio, en la que el jugador invierte un dinero a cambio de un tiempo de juego. Entonces, ¿el juego no es nocivo para la salud? Ante esta pregunta cabe responder que de la misma manera que para la mayoría de las personas que beben alcohol, el tomarlo con moderación y en el momento y lugar oportunos puede ser parte de un modo de vida sano; una persona puede invertir dinero y tiempo en el juego sin que éste le cause problemas. No obstante, esta afirmación no pretende negar la evidencia que refleja cómo para un porcentaje importante de personas que juegan, esta actividad les acaba acarreando problemas, graves problemas.

5.2. ¿Tengo un problema con el juego?

Quizá se esté planteando si forma parte de ese porcentaje de jugadores que tiene problemas con el juego. Por ello, es necesario establecer la diferencia entre un jugador social, aquel cuyo juego no le causa problemas, de un jugador problema, patológico o, también denominado, ludópata (véase el [cuadro 5.1](#)). Las diferencias fundamentales se localizan en tres aspectos:

1. *La función del juego.* Las personas que no tienen problemas con el juego buscan en esta actividad una forma de entretenimiento, realizada por lo general acompañados de otras personas (*el juego como una actividad de ocio*) mientras que aquellos que tienen problemas con el juego realizan esta actividad con el objetivo de ganar dinero y/o como forma de evadirse de los problemas, siendo un juego fundamentalmente solitario (*el juego como una forma de ganar dinero*).
2. *El tiempo/dinero invertido en el juego.* Las personas que no tienen problemas de juego realizan esta actividad en momentos que no interfieren con otras actividades prioritarias, como el trabajo, la familia u otras actividades de ocio de mayor interés; por el contrario, los jugadores con problemas van a anteponer el juego no sólo a otras actividades sino también a ciertas obligaciones laborales, familiares o sociales. En cuanto al dinero gastado en el juego, los jugadores sociales no suelen invertir una cantidad que exceda sus posibilidades económicas e, incluso, pueden establecer de antemano una cifra a gastar. En este sentido, es posible que los jugadores patológicos también establezcan una cantidad concreta de dinero que quieren jugar, pero ésta suele incrementarse. Si pierden invertirán más dinero con el objetivo de *recuperar las pérdidas* y si ganan volverán a jugarse parte o la totalidad del dinero para *aprovechar su racha de suerte*, lo que inevitablemente les acarreará pérdidas y provocará problemas económicos de diversa índole, agotamiento de recursos, préstamos legales e ilegales, deudas incluso, la comisión de actos delictivos para conseguir dinero.
3. *Los engaños.* Como consecuencia del tiempo y el dinero dedicados al juego, el jugador con problemas se verá obligado a utilizar la mentira como medio para ocultar su implicación en el juego, lo que contribuirá a incrementar las consecuencias negativas de un juego excesivo.

Juego	Jugador social	Jugador patológico
Tiempo invertido	Juega esporádicamente, generalmente en compañía de otras personas, el juego constituye una actividad de ocio.	Una parte destacada del tiempo lo dedica a jugar, a pensar en el juego o conseguir dinero con el que jugar.
Dinero invertido	Se invierte una cantidad de dinero establecida de antemano, que no excede el presupuesto disponible.	Se invierten cantidades de dinero superiores a las planeadas, que exceden el presupuesto disponible.
Auto-control	No tiene dificultades para dejar de jugar.	Aunque lo intente, no consigue dejar de jugar o le provoca inquietud o irritabilidad.
Función	Jugar es un entretenimiento.	El juego se utiliza como estrategia para ganar dinero y/o evadirse de los problemas.
Pérdidas	Se paga por una actividad de ocio, las pérdidas se asumen.	Se intenta recuperar el dinero perdido en el juego.
Engaños	No se engaña sobre la conducta de juego.	Se producen engaños sobre la implicación en el juego.
Préstamo de dinero comisión de actos ilegales	Se invierte una cantidad de dinero que no lesiona la economía, por lo que no se precisa pedir dinero prestado.	Se pide dinero prestado o, incluso, se comenten actos ilegales para financiarse el juego o aliviar la situación financiera causada por el juego.
Problemas laborales, familiares, sociales	El juego es una actividad que se realiza en momentos de ocio junto a personas del entorno.	El juego interfiere con el trabajo, los estudios, la familia, las relaciones interpersonales y las actividades de ocio.

Cuadro 5.1. Diferencias entre jugador social y jugador patológico

Es posible que usted piense que no tiene problemas con el juego, sólo ciertas dificultades económicas como consecuencia de una mala racha en el juego.

Recuerde:

- Si usted juega...
 - ✓ Por ganar o recuperar dinero o para evadirse de problemas.
 - ✓ Habitualmente solo o con otros jugadores regulares.
 - ✓ Invirtiendo más dinero del que su economía se puede permitir o gastando en el juego un dinero que tenía otro destino.
- ... es muy probable que tenga un problema con el juego.
- Es importante entender que las consecuencias de un juego excesivo pueden ser de diferentes tipos:
 - ✓ *Personales.* Nota que una de sus máximas preocupaciones es el juego, cómo conseguir dinero para jugar, en qué momentos va a poder ir a jugar, piensa en las jugadas previas, planifica las siguientes. O quizá ya está preocupado porque piensa que juega demasiado y ha intentado dejar de jugar pero no lo consigue.
 - ✓ *Económicas.* Puede que esté gastando en el juego más de lo que usted o su familia se pueden permitir. Puede que haya pedido dinero prestado en alguna

ocasión para poder jugar o que haya llevado a cabo alguna conducta ilegal con objeto de conseguir dinero. Incluso, puede que haya contraído alguna deuda como consecuencia del juego.

- ✓ *Laborales.* Es posible que su trabajo (o los estudios) se hayan visto afectados por el juego, ya que no rinde igual que antes, pues no es capaz de concentrarse o pasa ciertas horas del trabajo jugando. Quizás ha pedido anticipos o ha utilizado dinero del trabajo para financiarse el juego.
- ✓ *Familiares.* El tiempo y el dinero que invierte en el juego, y los engaños derivados del juego, han podido repercutir en su vida familiar.
- ✓ *Sociales.* Es posible que toda su vida social se centre en los locales de juego, excluyendo todas las otras actividades que solía hacer, porque además ya no dispone de dinero para realizarlas.
- ✓ *Legales.* Puede que tenga problemas con la ley por llevar a cabo alguna conducta delictiva como medio para financiarse el juego.

Si reconoce que alguna de estas consecuencias negativas se le puede aplicar, entonces usted tiene un problema con el juego.

Quizá sigue teniendo dudas acerca de la posible existencia de un problema de juego. Conteste el cuestionario que encontrará en el [Anexo C](#), utilizando las pautas de corrección que aparecen al final del mismo, y si tiene una puntuación igual o superior a cuatro debería plantearse que tiene un problema con el juego.

Si ha llegado a la conclusión de que tiene un problema con el juego, quizá se esté planteando que debe dejar de jugar. Si es así, escriba en el [cuadro 5.2](#) los motivos que tiene para dejar de jugar.

Voy a dejar de jugar porque...
Primera razón:
Segunda razón:
Tercera razón:
Cuarta razón:
Quinta razón:
Sexta razón:

Cuadro 5.2. Motivos para dejar de jugar

5.3. ¿Por qué tengo un problema con el juego?

Para entender por qué tiene usted un problema con el juego es imprescindible que rellene, al menos durante dos semanas, el registro de juego que aparece en el [Anexo F](#). Cada vez que juegue debe apuntar (tiene un ejemplo en el [cuadro 5.3](#)):

- ✓ El día y la hora a la que ha jugado.
- ✓ El local en el que se encontraba.
- ✓ Si estaba acompañado, de quién.
- ✓ Qué estaba pensando antes de comenzar a jugar.
- ✓ Las ganas que tenía de jugar.
- ✓ El tipo de juego.
- ✓ El tiempo que ha estado jugando.
- ✓ El dinero que se ha gastado (¡importante!: no descuenta los posibles premios que haya ganado).
- ✓ Qué ha ocurrido después:
 - Si ha ganado: cuánto, qué hizo con el dinero, qué pensó, ha seguido jugando para ganar más, qué sintió...
 - Si ha perdido: cuánto, qué hizo para recuperar el dinero, se lo ha contado a alguien o ha intentado encubrir la pérdida, qué pensó, qué sintió...

Fecha Hora	Lugar	Compañía	Pensamientos	Deseo de jugar (0-10)	Tipo de juego	Tiempo empleado	Dinero gastado	Consecuencias
4/6 8:45	Bar cerca del trabajo	Solo	Tengo las vueltas del café y pienso que por unas monedas no pasa nada.	8	"Máquina de la escalera"	40'	48 euros	Llego tarde al trabajo si hubiera tenido más tiempo hubiera sacado el especial.
4/6 14:00	Bar cerca del trabajo	Solo	Los camareros me dicen que durante la mañana no ha salido el premio, por tanto tiene que estar a punto.	9	"Máquina de la escalera"	30'	36 euros	No sale el premio, está a punto, necesito más dinero, voy al cajero y saco 60 euros. Me vuelvo a enfadar con mi mujer por llegar tarde a comer.

Cuadro 5.3. Ejemplo de registro cuando se juega

Pero en ocasiones es posible que usted tenga ganas de jugar, pero por diferentes circunstancias no llega a hacerlo; esta información también es muy importante. Por eso cada vez que tenga ganas de jugar, aunque no llegue a jugar, anote en este registro (tiene un ejemplo en el [cuadro 5.4](#)):

- ✓ El día y la hora en que tiene ganas de jugar.
- ✓ El lugar en el que se encontraba.
- ✓ Si estaba acompañado, de quién.
- ✓ Qué estaba pensando en ese momento.
- ✓ Las ganas que tenía de jugar.
- ✓ El tipo de juego en el que estaba pensando.
- ✓ Qué ha ocurrido después: qué piensa, busca dinero para jugar, realiza otra actividad, cómo se siente...

Fecha Hora	Lugar	Compañía	Pensamientos	Deseo de jugar (0-10)	Tipo de juego	Tiempo empleado	Dinero gastado	Consecuencias
10/3 18:10	Paso por delante de una sala recreativa	Con unos amigos	Si fuera solo entraría a jugar	8	Máquina tragaperras	–	–	Preferiría estar jugando
11/3 10:00	De camino a clase (en el autobús)	Solo	Hoy no tengo dinero para jugar	7	Máquina tragaperras	–	–	Podría pedirle dinero a algún amiguete

Cuadro 5.4. Ejemplo de registro cuando se tienen ganas de jugar

Recuerde: es importante que registre cada vez que juegue o tenga ganas de jugar y

que lo anote en el momento que ocurre; no deje que pase tiempo, por eso lleve siempre un registro encima. Probablemente esté pensando que esta tarea es costosa y que van a surgir algunas dificultades, como por ejemplo:

- ¿Qué hacer si está jugando con alguien o si hay algún conocido en el local de juego? ¿Cómo va a ponerse a rellenar el registro? En caso de que esté jugando con otras personas es cierto que no parece el momento más oportuno, por ello piense cuál sería el contenido en cada una de las casillas del registro (pensarlo le ayudará a recordarlo posteriormente) y en cuanto se encuentre a solas escríbalo. Probablemente la dificultad más común con la que se va a encontrar, dado que en la mayoría de las ocasiones usted juega solo, es la de tener que apuntar los datos del registro en un local donde le conocen. En esta situación plantéese si a usted le extrañaría que una persona sacase un papel de su cartera y anotara algo lo cierto es que no parece una conducta especialmente llamativa.
- ¿Qué hacer si no tiene un registro a mano? Tanto en estos casos como en aquellos en los que, por diversos motivos, no quiere utilizar el registro, coja un papel o una servilleta del bar y apunte los datos más importantes y que pueden verse en mayor medida alterados por la memoria, de manera que en otra situación más propicia pueda pasar la información al registro y añadir aquella que le falte.

Si ya ha cumplimentado el registro durante dos semanas, es el momento de que repase toda la información obtenida. A continuación observe el esquema explicativo de la [figura 5.1](#).

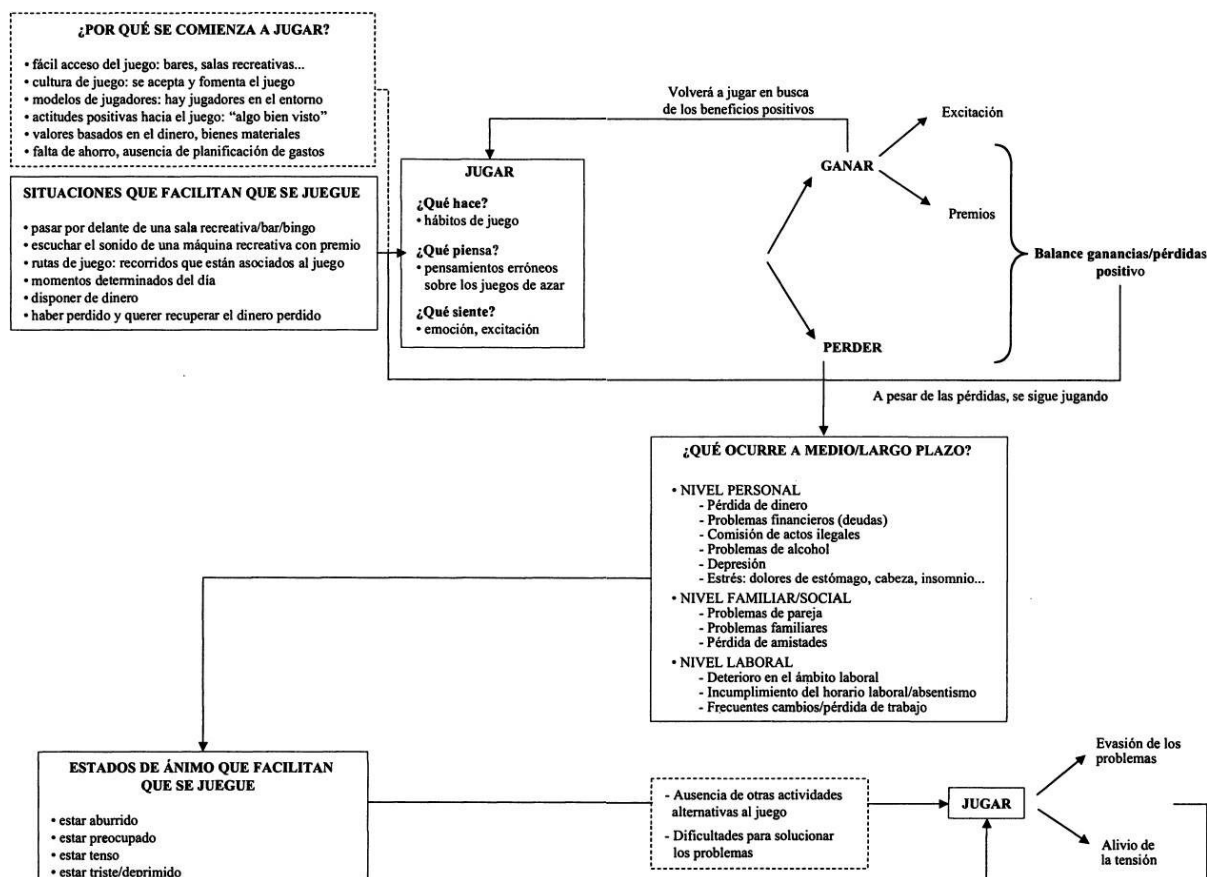


Figura 5.1. Esquema explicativo del problema de juego.

¿Por qué se comienza a jugar?

Recuerde cuando comenzó a jugar y piense dónde, con quién y por qué motivos se inició en esta actividad. La mayoría de los jugadores respondería que comenzó a jugar con familiares, amigos o compañeros que ya tenían la costumbre de apostar en el juego, que ellos veían cómo jugaban y al final también se animaron. Un porcentaje destacado de estos jugadores recordaría además que en una de esas primeras ocasiones en las que jugó consiguió uno de los premios importantes, rememoraría aquella hazaña e, incluso, es posible que recordara en qué invirtió aquel dinero «caído del cielo». Otros indicarían que el juego siempre ha constituido un entretenimiento y que quizá en su entorno jugar era algo habitual.

En resumen, puede decirse que entre los factores que contribuyen a iniciarse en el juego destacarían los siguientes:

- ✓ Una sociedad donde el juego no sólo está disponible, sino que además existe cierta tradición cultural.
- ✓ El fácil acceso al juego.

- ✓ La existencia de jugadores en el entorno, que sirven como modelos, y que incluso pueden incitar a jugar.
- ✓ Unas primeras experiencias positivas en las que se han conseguido premios y un alto valor atribuido al dinero ganado a través del juego.

Pero más importante aun es conocer por qué se sigue jugando hasta el punto de que esta actividad, inicialmente realizada de forma esporádica y generalmente en un ambiente de ocio, se convierte en el centro de la vida del jugador.

¿Por qué se sigue jugando a pesar de los problemas que acarrea el juego?

Si revisa los registros que ha ido rellenando durante las últimas semanas, encontrará que las situaciones en las que juega son muy similares y suelen repetirse a lo largo de los días. Por ejemplo, compruebe a qué horas jugaba, en qué lugares, si estaba solo o acompañado (en este caso, de quién) y en qué máquina jugó, y se dará cuenta que muchos de estos datos se repiten con cierta asiduidad. Eso significa que usted tiene asociadas determinadas situaciones externas con el hecho de jugar: ha adquirido la costumbre o el hábito de jugar. De hecho, si piensa en cómo suele jugar (por ejemplo el dinero que introduce en la máquina, la forma de apostar o arriesgar en las diferentes jugadas, el modo en que da a los botones), observará que suele hacerlo siempre de la misma manera.

Pero, ¿cómo es posible que ese hábito no desaparezca cuando el jugador comienza a experimentar las consecuencias negativas de un juego excesivo? Suele decirse que es muy fácil adquirir un hábito y muy difícil desprenderse de él. En el caso del juego hay que añadir además dos factores que contribuyen a mantener con más fuerza ese hábito:

- ✓ *Los premios:* ganar supone una recompensa económica y una gran satisfacción por haber conseguido «sacar el premio», algo que no se consigue siempre, lo que hace que adquieran un gran valor y se vean como un triunfo del jugador. Por tanto, volverá a jugar en busca del «premio económico» y del «premio personal de ganar», y cuanto más difícil sea conseguirlos, más valor adquirirán y, en consecuencia, más interés y empeño se pondrá en ganar.
- ✓ *Los pensamientos erróneos acerca de los juegos de azar:* imagínese que está jugando a «cara o cruz» y que los resultados anteriores han sido cara-cruz-cruz-cruz; ¿qué apostaría, cara o cruz? Está jugando a los dados, en concreto tiene que acertar el número que va a salir a continuación y usted sabe que la secuencia anterior ha sido 2-4-2-5-6-3-2; ¿qué número elegiría? Probablemente, en el juego de «cara o cruz» ha elegido «cara» y en los dados el «1» o, al menos, seguro que

no ha elegido el «2». Si ésta ha sido su apuesta probablemente es que piensa que las posibilidades de un resultado aumentan cuantas menos veces haya salido anteriormente o, lo que es lo mismo, cuantas más veces haya salido el resultado contrario. Pero, aunque la inmensa mayoría de las personas hubiera apostado lo mismo que usted, lo cierto es que existe la misma probabilidad de que salga cara o cruz ($1/2$), o cualquiera de las seis caras del dado ($1/6$), con independencia de los resultados previos.

Ahora piense en los modelos de máquinas tragaperras a las que juega, quizá tenga una o dos máquinas favoritas. ¿Qué hace que estas máquinas sean sus preferidas? Posiblemente que en ellas ha ganado en más ocasiones (aunque seguramente también ha jugado más que en otras), lo que en principio haría pensar que se tiene cierto control y que, de alguna manera, se pueden predecir los resultados porque se «conoce la máquina».

Por último, haga balance de ganancias y pérdidas a lo largo de su historia de jugador, y piense si se considera una persona con suerte en el juego y con un historial importante de premios. Exceptuando algunos malos momentos, posiblemente piense que en general tiene buena suerte.

Si uno piensa que cuantos más resultados desfavorables hay en su contra más posibilidades tiene de que salga un premio, que conoce la máquina en la que está jugando, que tiene suerte en el juego y que el balance general de ganancias es positivo, lo lógico es que se siga jugando y en mayor medida cuantas más pérdidas haya, ya que a la necesidad de recuperarse del desastre económico se une la confianza en sus capacidades para ganar.

Pero cuando las consecuencias negativas son ya importantes, bien a nivel personal, familiar, social o laboral, ¿cómo es posible que no se deje de jugar?

Piense por un momento en todas las consecuencias negativas que le ha provocado su juego excesivo y apúntelas en el [cuadro 5.5](#).

El juego me ha provocado las siguientes consecuencias negativas:

A nivel personal:

- _____
- _____

A nivel familiar:

- _____
- _____

A nivel social:

- _____
- _____

A nivel laboral:

- _____
- _____

Otras consecuencias negativas:

- _____
 - _____
-
-

Cuadro 5.5. Consecuencias de un juego excesivo

Analice qué suele hacer ante estas circunstancias negativas, cómo soluciona estos problemas. Posiblemente las dificultades económicas las intente resolver consiguiendo dinero para jugar con la esperanza de ganar y así poder pagar todas las deudas e, incluso, disponer de dinero para otros gastos. El resto de las dificultades le provocarán, como a todo el mundo, un estado de ánimo negativo, que en muchas ocasiones lo afrontará jugando, ya que en el caso de los jugadores excesivos es uno de los medios más eficaces para evadirse de los problemas. De manera que se está utilizando el juego para solucionar los problemas que el propio juego provoca, entrando en un círculo vicioso difícil de romper, donde además las capacidades para resolver los problemas de forma eficaz no se utilizan.

Por otra parte, piense por unos momentos qué otras actividades agradables lleva a cabo además del juego. Quizá muy pocas o ninguna, así que entre tantos problemas jugar se convierte en la única actividad que le provoca cierta gratificación. ¿Cómo no va a realizarla? Entonces, el hábito de jugar se asociará no sólo con situaciones externas, sino también con estados de ánimo negativos..., ampliando las circunstancias que favorecen que el jugador juegue.

5.4. ¿Cómo puedo dejar de jugar?

Si quiere dejar de jugar, o quizá ya lo ha intentado pero ha fracasado, a continuación encontrará una serie de tareas y actividades que le permitirán conseguir este objetivo. Se requiere para ello su participación activa, que le dedique tiempo y esfuerzo.

Lo primero de todo recuerde las razones que tenía para dejar de jugar ([cuadro 5.2](#)) y decida un día a partir del cual no va a jugar. Resulta más fácil mantener una decisión si se informa de ella a alguien relevante para usted, por lo que señale en el [cuadro 5.6](#) tanto el día como las personas a las que va a comunicar su decisión de dejar de jugar.

He decidido dejar de jugar a partir del día: _____ Le voy a contar mi decisión de dejar de jugar a: _____ _____ _____ _____
--

[Cuadro 5.6.](#) Elección del día para dejar de jugar

A continuación, se resumen los objetivos a alcanzar:

1. No quiero jugar ¡ya!: dejando de jugar a corto plazo.
2. No quiero volver a jugar: manteniéndose sin jugar a medio/largo plazo.
3. Ya no juego, y ahora, ¿qué puedo hacer?: realizando otras actividades alternativas al juego.
4. Pero algunos problemas no han desaparecido; ¿cómo los puedo solucionar?: resolviendo los problemas de otra manera.

Para conseguir estos objetivos es necesario que siga las siguientes indicaciones paso a paso. Pero antes...

Recuerde:

- ✓ Los objetivos tienen un orden, no es posible conseguir el siguiente si previamente no ha alcanzado el anterior; por eso, aunque alguno le pueda resultar más interesante, no se salte ningún objetivo ni los cambie de orden.
- ✓ Dedique el tiempo necesario para alcanzar y fortalecer cada uno de los objetivos,

no tenga prisa en llegar al final y, sobre todo, no dedique a cada objetivo menos tiempo del que se le aconseja.

- ✓ No pase al siguiente objetivo si no está seguro de haber alcanzado el criterio de éxito establecido, repase las tareas, pida ayuda si lo considera oportuno, pero no tome una decisión precipitada.

5.4.1. Primer objetivo: dejando de jugar a corto plazo

Tanto si en alguna ocasión ya ha tratado de dejar de jugar como si es la primera vez que lo intenta, es posible que lo primero que se le haya ocurrido hacer sea utilizar su «fuerza de voluntad». Pero usted sabe que cambiar ciertos hábitos no es fácil, ni siquiera con fuerza de voluntad; y lo que es peor, si lo ha intentado y ha fracasado probablemente ha llegado a la conclusión de para qué va ha intentarlo de nuevo si no tiene fuerza de voluntad. Por este motivo, a continuación tiene una guía de instrucciones que le ayudarán a dejar de jugar ¡ya!; tan sólo debe decidir cuáles son las que más le convienen y llevarlas a cabo.

¿Qué es lo que debe hacer? (véase el [cuadro 5.7](#)):

1. Lea atentamente las normas.

Estas pautas sirven para hacer más difícil su acceso al dinero y a los locales de juego, con lo cual las posibilidades de jugar se reducen considerablemente. Añada cualquier otra norma que a usted le pueda ayudar en este sentido.

2. Decida las que va a utilizar.

A simple vista, no son unas normas especialmente atractivas, además es posible que usted se sienta un poco raro, ya que siempre ha tenido el control del dinero y jamás ha dado explicaciones a nadie. Sin embargo, no debe tener en cuenta estos inconvenientes o dificultades a la hora de decidir las pautas que pueden ser útiles en su caso. Elija aquellas normas que sabe que le van a resultar beneficiosas para conseguir el objetivo de dejar de jugar; cuantas más lleve a cabo, más fácil le resultará no jugar.

3. Informe de estas normas a sus familiares o personas más cercanas.

Ya sabe que le va a resultar más fácil mantener su decisión si informa de ella a alguien; además tenga en cuenta que para llevar a cabo más de una de estas normas necesita la colaboración de otra persona. Por eso, indique en la casilla correspondiente a qué personas va a informar, solicitando su colaboración.

4. Establezca con las personas implicadas cómo va a llevar a cabo exactamente cada una de las pautas.

En este momento ya tiene decidido lo que debe hacer para dejar de jugar; ahora plantéese cómo va, exactamente, a ejecutar esas pautas. Hágalo conjuntamente con las personas que le están ayudando y lleguen a un acuerdo mutuo. Es importante que:

- Determine todos sus ingresos.
- Haga una lista de las cuentas bancarias que tiene en la actualidad y señale las que va a cerrar.
- Si va abrir alguna cuenta corriente, decida de qué tipo y en qué banco.
- Decida qué va a hacer con sus talonarios, libretas de ahorro o tarjetas de crédito/débito.
- Establezca un presupuesto diario calculado al detalle y determine una cantidad exacta a manejar en cada uno de los días de la semana. No es necesario que pase penurias, pero tampoco que incluya en el presupuesto gastos superfluos que incrementan la disponibilidad de dinero diario y por tanto las posibilidades de jugar. En caso de que fume, es recomendable que disponga de un cartón de tabaco de manera que pueda restar el coste de la cajetilla al presupuesto diario y así, además, no se vea en la necesidad de entrar en un bar a comprarlo.
- Determine cómo va justificar cada uno de sus gastos y a quién le va a entregar las facturas, tiques de compra, etc.
- Haga una lista de los bares o salas recreativas en los que solía jugar para que tenga claro en cuáles no debe entrar; puede incluso cambiar de camino para no pasar cerca de ninguno de ellos. En cualquier caso, al principio es recomendable no entrar en ningún bar, con independencia de que haya o no jugado en ellos.
- Haga una lista de las personas a las que ha pedido dinero prestado (para jugar o cubrir deudas) e infórmelas de su problema de juego.
- Si también juega al bingo o al casino, decida si quiere autodenunciarse para que no le dejen entrar en estos locales. La autoprohibición la puede hacer en la Unidad de Juego de su comunidad autónoma.
- Proponga cualquier otra acción que le pueda ayudar a no jugar.

Recuerde:

- ✓ El único objetivo de estas pautas es ayudarlo a dejar de jugar a corto plazo. Si

además usted se considera un poco despilfarrador, estas normas le volverán más ahorrador.

- ✓ Nadie le está controlando o castigando por lo que ha hecho mientras jugaba, sólo le están ayudando a conseguir su objetivo de dejar de jugar.
- ✓ La responsabilidad de seguir las instrucciones es suya; si miente a sus familiares, usted es el único que se está engañando.
- ✓ Estas normas no son para siempre, y a medida que vaya alcanzando los siguientes objetivos las pautas se volverán más flexibles.

¿Cuáles son las normas?	¿La voy a llevar a cabo?		¿A quién voy a informar?	¿Cómo la voy a llevar a cabo?
	✓ Sí	✗ No		
Determinar todos mis ingresos y...				
• Entregar el dinero en metálico a alguien.				
• Ingresar la nómina en una cuenta corriente compartida.				
• Cerrar cuentas bancarias que estén sólo a mi nombre.				
• Abrir una cuenta bancaria compartida con otra persona.				
• Abrir una cuenta bancaria compartida en la que sólo puedo ingresar dinero, pero no sacarlo.				
Anular o entregar a alguien...				
• Mis talonarios.				
• Mis libretas de ahorro.				
• Mis tarjetas de débito/crédito.				
Voy a llevar a diario sólo el dinero necesario para mis gastos y tengo que justificar los gastos extra.				

¿Cuáles son las normas?	¿La voy a llevar a cabo?		¿A quién voy a informar?	¿Cómo la voy a llevar a cabo?
	✓ Sí	✗ No		
Cada gasto que haga debo justificarlo con una factura, comprobante de compra...	_____	_____	_____	_____
No voy a entrar en:				
• Ningún bar:	_____	_____	_____	_____
• Ninguna sala recreativa:	_____	_____	_____	_____
• Ningún bar en los que jugara.	_____	_____	_____	_____
• Ninguna sala recreativa en la que jugara.	_____	_____	_____	_____
Voy a contar a mis familiares y a las personas a las que haya pedido dinero que no dejen más porque tengo un problema con el juego.	_____	_____	_____	_____
Como también juego al bingo/casino, voy a autodenunciarme para no poder entrar en estos locales.	_____	_____	_____	_____
Otras...	_____	_____	_____	_____

Cuadro 5.7. Primer objetivo: dejando de jugar ¡ya!

¿Qué pasa con las deudas?

¿En cuántas ocasiones ha jugado con el objetivo de conseguir dinero para cubrir alguna deuda? Usted sabe que las deudas constituyen un gran peligro de cara a volver a jugar, por lo que debe establecer desde el principio una estrategia de devolución del dinero. Es posible que en este momento se encuentre en una situación económica en la que no puede hacer frente a esas deudas; no se preocupe, ya irá devolviendo el dinero, pero ahora:

1. Haga un listado de todas las deudas que tiene:

- ¿A quién debe dinero?
- ¿Qué cantidad?

2. Establezca un orden de prioridad en la devolución del dinero:

- ¿Hay alguna deuda que tenga un fecha límite de devolución?
- ¿No pagar alguna deuda con cierta rapidez le puede acarrear algún problema?
- ¿Con quién ha contraído la deuda?: ¿una institución?, ¿una persona de su entorno?, ¿un prestamista?
- ¿Alguna de sus deudas supone una cantidad elevada que va a tener que ir pagando poco a poco?

3. Determine el presupuesto con el que cuenta para ir cubriendo deudas:

- Sea realista: trabaje con números, no con utopías.
- Cubrir las deudas debe ser uno de sus objetivos prioritarios: no posponga el pago de una deuda a otros gastos menos necesarios.

Recuerde: las deudas de juego incluyen tanto el dinero que se ha pedido prestado (y luego se ha gastado en el juego) como los préstamos solicitados para cubrir deudas del juego u otros gastos que se han dejado pendientes de pago a causa del juego.

5.4.2. Segundo objetivo: manteniéndose sin jugar a medio/largo plazo

Si ya ha comenzado a realizar las acciones oportunas para conseguir el primer objetivo y todo funciona bien, debería llevar algunos días sin jugar. Siga así, muy bien, y poco a poco irá beneficiándose de las ventajas de abandonar el juego. Cuando lleve una semana sin jugar, puede comenzar con el segundo objetivo.

Probablemente estará pensando que no puede estar toda la vida sin manejar dinero o sin entrar en los locales donde haya máquinas tragaperras, ya que además en nuestro país tienen una amplia difusión. Tiene toda la razón, es necesario, de cara a mantenerse sin jugar a lo largo del tiempo, que aprenda a resistir el impulso de jugar ante las situaciones asociadas al juego, permitiéndole recuperar gradualmente el control. Para ello va a tener que realizar la tarea que se explica a continuación.

Usted notará cómo cuando, por las razones que sean, no puede jugar en una de esas situaciones en las que está acostumbrado a hacerlo, comienza a notar una tensión desagradable. Esta sensación también aparece si tiene ganas de jugar pero intenta resistirse. En cualquier caso, si al final acaba jugando, esa tensión desagradable desaparecerá y en su lugar aparecerá una excitación que se experimenta como algo placentero, agradable. Esto hace que usted vaya asociando, cada vez con mayor intensidad, el juego a algo positivo y el no juego a algo negativo; esto provoca que sea más probable que lleve a cabo la conducta de jugar que la de no jugar.

El ejercicio que se le propone a continuación tiene como objetivo que, ante la presencia de esas situaciones asociadas al juego, usted se habitúe a no jugar sin que le provoque ningún malestar. Se preguntará cómo puede conseguir que desaparezca el hábito de jugar, si ya lo ha intentado y por lo general no es capaz de controlarse en esas situaciones. La respuesta es doble:

1. Piense qué es lo que hace cuando está en una situación de juego e intenta

resistirse y no jugar. Probablemente las ganas irán en aumento, las sensaciones desagradables también irán incrementándose hasta un punto en el que usted piensa que ya no aguanta más y comienza a jugar. A partir de ahora tendrá que estar ante esa situación el tiempo suficiente que le permita comprobar que esa tensión desagradable no va constantemente en aumento, sino que a llega un punto en el que empieza a descender hasta casi desaparecer.

2. Piense ahora qué características tenían las situaciones de juego en las que ha intentado no jugar. Posiblemente estaba delante de su máquina favorita, con dinero e, incluso, puede que hubiera jugado alguien antes y no le hubiera tocado el premio, con lo cual usted estaría pensando que estaba a punto de salir. En definitiva, una de las situaciones más difíciles para intentar no jugar. A partir de ahora se va a acercar a estas situaciones poco a poco; no va a empezar de golpe con las más complicadas para usted, sino por aquellas otras que, aunque le producen tensión, ésta no es demasiado elevada, por lo que le resultará más fácil controlarse y no jugar. Para ello debe hacer un listado de situaciones relacionadas con el juego ordenado de menor a mayor dificultad, de manera que pueda empezar a trabajar con las situaciones más sencillas y, poco a poco, cuando usted vaya comprobando cómo es posible resistir el impulso de jugar, pasará a las más difíciles.

¿Cómo hacer el listado de situaciones asociadas al juego?

El objetivo es elaborar un listado o jerarquía de situaciones relacionadas con el juego, que van a ser ordenadas según el nivel de dificultad que provoquen.

A continuación va a construir el listado identificando situaciones comunes relacionadas con el juego, situaciones a las que usted se va a exponer pero ante las que no va a poder llevar a cabo la conducta de jugar. Necesita entre 10 y 15 situaciones y va a ordenarlas de menor a mayor dificultad. No es suficiente decir que una situación le resulta más difícil que otra, sino que debe ser más preciso (por ejemplo, asignando números a las situaciones). Si el listado incluye diez situaciones:

- 1-3 Situaciones de dificultad baja, que podría superarlas con relativa facilidad y no jugar.
- 4-7 Situaciones de dificultad moderada, en las que le resultaría más difícil controlarse y no jugar.
- 8-10 Situaciones de máxima dificultad, en las que piensa que le resultaría muy difícil no jugar.

Trate de imaginarse la situación que le provocaría mayor dificultad. Descríbala con detalle: ¿dónde está?, ¿en qué máquina está pensando?, ¿está solo o acompañado?, ¿cuánto dinero lleva encima?.. Ahora, déle un número del 1 al 10. A continuación piense en la situación que menos dificultad le produciría. Descríbala también con detalle y déle su puntuación. ¿Cómo sería una situación de nivel intermedio, de 5? Descríbala. Ahora intente describir situaciones entre el 1-5 y el 5-10.

Es probable que esta tarea le esté resultando más complicada de lo que pensaba. No se preocupe, suele ocurrir, ya que no es tan fácil conseguir tantas situaciones diferentes y además de distinta dificultad. Para ayudarle en esta tarea, en el [cuadro 5.8](#) se han recogido las variables más relevantes asociadas a las situaciones de juego con algunas de sus posibles variantes. La combinación de las diferentes posibilidades que aparecen ahí recogidas le permitirá obtener más situaciones. Compruebe si le sirve de ayuda.

Variables		Variantes
Lugar en el que se encuentra	Tipo de lugar	• Local donde no puede jugar • Local de juego: – Bar – Sala recreativa – Bingo – Casino
	Características del lugar	• Local desconocido, no frecuentado • Local conocido: – Poco frecuentado – Bastante frecuentado – Local favorito
	Posición en la que se encuentra	• Fuera del local • Dentro del local: – Lejos de las máquinas – Cerca de las máquinas
Personas con las que está		• Solo • Acompañado: – Persona(s) que no juega(n) – Persona(s) que juega(n) – Personas que conocen el problema de juego – Personas que desconocen el problema de juego
Tipo de máquina tragaperras		• Máquina desconocida, nunca se ha jugado en ella • Máquina conocida, se ha jugado en ella: – máquina que no gusta – máquina que gusta/máquina preferida
Dinero		• Sin dinero • Con dinero: – dinero justo para la consumición – dinero de sobra (monedas/billetes/cantidad)

Cuadro 5.8. Segundo objetivo: elaborando el listado de situaciones relacionadas con el juego

Puede que siga teniendo problemas para elaborar su propio listado de situaciones; si es así, acuda al capítulo cuarto de este libro y en el [apartado 4.3.4](#) encontrará ejemplos de jerarquías que pueden ser de utilidad para usted.

Escriba su jerarquía en el [cuadro 5.9](#).

MI JERARQUÍA DE ESTÍMULOS ES...

Primera situación: _____

Segunda situación: _____

Tercera situación: _____

Cuarta situación: _____

Quinta situación: _____

Sexta situación: _____

Séptima situación: _____

Octava situación: _____

Novena situación: _____

Décima situación: _____

Cuadro 5.9. Segundo objetivo: mi listado de situaciones relacionadas con el juego

Recuerde:

- ✓ Este listado debe incluir, como mínimo, diez situaciones diferentes. Elija aquellas que sean corrientes para usted y que se den en su medio habitual.
- ✓ Cada situación debe estar descrita en detalle. No debe quedarle ninguna duda sobre los estímulos a los que va a exponerse.
- ✓ Entre una situación y la siguiente de la jerarquía debe haber un incremento ligero en cuanto al grado de dificultad. No dé grandes saltos, ya que incrementa la probabilidad de jugar en esas situaciones. Conviene que en las primeras situaciones en las que se encuentre delante de la máquina vaya acompañado de alguna persona conocedora del problema o sin dinero.
- ✓ Puede tener varias situaciones con el mismo nivel de dificultad, así podrá intercambiarlas. Pero no deje vacío ningún nivel de la jerarquía.

¿Cómo debe exponerse a las situaciones de la jerarquía?

Si ya tiene elaborado el listado de situaciones y además lleva una semana sin jugar desde que comenzó con las pautas del primer objetivo, entonces ya está preparado para empezar las tareas del segundo objetivo.

Lo que va a tener que hacer es exponerse a esas situaciones relacionadas con el juego que usted ha elaborado, con el objetivo de que se habitúe a no jugar ante la presencia de tales circunstancias. Para realizar bien esta tarea debe:

1. Elegir cada semana dos situaciones de la jerarquía, comenzando por la más sencilla. Una de las situaciones será nueva y otra antigua. Por ejemplo, esta semana usted comenzaría con la 1 y 2; si no hay ningún problema, la semana que viene debería elegir la 2 y 3, y así sucesivamente.
2. Debe realizar las tareas a diario, comenzando cada semana con aquella situación de las dos correspondientes que tenga menor grado de dificultad. Cuando supere sin problemas esa situación puede pasar a realizar la siguiente.
3. Para hacer cada uno de los ejercicios:
 - Elija un momento determinado del día en el que disponga de tiempo.
 - Lea la situación de la jerarquía que le toque realizar y acuda al lugar que le corresponda de la forma que haya descrito.
 - Antes de comenzar la tarea, apunte en el registro correspondiente ([Anexo G](#)) las ganas que tiene de jugar en esa situación concreta (en una escala de 0 –ningún deseo– 10-muchas ganas de jugar–).
 - Realice la tarea: tiene que estar en la situación correspondiente prestando la máxima atención a todo lo que tenga que ver con el juego (el local, las máquinas, los jugadores, lo que se dice sobre cómo están las máquinas, las luces, los sonidos, los premios ...). Apunte las ganas que tiene de jugar mientras está realizando la tarea y qué es lo que está pensando durante todo ese rato.
 - Puede finalizar la tarea cuando sus ganas de jugar sean «0» o como mucho «1». Entonces, acabe de rellenar el registro y puede irse de esa situación.

Recuerde:

- ✓ Cada semana debe exponerse a dos situaciones distintas, comenzando siempre por la de menor dificultad. No empiece con una situación nueva si la anterior no está superada. Para saber si una situación está superada, fíjese en sus registros y si en las cinco últimas exposiciones sus ganas de jugar mientras hacía la tarea eran inferiores a «3» y el tiempo que tardó en que desaparecieran totalmente no superó los diez minutos, entonces puede pasar a la siguiente. No tenga prisa,

consiste en hacer muchas veces la misma tarea. Si tiene dos situaciones con el mismo grado de dificultad, puede intercambiarlas.

- ✓ Debe realizar las tareas a diario; si las realiza muy de vez en cuando, los resultados no serán tan buenos. Es verdad que a veces no resulta fácil sacar tiempo de sobra; en cualquier caso no olvide que la idea es que usted realice las tareas el mayor número posible de veces a la semana.
- ✓ No puede marcharse de la situación hasta que el deseo de jugar sea inexistente, es decir, haya alcanzado «0», o como mucho «1», en una escala de 0 a 10. En muchos casos, esto significa una gran cantidad de tiempo; por este motivo debe realizar las tareas disponiendo de tiempo suficiente y sin ningún compromiso a una hora determinada.
- ✓ Durante la exposición a las situaciones debe estar muy atento a todo lo relacionado con el juego. Para poder prestar atención y estar alerta es imprescindible que usted no consuma nada de alcohol en esas situaciones.
- ✓ Es imprescindible que apunte la tarea en el registro correspondiente ([Anexo G](#)). Tiene un ejemplo en el [cuadro 5.10](#).

Fecha Hora	Tarea a realizar	Lugar	Compañía	Duración de la tarea	Deseo de jugar (0-10)			Pensamientos	Observaciones
					Antes	Durante	Después		
10/8 17:30	Ⓔ Estar delante de mi máquina favorita, pagar la consumición con 30 euros.	Bar "Julián", los camareros me conocen	Solo	45'	6	9	1	La persona que está jugando no tiene ni idea, se ha dejado marchar tres premios	Los camareros me comentan que han jugado varias personas a lo largo del día y todavía no ha salido el premio
11/8 17:45	Ⓔ Estar delante de mi máquina favorita, pagar la consumición con 30 euros.	Bar "Julián", los camareros me conocen	Solo	30'	5	9	0	Veo las monedas que me han devuelto de la consumición y me entran ganas de echar 80 céntimos, sólo para probar	Estoy contento porque se me han pasado antes las ganas de jugar

Cuadro 5.10. Segundo objetivo: ejemplo de registro para realizar las tareas de exposición

5.4.3. Tercer objetivo: realizando otras actividades alternativas al juego

Comience con este objetivo cuando haya superado la exposición a la situación 3 y esté empezando con las situaciones de dificultad moderada.

Lleva ya varias semanas sin jugar, ¡enhorabuena! Piense por un momento en todo el tiempo que dedicaba antes al juego. Mucho, ¿verdad? ¿En qué ocupa actualmente ese tiempo?

El siguiente objetivo consiste en qué usted comience a realizar otras actividades que le resulten agradables y gratificantes. Quizá ya ha retomado alguna actividad que había dejado a causa del juego; en cualquier caso, preste atención a este objetivo, por tres motivos:

1. Al eliminar la conducta de juego desaparece una fuente de gratificación a corto plazo muy valiosa para usted. Por esta razón, es necesario desarrollar actividades gratificantes alternativas al juego que le proporcionen la recompensa (ocio, diversión, entretenimiento, relaciones sociales) que ya no percibe con el juego.
2. Al desarrollar actividades que, en muchos casos, son incompatibles con el juego, disminuye la probabilidad de jugar.
3. Al existir actividades gratificantes se equilibra el peso entre las ocupaciones que se perciben como demandas externas (*deberes*) y las que se realizan por gusto (*deseos*). Un estilo de vida caracterizado por un predominio de actividades percibidas como *deberes* está a menudo relacionado con insatisfacción, lo que puede favorecer la necesidad de satisfacción inmediata, incrementando en su caso la probabilidad de jugar.

Para alcanzar este objetivo, haga un listado de actividades gratificantes para usted. Tenga en cuenta que es necesario que haya actividades de diferentes tipos: unas más cotidianas, otras más especiales, algunas realizadas en solitario, otras con gente, algunas que impliquen un coste económico..., y empiece a realizarlas ([cuadro 5.11](#)).

Actividad	¿Cuándo voy a realizarla?	¿Con quién voy a realizarla?	¿Cuánto dinero necesito?	Orden de preferencia

Cuadro 5.11. Tercer objetivo: mi listado de actividades gratificantes

Recuerde:

- ✓ Para que una actividad sea gratificante no tiene por qué ser algo especial. Busque entre sus quehaceres cotidianos y destaque aquellas actividades que disfruta realizándolas.
- ✓ Recompense sus éxitos: lleva un tiempo sin jugar, estas actividades pueden ayudarle a darse ciertos premios.
- ✓ Dosifíquese, no empiece todas las actividades a la vez porque entonces lo más probable es que no lleve a cabo ninguna. Establezca un orden de prioridad en función de la facilidad con la que usted pueda hacerla, que se la pueda costear sin problemas, que le guste especialmente ...

5.4.4. Cuarto objetivo: resolviendo los problemas de otra manera

Si ya ha comenzado a realizar las tareas de exposición a las situaciones de máxima dificultad, puede plantearse este último objetivo.

Lleva ya un tiempo considerable sin jugar, ha empezado a realizar otras actividades, es posible que las personas de su entorno estén más tranquilas y que, incluso, le feliciten por el logro conseguido. Pero en muchas ocasiones, aunque ya no se juegue, algunos problemas siguen presentes. Piense por un momento en los problemas (tanto en los poco relevantes como en los más graves) que tiene usted ahora...

Es el momento de empezar a solucionar de forma eficaz ciertos problemas. Eso no quiere decir que usted no sepa solucionar sus problemas; probablemente no ha tenido dificultad para resolver importantes situaciones conflictivas o tomar ciertas decisiones relevantes; pero, ¿qué ocurre con los problemas cotidianos?, esos pequeños problemas, a los que no se les suele dar importancia, que día tras día se convierten en algo francamente molesto e irritante, que se van sumando unos a otros...; ¿o con aquellos tan importantes que no sabe por dónde empezar? Estos son los problemas que usted debe comenzar a solucionar porque, ¿en cuántas ocasiones no ha acabado jugando como resultado de una pequeña discusión o para evadirse de otros problemas más graves?

Para ello se le recomiendan los siguientes pasos (utilice el material que encontrará en el [Anexo J](#)):

1. *Definición y formulación del problema.* Para poder solucionar algo debe saber a qué se está enfrentando. Determine el quién, qué, dónde, cuándo, por qué y cómo de cada problema y descríbalos en términos claros y concretos. Intente describir hechos, no opiniones o creencias. Una vez que el problema esté definido, establezca metas, es decir, qué le gustaría conseguir.

2. *Generación de soluciones alternativas.* En este momento debe intentar generar el mayor número posible de soluciones alternativas al problema. Probablemente la primera solución que se le ocurra es aquella que siempre lleva a cabo cuando le surge este problema, pero recuerde que debe buscar otras alternativas. Cuantas más mejor, ahora mismo no importa lo descabelladas que puedan parecer. No olvide que las soluciones generales son difíciles de llevar a cabo, así que intente crear alternativas específicas.
3. *Toma de decisiones.* Ahora tiene que elegir, de entre todas las alternativas posibles que ha planteado, la mejor solución o combinación de soluciones. Para decidir cuál es la mejor solución debe tener en cuenta:

- Si con esa solución consigue la meta que se había propuesto.
- Si realmente puede llevar a cabo esa solución.
- Cuáles son las consecuencias de esa solución:
 - Personales: tiempo, esfuerzo, costes o ganancias emocionales.
 - Sociales: efectos sobre la familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos.
 - Económicas.
 - Consecuencias a corto y a largo plazo.
- Maximizar los beneficios y minimizar los costes.

Si ya ha elegido una o varias soluciones plantéese cómo la(s) va ejecutar exactamente, cuál va a ser la táctica en la vida real.

4. *Puesta en práctica y verificación de la solución.* Es el momento de poner en práctica esa solución y comprobar si en la vida real es efectivamente la más adecuada. Compare el resultado actual con el que usted esperaba y...:
- Si el resultado es satisfactorio, entonces puede dar por finalizado el proceso de solución de problemas.
 - Si el resultado no es satisfactorio, entonces retroceda a etapas anteriores del proceso de solución de problemas para analizar minuciosamente dónde está el obstáculo que le impide conseguir su meta.

Recuerde:

- ✓ Los problemas existen y hay que intentar solucionarlos. No sirve de nada escapar de los problemas y menos a través del juego, ya que lo único que se consigue es empeorar la situación.

✓ Hay que buscar soluciones realistas a los problemas, no utopías.

5.5. ¿Y si tengo una recaída?

Lleva mucho tiempo sin jugar, de hecho es posible que sea la ocasión que más tiempo ha estado sin jugar. ¡Felicidades! Pero con lo que le ha costado y lo bien que se encuentra actualmente probablemente estará pensando qué pasaría si tuviese una recaída.

¿Qué se puede hacer para prevenir las recaídas?

Es verdad que las recaídas se pueden producir, pero no hay que tener miedo, lo que debe hacer es no confiarse y estar prevenido. A continuación se señalan algunas de las claves para conseguir que no se produzcan recaídas:

1. *Volver a manejar dinero de forma gradual.* Desde el primer objetivo, usted ha pasado el control de su economía a alguna persona cercana, probablemente no maneja grandes cantidades de dinero y sus gastos están limitados. Suele ocurrir que a medida que uno lleva más tiempo sin jugar, estas pautas comienzan a flexibilizarse. Quizá éste sea su caso, igual ha comenzado a manejar más dinero al día o, incluso, a la semana; posiblemente ha empezado a responsabilizarse de nuevo por algún aspecto de su economía... Desde luego, no cabe duda de que éste es el objetivo final: que usted sea capaz de disponer y manejar dinero sin que le cause problemas con el juego. Pero ¡cuidado!, no tenga prisa, haga los cambios gradualmente, comenzando por los que conllevan un peligro menor.

Además, puede ocurrir que alguno de estos nuevos «hábitos económicos» sea positivo para usted y su economía personal; entonces, ¿por qué cambiarlo? No olvide que su objetivo no es volver a una situación idéntica a la que se encontraba cuando decidió dejar de jugar, sino tener control sobre su economía y que el dinero no le cause problemas con el juego. Algunos de los cambios que usted ha realizado pueden considerarse hábitos adecuados y, por tanto, debería plantearse si no es más interesante mantenerlos en el futuro.

2. *Identificación de situaciones de riesgo.* Recuerde cuando jugaba, ¿cómo llegaba a encontrarse delante de una máquina? Lo más habitual suele ser:

- Tomar decisiones aparentemente irrelevantes que, sin embargo, incrementan la probabilidad de encontrarse ante una situación de alto riesgo. Imagínese

que decide ir a desayunar al bar donde usted habitualmente jugaba; ¿no podría ir a otro?; quizá no ha comenzado a desayunar y ya ha pagado al camarero, delante suyo hay un montón de monedas; ¿no podría esperarse a pagar cuando se vaya? Piense en sus decisiones aparentemente irrelevantes y apúntelas en el [cuadro 5.12](#).

- Encontrarse ante una situación de alto riesgo. En el [cuadro 5.12](#) tiene un listado de las situaciones de alto riesgo más comunes; piense cuáles se dan en su caso y añada todas las que considere oportunas.

3. *La suerte: su enemigo*. ¿Cuántas veces ha pensado que estaba a punto de salir el premio porque alguien se había jugado mucho dinero? O que como casi había conseguido la combinación ganadora, si no fuera por una figurita, el premio debía estar cerca... Todos ellos son pensamientos erróneos que se dan durante el juego (repase el [apartado 5.3](#)) y que si aparecen en alguna ocasión pueden contribuir a que vuelva a jugar.

Quizá se esté preguntando qué tienen de erróneos esos pensamientos. Para poder responder a esta pregunta se necesita establecer la diferencia entre los juegos de azar y de habilidad. Aunque el azar (o casualidad) desempeña un papel fundamental en cualquier juego, existen diferencias en su grado de responsabilidad sobre el resultado. Mientras que un *juego de azar puro* no da al jugador la oportunidad de utilizar su habilidad o influir en el resultado, un *juego de habilidad* es aquel en el que el resultado, aun controlado en gran medida por el azar, puede verse modificado por la puesta en práctica de determinadas habilidades. Piense en diferentes juegos de azar y de habilidad... Probablemente ha llegado a la conclusión de que las distintas loterías, las máquinas tragaperras, el bingo o algunos juegos de casino, como la ruleta, son juegos de azar puro, lo que significa que no se puede hacer nada para controlar o alterar los resultados.

Por tanto, si las máquinas tragaperras son un ejemplo claro de juego de azar, en el que la habilidad no influye nada o prácticamente nada en los resultados, cualquier creencia que no haga referencia a la posibilidad real y objetiva de ganar se puede considerar errónea. En definitiva, esos pensamientos erróneos minimizan la influencia del azar y, por el contrario, sobrevaloran las posibilidades de ganar, fomentando la idea equivocada de que dispone de un conocimiento específico de la máquina con el que superar la casualidad, el azar.

Para poder hacer frente a estos pensamientos, lo primero es saber identificarlos. Recuerde lo que solía pensar cuando jugaba..., acerca de la máquina, de sus habilidades para jugar, posibles supersticiones, la manera de

apostar... Para que le sirva de ayuda, en el [Anexo I](#) tiene una lista de los errores más comunes.

Situaciones de riesgo	¿Cuáles son?	¿Qué puedo hacer?
Decisiones aparentemente irrelevantes	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Estados de ánimo negativos	• Cuando me siento solo y pienso que a nadie le importa lo que me ocurra • Cuando estoy muy nervioso • Cuando me siento deprimido • Cuando estoy irritado o me siento frustrado • Cuando estoy aburrido • Cuando tengo una deuda que no me atrevo a confesar • Otras:	_____
	_____	_____
	_____	_____
Conflictos interpersonales	• Cuando tengo problemas en el trabajo • Cuando siento que me regañan injustamente • Cuando hay riñas y peleas en casa • Otras:	_____
	_____	_____
	_____	_____

Situaciones de riesgo	¿Cuáles son?	¿Qué puedo hacer?
Presión social	• Cuando estoy con otras personas que están jugando • Cuando me incitan a jugar • Otras:	_____
	_____	_____
	_____	_____
Otras situaciones de riesgo	• Cuando paso por un local de juego o por un bar de máquinas tragaperras • Cuando empiezo a pensar que jugar una vez no me hará daño • Cuando estoy muy contento • Cuando tengo dinero disponible para gastar • Cuando recuerdo los buenos tiempos en los que jugaba • Cuando hay ocasiones especiales, como Navidad, cumpleaños, fiestas, etc. • Cuando pienso en la posibilidad de ponerme a prueba y jugar una vez para ver si controlo mi juego • Cuando la máquina está "caliente" • Cuando me encuentro con una nueva máquina que no conocía • Otras:	_____
	_____	_____
	_____	_____

Cuadro 5.12. Previnendo las recaídas

Recuerde:

- ✓ Las recaídas se pueden prevenir.
- ✓ Adquiera gradualmente mayor responsabilidad sobre su dinero.
- ✓ Identifique todas sus situaciones de riesgo y establezca cómo va a afrontarlas.
- ✓ En los juegos de azar no existe la habilidad: la máquina siempre tiene ventaja

sobre el jugador.

¿Qué debe hacer si volviese a jugar?

A pesar de todo, puede que en alguna ocasión juegue. A continuación encontrará una serie de recomendaciones que le serán de utilidad en esas situaciones:

1. *¡Importante!: tener un traspié no significa haber recaído.* Debe tener claro que una cosa es sufrir un episodio aislado de juego y otra distinta que se produzca una recaída, lo que supone jugar otra vez de forma regular. Por tanto, no piense que está todo perdido, todavía puede hacer algo para no seguir jugando.
2. *Los motivos para dejar de jugar.* Lo primero de todo, recuerde los motivos que tenía para dejar de jugar (véase el [cuadro 5.2](#)). Es posible que haya surgido alguno nuevo; añádalo a la lista. Recuerde también todas las consecuencias negativas que le acarreó el juego (véase el [cuadro 5.5](#)). Reflexione sobre ello..., y si continúa pensando que le compensa más estar sin jugar, siga leyendo las instrucciones que se le dan a continuación.
3. *¡Haga algo!* Si todavía está en el local de juego, salga y aléjese de esa situación, porque lo más probable es que haya perdido y ahora quiera recuperar ese dinero. ¡Ni lo intente!, el dinero lo ha perdido, olvídense de él.

Es importantísimo que informe de lo ocurrido a esas personas que le han estado ayudando durante todo este tiempo. Es verdad que se van a disgustar y posiblemente se enfadarán con usted, pero después del primer impacto reconocerán que usted ha sido sincero con ellos, y eso además de alegrarles les va a producir cierta tranquilidad. Si informa de ese episodio de juego, no se verá en la necesidad de tener que recuperar un dinero perdido que no puede justificar.

Repase los acontecimientos para detectar esas situaciones de riesgo a las que usted se ha visto expuesto y analice cuáles hubieran sido las estrategias adecuadas para afrontarlas. Haber jugado le sirve para detectar esos *semáforos rojos* que no debía haberse saltado, téngalos en cuenta la próxima vez.

4. *Efecto de la transgresión de la abstinencia.* ¿En qué consiste el efecto de transgresión de la abstinencia? En ese tiempo en el que usted ha estado sin jugar, tendría una imagen de sí mismo como un *no jugador*. Si después de estar abstinentemente vuelve a jugar, experimentará una gran culpa y una sensación de conflicto. La manera más común de reducir esa sensación desagradable es a través de la repetición reiterada de la conducta de jugar (recuerde cómo se jugaba ante estados de ánimo desagradables) y la modificación de la imagen personal en consonancia con la recaída («no estoy completamente recuperado», «soy un

jugador»). A su vez, el hecho de atribuir dicha recaída a una debilidad interna como falta de «fuerza de voluntad» o insuficiente «capacidad de control» favorecerá que se siga jugando, ya que, aunque lo intente, no va a poder resistir las «tentaciones» que irán apareciendo, pues no tiene ni fuerza de voluntad ni capacidad de control para hacer frente a estas situaciones. Todo esto aumentará la probabilidad de encontrarse ante situaciones de alto riesgo y experimentar nuevas recaídas.

No olvide que la única razón por la que ha podido recaer es que se ha expuesto a una situación de alto riesgo sin la puesta en marcha de las estrategias de afrontamiento adecuadas. Para volver a controlar la situación, sólo tiene que analizar los *semáforos rojos* que se ha saltado y utilizar las estrategias oportunas.

Recuerde:

- ✓ Haber jugado en una ocasión no significa que haya recaído.
- ✓ No intente recuperar el dinero perdido. Informe de su situación: reconozca que ha jugado.
- ✓ La experiencia de haber jugado tiene una parte positiva: no subestimar esa situación la próxima vez.
- ✓ Las recaídas no son el producto de la falta de «fuerza de voluntad». ¡Haga algo!, no se deje llevar por la sensación de fracaso.
- ✓ Si ha recaído, no se desanime, puede empezar de nuevo. Esta vez le costará menos.

Anexos

Anexo A
Entrevista estructurada DSM-IV de juego patológico
(Fernández-Alba, 1995)

Inclusión: 5 o más de A

Exclusión: B

(A1) Preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores, planificar la próxima aventura o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar).

1. ¿Se encuentra a menudo recordando experiencias pasadas de juego, planificando la próxima vez que va a jugar y/o se plantea formas de conseguir dinero con el que jugar?

(A2) Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.

2. A. ¿Ha jugado alguna vez más dinero de lo que tenía pensado?
B. SI 2A. ¿Necesita aumentar cada vez más la cantidad de dinero jugado para experimentar el grado de excitación deseado? o ¿le parece que necesita gastar cada vez más dinero en el juego?

(A3) Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.

3. A. ¿Intenta controlar, interrumpir o detener el juego?
B. SI 3A.
¿Con éxito?
¿Fracasa en el intento?

(A4) Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.

4. SI 3A. ¿El intento de interrumpir o detener el juego le produce inquietud o irritabilidad?

(A5) El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).

5. A. ¿Juega para evadirse de algún problema?

B. ¿Jugar le alivia algún sentimiento de desesperanza, culpa, ansiedad o depresión?

(A6) Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de “cazar” las propias pérdidas).

6. Cuando usted se juega dinero, ¿vuelve otra vez a jugar para recuperar el dinero perdido?

(A7) Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas y otras personas para ocultar el grado de implicación en el juego.

7. A. ¿Cree usted que tiene algún problema con el juego?

B. ¿Ha ocultado alguna vez a su pareja, a sus hijos, seres queridos o, incluso, al terapeuta dinero obtenido/perdido en el juego u otros signos de juego?

C. ¿Ha afirmado usted alguna vez haber ganado dinero en el juego cuando en realidad había perdido?

(A8) Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza para financiar el juego.

8. A. ¿Cómo se financia el juego?

1. Dinero de su sueldo

2. Dinero familiar

3. Fraude

4. Robo

5. Falsificación

6. Préstamo

B. SI 8.A6. ¿A quién ha pedido el dinero prestado para jugar o de dónde lo ha obtenido?

1. Del dinero de casa

2. A su pareja

3. A otros familiares

4. De bancos o cajas de ahorro

5. De tarjetas de crédito

6. De prestamistas

7. De la venta de acciones u otros valores bancarios

8. De la venta de propiedades personales o familiares

- 9. De la firma de cheques falsos o sin fondos
- 10. De una cuenta de crédito en el mismo casino

(A9) Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.

- 9. A. ¿Ha perdido alguna vez tiempo de trabajo o de clase debido al juego?
- B. SI 9A. ¿Ha perdido algún trabajo u oportunidad profesional o educativa debido al juego?
- C. ¿Ha dejado de salir con los miembros de su familia o amigos cercanos por jugar?
- D. SI 9C.
¿Con quién?
¿Ha arriesgado o perdido esa relación?

(A10) Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.

- 10. A. ¿Ha acudido a alguien para que le ayude con sus problemas económicos producidos por el juego?
- B. SI 10A. ¿A quién se lo ha pedido o de dónde lo ha obtenido?
 - 1. Del dinero de casa
 - 2. A su pareja
 - 3. A otros familiares
 - 4. De bancos o cajas de ahorro
 - 5. De tarjetas de crédito
 - 6. De prestamistas
 - 7. De la venta de acciones u otros valores bancarios
 - 8. De la venta de propiedades personales o familiares
 - 9. De la firma de cheques falsos o sin fondos

Exclusión: B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.

Anexo B
Pauta de entrevista sobre el juego
(Fernández-Alba, 1995)

A continuación voy a hacerle unas preguntas acerca de su motivo de consulta:

1. ¿Cómo describiría usted el problema por el que ha acudido a nuestra consulta?
2. • ¿Me podría describir detalladamente la última vez que le ocurrió esto?
 - ¿Cuál fue la ocasión o el período más intenso?
 - ¿Y la vez o el período menos intenso?
3. ¿Cómo situaría su estado actual en relación con los dos episodios anteriores?
4. ¿Cuáles son las razones por las que juega (excitación, pasar un buen rato, ganar dinero, recuperar un dinero perdido, por ser sociable...)?
5. ¿Cómo ha repercutido el juego en:
 - Su salud física/psicológica?
 - Su familia?
 - Su pareja?
 - Su trabajo?
 - Sus estudios?
 - Sus relaciones sociales?
 - Sus actividades de ocio?
 - Su economía?
6. ¿Ha sido arrestado alguna vez por cometer un acto ilegal, como falsificación, fraude o robo?
7. ¿Cómo ha afectado o afecta el juego a las personas que se relacionan con usted?

Vamos a hacer ahora un poco de historia sobre su problema:

8. ¿A qué edad comenzó a jugar?
9. ¿En qué juegos?
10. ¿Con qué frecuencia y cuánto dinero gastaba originalmente? ¿Ganó algún premio

grande en aquella época?

11. ¿Por qué motivos comenzó a jugar (pensamientos sobre ganancias, pasarlo bien, algo prohibido, personas que le incitaban...)?
12. ¿Existen antecedentes familiares de juego, consumo de alcohol o psicopatología (depresión, trastorno de ansiedad, etc.)?
13. • ¿Cuándo comenzó a ser el juego un problema para usted?
 - ¿A qué atribuye la aparición del problema (estrés, falta de dinero o trabajo, relaciones afectivas o interpersonales, matrimonio, divorcio, nacimiento de un hijo, etc.)?
14. ¿Cómo ha evolucionado el problema hasta ahora, esto es, ha permanecido igual desde entonces, ha mejorado, ha empeorado?
15. ¿Qué circunstancias hacen que el problema:
 - se agrave?
 - disminuya?
 - desaparezca?
16. • ¿Qué ha hecho usted hasta ahora para solucionar su problema?
 - ¿Qué resultados ha obtenido?
 - ¿Cuántas recaídas ha tenido?
 - ¿Cuánto duró su último período voluntario de abstinencia?
 - ¿Hace cuánto tiempo que acabó este período de abstinencia?
 - ¿Cuánto tiempo lleva sin jugar (cuando acude a consulta)?
 - ¿De qué estrategias y/o recursos dispone actualmente para dejar de jugar (amigos, estrategias de afrontamiento, etc.)?
17. • ¿Ha recibido alguna vez tratamiento por este problema?
 - ¿Cuántas veces ha sido tratado por problemas de juego?
 - ¿Qué resultados ha obtenido?
18. • ¿Cómo es su preocupación con respecto a este problema?
 - ¿En qué medida está interesado en solucionar este problema?
19. ¿Qué espera conseguir al finalizar este tratamiento?

Anexo C

South Oaks Gambling Screen (SOGS)

(South Oaks Foundation, 1992. Adaptación y validación de Echeburúa y Báez, 1993)

1. Indique, por favor, cuál de los siguientes juegos ha practicado usted en su vida. Señale para cada tipo una contestación:

1 = Nunca

2 = Menos de una vez por semana

3 = Una vez por semana o más

	1	2	3
a) Jugar a cartas con dinero de por medio	☐	☐	☐
b) Apostar en las carreras de caballos	☐	☐	☐
c) Apostar en el frontón o en los deportes rurales	☐	☐	☐
d) Jugar a lotería, a las quinielas, a la primitiva, a la bono-loto o a los ciegos	☐	☐	☐
e) Jugar en el casino	☐	☐	☐
f) Jugar al 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?

- Nunca he jugado dinero ☐
- Entre 6 y 3 euros ☐
- Entre 60 y 300 euros ☐
- Menos de 6 euros ☐
- Entre 30 y 60 euros ☐
- Más de 300 euros ☐

3. Señale quién de las siguientes personas allegadas tiene (o ha tenido) un problema de juego.

- Mi padre ☐
- Mi madre ☐
- Un hermano ☐
- Un abuelo ☐
- Mi cónyuge o pareja ☐

- Alguno de mis hijos ☐
- Otro familiar ☐
- Un amigo o alguien importante para mí ☐
4. Cuando usted juega dinero, ¿con qué frecuencia vuelve otra vez a jugar para recuperar lo perdido?
- Nunca ☐
- Algunas veces, pero menos de la mitad ☐
- La mayoría de las veces que pierdo ☐
- Siempre que pierdo ☐
5. ¿Ha afirmado usted alguna vez haber ganado dinero en el juego cuando en realidad había perdido?
- Nunca ☐
- Sí, pero menos de la mitad de las veces que he perdido ☐
- La mayoría de las veces ☐
6. ¿Cree usted que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?
- No ☐
- Ahora no, pero en el pasado sí ☐
- Ahora sí ☐
7. ¿Ha jugado alguna vez más dinero de lo que tenía pensado?
- Sí ☐ No ☐
8. ¿Le ha criticado la gente por jugar dinero o le ha dicho alguien que tenía un problema de juego, a pesar de que usted cree que no es cierto?
- Sí ☐ No ☐
9. ¿Se ha sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?
- Sí ☐ No ☐
10. ¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello?
- Sí ☐ No ☐
11. ¿Ha ocultado alguna vez a su pareja, a sus hijos o a otros seres queridos billetes

de lotería, fichas de apuestas, dinero obtenido en el juego u otros signos de juego?

Sí ☐ No ☐

12. ¿Ha discutido alguna vez con las personas con quien convive sobre la forma de administrar el dinero?

Sí ☐ No ☐

13. (Si ha respondido sí a la pregunta anterior) ¿Se han centrado alguna vez las discusiones de dinero sobre el juego?

Sí ☐ No ☐

14. ¿Ha pedido en alguna ocasión dinero prestado a alguien y no se lo ha devuelto a causa del juego?

Sí ☐ No ☐

15. ¿Ha perdido alguna vez tiempo de trabajo o de clase debido al juego?

Sí ☐ No ☐

16. Si ha pedido prestado dinero para jugar o pagar deudas, ¿a quién se lo ha pedido o de dónde lo ha obtenido? (ponga una X en las respuestas que sean ciertas en su caso)

- | | |
|---|--------------------------|
| a) Del dinero de casa | ☐ |
| b) A mi pareja | ☐ |
| c) A otros familiares | ☐ |
| d) De bancos y cajas de 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 y 3.

✓ Pregunta 4: La mayoría de las veces que pierdo

o

Siempre que pierdo

✓ Pregunta 5: Sí, pero menos de la mitad de las veces que he perdido

o

La mayoría de las veces

✓ Pregunta 6: Ahora no, pero en el pasado sí

o

Ahora sí

✓ Pregunta 7: Sí

✓ Pregunta 8: Sí

✓ Pregunta 9: Sí

✓ Pregunta 10: Sí

✓ Pregunta 11: Sí

✗ Pregunta 12: No se valora

✓ Pregunta 13: Sí

✓ Pregunta 14: Sí

✓ Pregunta 15: Sí

✓ Pregunta 16a: Sí

✓ Pregunta 16b: Sí

✓ Pregunta 16c: Sí

✓ Pregunta 16d: Sí

✓ Pregunta 16e: Sí

✓ Pregunta 16f: Sí

✓ Pregunta 16g: Sí

✓ Pregunta 16h: Sí

✗ Pregunta 16i: No se valora

• TOTAL = (sobre un máximo de 19 puntos) → 4 o más =

= Probable jugador patológico

Anexo D

Cuestionario de evaluación de variables dependientes del juego (Echeburúa y Báez, 1991)

Versión para el paciente

1. ¿Con qué frecuencia juega usted semanalmente a los siguientes juegos?:

• Máquinas recreativas	_____
• Bingo	_____
• Casino	_____
• Lotería Nacional	_____
• Lotería Primitiva	_____
• Bono-Loto	_____
• ONCE	_____
• Quinielas	_____
• Cartas	_____
• Otros (especificar)	_____
<i>Total</i>	_____ veces

Considero que esta frecuencia es:

☐	☐	☐	☐	☐
Muy grande	Grande	Mediana	Pequeña	Nula

2. Especifique cuánto dinero se gasta semanalmente en cada uno de los juegos:

• Máquinas recreativas	_____
• Bingo	_____
• Casino	_____
• Lotería Nacional	_____
• Lotería Primitiva	_____
• Bono-Loto	_____
• ONCE	_____
• Quinielas	_____
• Cartas	_____
• Otros (especificar)	_____
<i>Total</i>	_____ euros

Considero que esta cantidad de dinero es:

☐	☐	☐	☐	☐
Muy grande	Grande	Mediana	Pequeña	Nula

3. ¿Cuánto tiempo dedica al juego semanalmente?

- Máquinas recreativas..... _____
- Bingo _____
- Casino _____
- Lotería Nacional _____
- Lotería Primitiva _____
- Bono-Loto..... _____
- ONCE..... _____
- Quinielas _____
- Cartas..... _____
- Otros (especificar) _____
- Total* _____ horas

Considero que esta cantidad de tiempo es:

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Muy grande Grande Mediana Pequeña Nula

4. Considero la frecuencia con la que pienso en el juego:

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Muy grande Grande Mediana Pequeña Nula

5. Considero mi necesidad de jugar:

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Muy grande Grande Mediana Pequeña Nula

Anexo E
Inventario de pensamientos
(Fernández-Alba, 1996)

N.º H.^a

Fecha:

A continuación aparece una serie de frases que describen pensamientos que la gente puede tener mientras juega. Por favor, lea atentamente cada frase y rodee con un círculo el número que mejor describa *en qué medida la frase es cierta para usted*, siguiendo las pautas que a continuación se indican.

1 = No lo pienso **nunca**

2 = No lo pienso **casi nunca**

3 = Lo pienso **a veces**

4 = Lo pienso **casi siempre**

5 = Lo pienso **siempre**

CUANDO JUEGO

	1	2	3	4	5
1. Tengo un «sistema» para ganar en el juego.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Suelo predecir tanto los resultados positivos como los negativos.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Las máquinas tragaperras no se pueden controlar.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Si gano, tiendo a pensar que mi «sistema» ha funcionado o que lo he hecho bien.	☐	☐	☐	☐	☐
5. A veces voy con la «sensación» de que voy a ganar.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Me fijo mucho en los resultados del juego para sacar conclusiones de cómo apostar, cuándo y cuánto.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Pienso que en las máquinas tragaperras hay más posibilidades de perder que de ganar.	☐	☐	☐	☐	☐
8. No pienso en las consecuencias negativas, sólo en que me puede tocar o puedo ganar.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Creo que ganar es una cuestión de suerte más que de probabilidad.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Pienso que a la larga se acaba siempre perdiendo.	☐	☐	☐	☐	☐

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Cuando una combinación de frutas lleva mucho tiempo sin aparecer, pienso que está a punto de salir. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12. Cuando una máquina lleva muchas jugadas sin dar premios, pienso que está «caliente», que pronto va a tocar algo. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13. Tengo manías, como llevar la misma ropa, amuletos, juegos mentales con números, etc. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14. Cada partida es independiente de las demás, por tanto, los resultados de una jugada no influyen en los resultados de las siguientes. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15. No dejo jugar a otros en «mi máquina» hasta que no haya acabado. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16. Cuando pierdo y he estado «cerca», pienso que «casi gano». | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17. Pienso que no se pueden predecir los resultados. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 18. Me considero una persona con suerte en el juego («suertuda»). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 19. Pienso que soy más listo que los demás y que a la larga ganaré. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 20. Cuando estoy jugando casi siempre hago las mismas cosas y en el mismo orden. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 21. Por mucho que juegue no llegaré a controlar las máquinas tragaperras. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 22. Suelo anticipar cuando va a tocar un gran premio. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 23. Pienso que soy bueno en este juego y que, por tanto, llegaré a controlarlo. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 24. Pienso que es el azar el que determina los resultados del juego. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 25. Me imagino el estruendo de una máquina tragaperras cuando da premios y pienso lo probable que es que me toque también a mí. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 26. Pienso que si juego el tiempo suficiente recuperaré mis pérdidas. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 27. Tengo un lugar y/o una máquina favorita donde las posibilidades de ganar son mayores. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 28. Pienso que jugando no llegaré a recuperar el dinero perdido. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 29. Si pierdo, pienso que es debido a la mala suerte. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 30. He ganado muchas veces, de hecho al final siempre salgo ganando. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Anexo F
Auto-registro de la conducta de juego

Fecha Hora	Lugar	Compañía	Pensamientos	Deseo de jugar (0-10)	Tipo de juego	Tiempo empleado	Dinero gastado	Consecuencias

Anexo G
Auto-registro de las tareas de exposición

Fecha Hora	Tarea a realizar	Lugar	Compañía	Duración de la tarea	Deseo de jugar (0-10)			Pensamientos	Observaciones
					Antes	Durante	Después		

Anexo H

Auto-registro de pensamientos

Fecha Hora	Pensamientos	C/E*	Deseo de jugar (0-10)	Tipo de juego	Tiempo empleado	Dinero gastado	Corrección pensamientos erróneos
---------------	--------------	------	--------------------------	------------------	--------------------	-------------------	-------------------------------------

C: pensamiento correcto.
E: pensamiento erróneo.

Anexo I
Listado de pensamientos erróneos

<i>¿Qué errores se suelen cometer?</i>	<i>¿En qué consisten?</i>	<i>Un ejemplo Mis pesamientos</i>
Ilusión de control	Creer que se puede controlar un juego o algún aspecto de éste, cuando en realidad los resultados dependen del azar (la casualidad)	Parar los botones de una máquina rápidamente pensando que así tiene más posibilidad de ganar _____ _____ _____
La suerte y la habilidad	Creer que se tiene suerte en el juego y/o que se posee cierta habilidad para controlar los resultados	Pensar que una máquina de suerte o que se le tiene cogido el «tranquillo» _____ _____ _____
Supersticiones	Pensar que objetos, personas o situaciones están directamente relacionados con un resultado positivo o negativo	Tener un amuleto _____ _____ _____
Predicciones	Pensar que se pueden anticipar los resultados futuros analizando las jugadas previas	Pensar que el premio está a punto porque la máquina lleva mucho tiempo sin dar nada _____ _____ _____
«Casi gano»	Pensar que se tienen más posibilidades de ganar cuando el premio ha estado cerca	Pensar que se está a punto de ganar porque en la jugada anterior han salido dos figuras iguales _____ _____ _____
«He ganado, ¡qué buen jugador soy!»	En los resultados se atribuye el éxito a la habilidad personal y el fracaso a factores ajenos al jugador	Atribuirse el éxito cuando se gana en una jugada y pensar que los demás le han distraído cuando pierde _____ _____ _____
«Recuerdo cuánto gano»	El éxito en el juego se calcula sumando los premios, pero no restando las pérdidas	Se invierten 90 euros en una máquina y como ha salido el premio de 60 euros, se piensa que ha ganado _____ _____ _____

Anexo J

Registro de solución de problemas

<i>Problema</i>	¿Cuál es el problema?	¿Cuál es el objetivo o meta?
<i>Alternativas</i>	¿Qué alternativas tengo?	¿Qué características tienen esas alternativas?
<i>Solución</i>	¿Qué alternativa elijo?	¿Cuáles son las razones?
<i>Puesta en marcha</i>	¿Cómo voy a llevar a cabo esa solución?	¿He conseguido el objetivo?

Clave de respuestas

Capítulo 1					
	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
2.- Pregunta:	☐	☐	☐	☒	☐
3.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐
4.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐

Capítulo 3					
	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☐	☐	☐	☒
2.- Pregunta:	☐	☐	☐	☒	☐
3.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
4.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐

Capítulo 2					
	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
2.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐
3.- Pregunta:	☐	☐	☐	☒	☐
4.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐

Capítulo 4					
	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☐	☐	☐	☒
2.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
3.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐
4.- Pregunta:	☐	☐	☐	☐	☒
5.- Pregunta:	☐	☐	☐	☐	☒

Lecturas recomendadas y bibliografía

Lecturas recomendadas

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

Es un libro de divulgación que acerca el mundo del juego patológico al gran público. Esta guía práctica ofrece, además de información sobre el juego y los jugadores, material que ayuda a detectar si una persona tiene un problema de juego y en tal caso qué se puede hacer para ponerle solución, tanto desde el punto de vista del jugador como del familiar con el que convive. Incluye también algunos datos importantes para la prevención de este trastorno. Escrito de una manera sencilla, incluyendo para el disfrute del lector curiosidades y cifras sobre el juego, consigue de forma eficaz su objetivo de servir de lectura introductoria al problema del juego patológico.

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

Es un manual de autoayuda para dejar de jugar. El libro está dividido en dos partes: *a)* el programa de ayuda para el paciente y *b)* la guía para el terapeuta. El programa de autoayuda sigue un esquema organizado en tres partes; comienza aportando la información necesaria para determinar si se tiene un problema de juego, posteriormente se proporcionan de forma pormenorizada las instrucciones para dejar de jugar en cinco semanas y finalmente se incluye una serie de estrategias para prevenir las recaídas. La guía para el terapeuta incluye la información teórica y los datos empíricos que justifican la propuesta de tratamiento de los autores. Además se incluye un apartado en el que se recoge una gran variedad de instrumentos de evaluación. Un libro eminentemente práctico, tanto para las personas que tienen un problema de juego como para los profesionales de la salud.

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

Es un libro teórico que incluye información técnica y exhaustiva sobre el juego patológico, por lo que está especialmente dirigido a los profesionales de la psicología. El esquema del libro incluye el abordaje de la terminología y tipologías

para designar a las personas con problemas de juego, datos epidemiológicos, comorbilidad del juego patológico y las conductas adictivas, etiología del problema, evaluación y tratamiento, para finalizar con un capítulo dedicado a la prevención de este trastorno.

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

Es un libro teórico centrado en los problemas de juego en la adolescencia. Se recogen los aspectos más importantes de la temática, así como las principales técnicas de evaluación y tratamiento para aplicar en jóvenes con problemas de juego. Destacan, por su importancia en la población adolescente, los capítulos dedicados a la prevención del juego patológico y al uso de videojuegos. Incluye un anexo con distintos instrumentos de evaluación del juego patológico específicos para esta población.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (3rd edition) DSM-III. Washington: A. P. A.
- American Psychiatric Association (1987/1988). *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.
- American Psychiatric Association (1994/1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S. A.
- 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.
- Becoña, E. (1996). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.
- Becoña, E. (1997). Pathological gambling in spanish children and adolescents: An emerging problem. *Psychological Reports*, 81 (1), 275-287.
- Becoña, E.; Labrador, F. J.; Echeburúa, E.; Ochoa, E. y Vallejo, M. A: (1995). Slot machine gambling in Spain: An important and new social problem. *Journal of Gambling Studies*, 11 (3), 265-286.
- Becoña, E. y Gestal, C. (1996). El juego patológico en niños de 21 ciclo de E. G. B. *Psicothema*, 8 (1), 13-23.
- Carlton, P. L. y Manowitz, P. (1987). Physiological factors as determinants of pathological gambling. *Journal of Gambling Behavior*, 3 (4), 274-285.
- Custer, R. L. (1982). An overview of compulsive gambling. En P. J. Carone; S. F. Yoles; S.

- N. Kieffer y L. Krinsky (Eds.), *Addictive disorders update: alcoholism, drug abuse, gambling* (pp. 107-124). New York: Human Science Press.
- Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*, 4 (1), 7-20.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1994a). Concepto y evaluación del juego patológico. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 521-556). Madrid: Debate.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1994b). Tratamiento psicológico del juego patológico. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 557-589). Madrid: Debate.
- Echeburúa, E.; Báez, C. y Fernández-Montalvo, J. (1994). Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20 (73), 617-643.
- 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 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 slot-machine pathological gambling: Long-term outcome. *Behavior Therapy*, 31, 351-364.
- Fernández-Alba, A. (1999). *Tratamiento psicológico del juego patológico en jugadores de máquinas recreativas con premio*. Universidad Complutense de Madrid: Tesis Doctoral.
- Fernández-Alba, A.; Labrador, F. J.; Rubio, G.; Ruiz, B.; Fernández, O. y García, M. (2000). Análisis de las verbalizaciones de jugadores patológicos mientras juegan en máquinas recreativas con premio: estudio descriptivo. *Psicothema*, 12 (4), 654-660.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997): *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Montalvo, J.; Echeburúa, E. y Báez, C. (1995). El Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP): un nuevo instrumento de "screening". *Análisis y Modificación de Conducta*, 21 (76), 211-223.
- Fisher, S. (1992). Measuring pathological gambling in children: The case of fruit machines in the U. K. *Journal of Gambling Studies*, 8 (3), 263-285.

- Fisher, S. (1993). Gambling and pathological gambling in adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 9 (3), 277-288.
- Gaboury, A. y Ladouceur, R. (1989). Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4 (4), 411-420.
- Gilovich, T. (1983). Biased evaluation and persistence in gambling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (6), 1110-1126.
- Ibáñez, A. y Sáiz, J. (2000). *La ludopatía: una «nueva» enfermedad*. Barcelona: Masson.
- 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.
- Ladouceur, R. (1993). Causes of pathological gambling. En W.R. Eadington y J. A. Cornelius (Eds.), *Gambling behavior & problem gambling* (pp. 333-335). Reno, Nevada: University of Nevada.
- Ladouceur, R. y Mireault, C. (1988). Gambling behaviors among high school students in the Quebec area. *Journal of Gambling Behavior*, 4 (1), 3-12.
- 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 Rosenthal, R. J. (1991). Pathological gambling: a review of the literature (prepared for the American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV Committee on Disorders of Impulsive Control Not Elsewhere Classified). *Journal of Gambling Studies*, 7 (1), 5-39.
- McConaghy, N. (1980). Behavior completion mechanisms rather than primary drives maintain behavioral patterns. *Activitas Nervosa Superior (Praha)*, 22 (2), 138-151.
- McConaghy, N. (1983). Agoraphobia, compulsive behaviours and behaviour completion mechanisms. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 17, 170-179.
- McGurrin, M. C. (1992). *Pathological gambling: conceptual, diagnostic, and treatment issues*. Sarasota, Florida: Professional Resource Press.
- Ochoa, E. y Labrador, F. J. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza & Janés Editores.
- O. M. S. (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Prieto, M. y Llavona, L. (1998). 20 Questions of Gamblers Anonymous: A psychometric study with population of Spain. *Journal of Gambling Studies*, 14 (1), 3-15.
- Rodríguez-Martos, A. (1987). Juego: otro modelo de dependencia. Aspectos comunes y diferenciales con respecto a las drogodependencias. *Fans Informatiu*, 12, 1-54.
- Rosecrance, J. (1988). Active gamblers as peer counselors. *The International Journal of the Addictions*, 23 (7), 751-766.
- Secades, R. y Villa, A. (1998). *El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento*

en la adolescencia. Madrid: Pirámide.

- Shaffer, H. J.; LaBrie, R.; Scanlan, K. M. y Cummings, T. N. (1994). Pathological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS). *Journal of Gambling Studies*, 10 (4), 339-362.
- Shaffer, H. J. y Hall, M. N. (1996). Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders: A quantitative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature. *Journal of Gambling Studies*, 12 (2), 193-214.
- Sharpe, L. y Tarrier, N. (1993). Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. *British Journal of Psychiatry*, 162, 407-412.
- Walker, M. B. (1992a). *The Psychology of gambling*. Oxford: Pergamon Press.
- Walker, M. B. (1992b). Irrational thinking among slot machine players. *Journal of Gambling Studies*, 8 (3), 245-261.
- 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 (1), 63-84.

Índice

Título	4
Derechos de Autor	6
Índice	7
Capítulo 1. Introducción	10
1.1. Descripción clínica	10
1.1.1 Descripción conductual	11
1.1.2. Criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10	13
1.2. Curso del trastorno	16
1.3. Datos epidemiológicos	20
1.3.1. Estudios realizados en la población general	20
1.3.2. Estudios realizados en la población clínica	22
Cuadro resumen	22
Exposición de un caso clínico: presentación	23
Preguntas de autoevaluación	24
Capítulo 2. Etiología	27
2.1. Variables implicadas	27
2.1.1. Variables sociodemográficas y culturales	27
2.1.2. Factores de personalidad	30
2.1.3. Factores biológicos	30
2.1.4. Factores de aprendizaje	33
2.1.5. Distorsiones cognitivas	35
2.2. Modelos explicativos: teoría de Sharpe y Tarrier (1993)	40
2.3. Variables e hipótesis explicativas: situación actual	42
Cuadro resumen	46
Exposición de un caso clínico: factores etiológicos	46
Preguntas de autoevaluación	48
Capítulo 3. Evaluación	50
3.1. Aspectos a evaluar	51
3.2. Instrumentos	54
3.2.1. Entrevistas estructuradas y semiestructuradas	54
3.2.2. Cuestionarios	57
3.2.3. Observación y auto-observación	68

3.2.4. Evaluación psicofisiológica: diseño de una sesión	72
3.3. Diagnóstico de problemas concomitantes: alcohol	74
3.4. Diagnóstico diferencial: episodio maníaco	76
3.5. Formulación del trastorno	78
Cuadro resumen	80
Exposición de un caso clínico: evaluación y desarrollo de hipótesis explicativas del problema	82
Preguntas de autoevaluación	88
Capítulo 4. Tratamiento I: guía para el terapeuta	90
4.1. Objetivo terapéutico: abstinencia versus un juego controlado	90
4.2. Revisión histórica de las técnicas utilizadas: eficacia de los programas terapéuticos	91
4.2.1. Primera fase: intervenciones farmacológicas y técnicas aversivas	93
4.2.2. Segunda fase: técnicas de exposición	98
4.2.3. Tercera fase: programas multicomponentes en régimen de internamiento	103
4.2.4. Cuarta fase: programas multicomponentes en régimen ambulatorio y programas autoaplicados	108
4.3. Propuesta de un programa de intervención	126
4.3.1. Objetivo	126
4.3.2. Técnicas seleccionadas	126
4.3.3. Diseño de las sesiones	136
4.3.4. Consideraciones prácticas	147
4.3.5. Eficacia del programa terapéutico y de sus componentes principales	156
Cuadro resumen	163
Exposición de un caso clínico: programa de intervención	164
Preguntas de autoevaluación	177
Capítulo 5. Tratamiento II: guía para el paciente	180
5.1. ¿Le gusta jugar?	180
5.2. ¿Tengo un problema con el juego?	180
5.3. ¿Por qué tengo un problema con el juego?	184
5.4. ¿Cómo puedo dejar de jugar?	191
5.4.1. Primer objetivo: dejando de jugar a corto plazo	192
5.4.2. Segundo objetivo: manteniéndose sin jugar a medio/largo plazo	196
5.4.3. Tercer objetivo: realizando otras actividades alternativas al juego	202
5.4.4. Cuarto objetivo: resolviendo los problemas de otra manera	204

5.5. ¿Y si tengo una recaída?	206
Anexos	211
Clave de respuestas	235
Lecturas recomendadas y bibliografía	237