



Manual de Intervención en Juego Patológico



Servicio
Extremeño
de Salud

PiDCA
2008•2012

PLAN INTEGRAL DE DROGODEPENDENCIAS
Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS

MANUAL DE INTERVENCIÓN EN JUEGO PATOLÓGICO

Junta de Extremadura
Consejería de Sanidad y Dependencia

Servicio Extremeño de Salud
Secretaría Técnica de Drogodependencias

Coordinación y Redacción:

José Antonio Santos Cansado. Psicólogo
Secretaría Técnica de Drogodependencias

Grupo de Trabajo para la elaboración del documento.

José Gómez Romero. Psiquiatra.
Hospital Psiquiátrico de Mérida.

Martina Sancho de Barros. Psicóloga Clínica
Centro Ambulatorio de Atención a Conductas Adictivas de Zafra

Mª Mar Fernández Arroyo. Psicóloga
ATABAL. Centro convenido de Atención Ambulatoria a Conductas Adictivas. Badajoz

Joaquín Cabrera Nieto. Trabajador Social
ADAT. Centro de Día. Programa de atención a jugadores patológicos. Don Benito

Carmen Quesada Romero. Psicóloga Clínica
Comunidad Terapéutica "La Garrovilla". Mérida

Javier Berrocoso López. Psicólogo
Secretaría Técnica de Drogodependencias

Juan Carlos Martín Araujo.
Ex-Secretario Técnico de Drogodependencias.

Expertos Consultores Colaboradores Externos

Javier Fernández-Montalvo. Dr. en Psicología. Universidad Pública de Navarra.

Enrique Echeburúa Odriozola. Catedrático de Psicología Clínica. Universidad del País Vasco.

Ángela Ibáñez Cuadrado. Dra. en Psiquiatría. Unidad de Juego. Servicio de Psiquiatría.
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Roberto Secades Villa. Dr. en Psicología. Grupo de Conductas Adictivas. Universidad de Oviedo.

Apoyo Administrativo:

Rosa Mª Olivas Amaro

ISBN-13: 978-84-96958-13-5

Depósito Legal: BA-784-2008

Maquetación e Impresión: Imprenta Moreno, S.L. - 924 45 50 33

MANUAL DE INTERVENCIÓN EN JUEGO PATOLÓGICO

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. CARACTERÍSTICAS DEL JUEGO PATOLÓGICO Y DIAGNÓSTICO.....	9
2.1. Aclarando la terminología de Juego & Juego Patológico.....	9
2.2. Juego Patológico que mayor incidencia presenta en los centros de tratamiento	9
2.3. El proceso de adquisición del Juego Patológico	9
2.4. La personalidad del jugador	11
2.5. La ludopatía como conducta adictiva	11
2.6. Criterios diagnósticos del Juego Patológico o Ludopatía.....	14
3. TIPOLOGÍA DE JUGADORES Y EPIDEMIOLOGÍA	17
3.1. Tipos de Jugadores	17
El Jugador Social.....	17
El Jugador Profesional	17
El Jugador Problema	17
El Jugador Patológico. Ludópata	17
Tipología de jugadores patológicos	18
3.2. Epidemiología del Trastorno	19
El perfil del Jugador Patológico	20
Prevalencias en adolescentes y jóvenes	20
4. EVALUACIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO.....	23
4.1. La entrevista clínica en Juego Patológico.....	23
4.2. Cuestionarios, inventarios y otros instrumentos de evaluación de la ludopatía.....	25
4.3. Completar la evaluación.....	27
5. TRATAMIENTOS.....	29
5.1. Tratamiento farmacológico	29
5.1.1. Antidepresivos.....	30
5.1.2. Estabilizadores del estado de ánimo.....	31
5.1.3. Antagonistas opioides.....	31
5.1.4. Ansiolíticos.....	32
5.1.5. Antipsicóticos.....	32
5.1.6. Resumen	33
5.2. Tratamiento Psicológico	33
5.2.1. Terapias aversivas.....	33
5.2.2. Desensibilización Imaginada.....	33
5.2.3. Control de estímulos	34
5.2.4. Exposición en vivo	36
5.2.5. Prevención de recaídas	38
5.2.6. Terapia cognitivo-conductual (Programas Multicomponentes).....	40
5.2.7. Terapia de Grupo	42
5.3. Jugadores Anónimos.....	47

5.4. Asociaciones de Jugadores	47
5.5. Juego Controlado.....	47
5.6. Reducción de Riesgos y Daños.....	48
5.7. Conclusiones en cuanto a los tratamientos.....	52
5.8. Recuperación natural o remisión espontánea	54
6. LECTURAS RECOMENDADAS	57
7. BIBLIOGRAFÍA	59
8. ANEXOS.....	65
8.1. Hoja de Acogida.....	65
8.2. Entrevista Clínica.....	67
8.3. Entrevista Estructurada de la Conducta de Juego para Adolescentes (Secades y Villa, 1998).....	72
8.4. Cuestionarios, inventarios y autorregistros para la evaluación y apoyo al tratamiento	74
8.4.1. Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS) (South Oaks Foundation, 1992. Validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994)	74
8.4.2. Cuestionario de Evaluación del DSM-IV para el Juego Patológico.....	78
8.4.3. Cuestionario de Juego de South Oaks-Versión revisada para Adolescentes (SOGS-RA) (Winters, Stinchfield y Fulkerson, 1993)	79
8.4.4. Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego (Echeburúa y Báez, 1991): a. (Versión para el paciente)	82
b. (Versión para el familiar)	84
8.4.5. Cuestionario de Juego de Massachussets (MAGS) (Shaffer, LaBrie, Scanlan y Cummings, 1994) (Traducción de Secades y Villa, 1998)	85
8.4.6. Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1991)	87
8.4.7. Las diez cuestiones de Jugadores Anónimos para Adolescentes (Adaptado por Secades y Villa, 1998).....	89
8.4.8. Cuestionario sobre Juego Compulsivo de New Jersey (Adaptado por Secades y Villa, 1998).....	89
8.4.9. Autorregistro de juego (Secades y Villa, 1998)	90
8.4.10. Autorregistro de deseo de jugar (Secades y Villa, 1998)	90
8.4.11. Inventario de situaciones precipitantes de la recaída y estrategias de afrontamiento en el juego patológico (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1997)	91
8.4.12. Registro de situaciones de alto riesgo para la recaída (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1997)	95
8.4.13. Hoja de Justificación de Gastos (ATABAL).	96
8.5. Hoja Informativa.....	97
8.6. Evaluación de la atención prestada al Juego Patológico.....	99
8.7. Autoprohibición de entrada a bingos y casinos.....	100
8.8. Organización de la Atención al Juego Patológico en Centros Públicos Ambulatorios de Atención a Drogodependencias	101
8.9. Organización de la Atención en Centros Convenidos.	103
8.10 Normativa básica reguladoras de los juegos de Azar de la Comunidad Autónoma de Extremadura.	105
8.11 Enlaces con información en Internet sobre diversos temas relacionados.....	105
8.12 Directorio de Centros de Atención al Juego Patológico en Extremadura.....	106

1. INTRODUCCIÓN

Este documento pretende facilitar formación a profesionales, especialmente del ámbito de drogodependencias, que van a desarrollar su labor en la atención al Juego Patológico o Ludopatía. Recoge información de diversos manuales y artículos científicos y cuenta con la experiencia clínica de las personas que lo han realizado.

Se tiene constancia, hasta la fecha, de la atención al Juego Patológico en Extremadura en tres asociaciones de Jugadores y en dos asociaciones de atención a drogodependientes con programas específicos para ludopatía. Estos cinco centros han mantenido convenios con el SES para ofrecer este servicio. No hay datos de la atención que a jugadores patológicos y a sus familiares se presta desde los equipos de salud mental, desde la atención primaria de salud o desde otros centros o dispositivos. A partir del Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas (PIDCA) 2008-2012, los centros de atención a drogodependencias también desarrollarán un programa para atender a Jugadores Patológicos y a sus familiares.

Este documento se inicia aclarando la terminología de juego & juego patológico, y describiendo el proceso de adquisición. Se lleva a cabo una aproximación a la ludopatía como una conducta adictiva, facilitando los criterios diagnóstico del Juego Patológico, y describiendo los tipos de jugadores. Se hace un recorrido por los estudios epidemiológicos realizados en España para población general y para adolescentes, concluyendo con el perfil del jugador patológico. Se exponen diversos instrumentos de evaluación del juego con especial dedicación a la entrevista. Se presentan los distintos tipos de tratamientos, especialmente indicados para el objetivo de la abstinencia, dedicándose también apartados al tratamiento con los objetivos de juego controlado y de reducción de riesgos y daños. Se finaliza con lecturas recomendadas y con los anexos donde se recoge un modelo de hoja de acogida, un modelo de entrevista clínica y variados instrumentos de evaluación publicados. En otros anexos se especifica cómo realizar la organización de la atención a Jugadores Patológicos en centros públicos y en centros convenidos y cómo evaluar la atención en los mismos. Finalmente se aporta referencia de la legislación básica sobre el juego en Extremadura y de páginas web en las que ampliar o complementar información sobre juego patológico.

2. CARACTERÍSTICAS DEL JUEGO PATOLÓGICO Y DIAGNÓSTICO

2.1 ACLARANDO LA TERMINOLOGÍA DE JUEGO & JUEGO PATOLÓGICO

Cuando hablamos de "Juego" tenemos que especificar a qué nos referimos, dado que el término "jugar" presenta hasta 19 acepciones en el Diccionario de la Real Academia Española. Por un lado encontramos que jugar es "hacer algo con alegría y con el solo fin de entretenerte o divertirse" tomando parte en uno de los juegos sometidos a reglas, medie o no en él interés. Por otro lado, según la cuarta acepción jugar es "tomar parte en uno de los juegos sometidos a reglas, no para divertirse, sino por vicio o con el solo fin de ganar dinero".

Las primeras acepciones poco tienen que ver con el juego patológico y aunque la cuarta se aproxima es demasiado excluyente. Cuando en este manual se hace referencia al juego que puede producir ludopatía, se entiende como *aquella actividad recreativa, al menos en los comienzos, en la que se realizan apuestas e influye de alguna manera el azar*. Aquí se incluyen todos los juegos de azar y apuestas: máquinas recreativas grupo B (maquinas tragaperras), tipo A (las que están en salas especiales), bingos, casinos, todas las apuestas que incluye la ONLAE (Organización Nacional de Loterías y Apuestas del Estado), los cupones, los juegos de apuestas no regulados o ilegales (cartas, dominó, peleas de gallos, etc), y más recientemente, y no por ello menos importante para un futuro próximo, las apuestas por Internet.

2.2 JUEGO PATOLÓGICO QUE MAYOR INCIDENCIA PRESENTA EN LOS CENTROS DE TRATAMIENTO

Realmente el juego que mayor problemática crea en cuanto al número de personas afectadas que acuden a tratamiento es el de las "maquinas tragaperras", seguido, pero muy de lejos, por el bingo y posteriormente por el resto de los juegos.

Los factores que influyen para que las máquinas tragaperras sea el tipo de juego más problemático son: la facilidad para el acceso, dado que en casi todos los bares se encuentran; el bajo coste de una apuesta, ya que con 20 céntimos se puede participar; y el reforzamiento inmediato, dado que los premios se reciben en el mismo momento.

2.3 EL PROCESO DE ADQUISICIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO

Vamos a describir el proceso de adquisición del juego siguiendo como ejemplo el inicio en las máquinas "tragaperras", por ser el más habitual en nuestro entorno y por ser semejante al comienzo en otros juego.

La persona que comienza a jugar a juegos de azar y apuestas lo hace en algunos casos por aproximación casual. Por una pequeña cantidad de dinero puede probar "suerte". Otras personas se iniciarán invitados por amigos o conocidos para participar conjuntamente en el juego, como una actividad social. Como tal actividad social será realizada por la mayoría de los jugadores. Aquí exponemos el recorrido de aquellos que terminarán con una dependencia del juego adaptando las fases de Custer (1987).

En una primera fase se destacan las ganancias que produce el juego. No es casualidad que a un grupo importante de jugadores patológicos, en sus primeras aproximaciones al juego les tocarán premios. Esto, unido a la baja cantidad económica de las apuestas, crea una expectativa de ganancia importante. Las perdidas son casi insignificantes y los premios suponen un reforzador potente, no sólo en su aspecto económico (tener más dinero), sino también porque se ven reforzadas las ideas o expectativas que pudiera tener una persona, o crear, a partir de esas ganancias (tengo "suerte", puedo sacarle mucho dinero a estas máquinas si juego cuando están "buenas", tengo un sistema para saber cuando hay que jugar y ganar a la máquina), originando una "ilusión de control" en un fenómeno que, en realidad, está totalmente fuera del control del jugador. Las distorsiones cognitivas que presentan a menudo los jugadores, en el sentido de un recuerdo selectivo de las ganancias y minimizando las pérdidas, queda patente en esta fase.

En una segunda fase se aumenta la cantidad económica dedicada al juego, se le dedica tiempo y esfuerzo al estudio de las apuestas, a intentar "controlar" a la máquina. Se invierte cada vez más cantidad de dinero para ganar o recuperar lo perdido y porque el jugar produce un placer especial y probablemente distinto al que produce a la mayor parte de otros jugadores. En muchos casos el juego tiene la función de aliviar la disforia y la monotonía, especialmente en la mujer, o evadirse de los problemas.

En la tercera fase se juega más cantidad de dinero a la desesperada, con la idea de pagar deudas, aunque se es consciente, en algunos casos, que no se van a pagar. Aumentan los problemas económicos, endeudamiento, problemas familiares, problemas personales y de relación social. En algunos casos se continúa jugando por el placer que produce el hecho de jugar, en otros por el alivio de la disforia o por la evasión de problemas; y jugadores más deteriorados juegan aunque refieren encontrarse mal incluso cuando están jugando, pero continúan haciéndolo.

En palabras de Custer (1987), las características cardinales del juego patológico son tres:

- I. Es un trastorno en el que la persona se ve obligada, por una urgencia psicológicamente incontrolable, a jugar. Aunque existen factores sociales, culturales e incluso bioquímicos en el juego patológico, está considerado un trastorno de características psicológicas.

- II. Es un trastorno persistente y progresivo de la conducta que acaba en una dependencia emocional respecto del juego. Es decir, implica un deterioro progresivo en la conducta de juego, partiendo de momentos iniciales en los que el juego y las apuestas son escasos hasta llegar al juego patológico, que puede desarrollarse a lo largo de períodos de 10 a 15 años.
- III. Es un trastorno que llega a afectar de forma negativa la vida personal, familiar y vocacional.

(Recogido de Ochoa, E y Labrador F.J., 1994).

2.4 PERSONALIDAD DEL JUGADOR

Se ha intentado descubrir el tipo de personalidad que definiría al jugador pero hasta ahora no se ha encontrado, como tampoco se ha encontrado la personalidad que define al adicto a determinada sustancia. La literatura especializada ha descrito una serie de características de personalidad en los jugadores:

- Mayor grado de psicopatía, padecer baja autoestima y/o depresión.
- Ser altamente competitivos, energéticos, inquietos.
- Tener bajo nivel de activación, facilidad para el aburrimiento y gusto por el riesgo.
- Ser generosos hasta la extravagancia.
- Tener limitada capacidad de enfrentamiento a la realidad.
- Mantener sueños de grandeza y deseos de éxito.
- Necesidad de excitación.
- Presentar distorsiones cognitivas.

Pero estas características de la personalidad no aparecen de modo concluyente en los estudios, hay mucha diversidad. No ha llegado a definirse claramente si son características de la personalidad existentes en el jugador ya antes del juego o aparecen junto con el juego, ni tampoco si existe variabilidad en la presencia de dichas características dependiendo del tipo de juego.

2.5 LA LUDOPATÍA COMO CONDUCTA ADICTIVA

El Juego Patológico (o ludopatía) ha sido definido por múltiples autores como enfermedad o trastorno adictivo (Custer y Milt, 1985; Rosenthal, 1989; Lesieur y Heinenan, 1988; Rodríguez Martos, 1987), y más recientemente por Ochoa y Labrador (1994) y Fernández Montalvo y Echeburúa (1997).

Griffiths en 1998 definía las adicciones comportamentales como:

- No químicas o no tóxicas.
- Cualquier comportamiento puede ser definido operacionalmente como adicción si cumple los criterios siguientes:

- Saliencia: referido a cómo una actividad particular se convierte en la más importante en la vida del individuo y domina sus pensamientos, sentimientos y conducta.
- Modificación del humor: experiencias subjetivas que la gente experimenta como consecuencia de implicarse en la actividad.
- Tolerancia: proceso por el cual se requiere incrementar la cantidad de una actividad particular para lograr los efectos anteriores.
- Abstinencia: estado emocional desagradable y/o efectos físicos que ocurren cuando una actividad particular es interrumpida o repentinamente reducida.
- Conflicto: se refiere a los conflictos que se desarrollan entre el adicto y aquellos que le rodean (conflicto interpersonal), conflictos con otras actividades (trabajo, vida social, intereses, aficiones), o dentro de los propios individuos (conflicto intrapsíquicos) que están involucrados en la actividad particular.
- Recaída: es la tendencia a volver a los patrones tempranos de la actividad que vuelven a repetirse restaurando los patrones más extremos de la adicción, a veces tras años de abstinencia y control.

A continuación se muestra una comparativa entre la dependencia de sustancias psicoactivas y la dependencia del juego, según DSM-III-R, recogida del libro *El Juego Patológico* de Ochoa y Labrador (1994, pag 37) que se reproduce por lo didáctica de la misma:

Dependencia de Sustancias Psicoactivas	Dependencia de Juego
	1. Preocupación frecuente por jugar o por obtener dinero para jugar.
1. Con frecuencia, el uso de la sustancia se hace en mayor cantidad o por un período más largo de lo que el sujeto pretendía.	2. Jugar más cantidad de dinero o durante más tiempo del que se había previsto.
2. Un deseo persistente o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso de la sustancia.	6. Esfuerzos repetidos para reducir o parar el juego.
3. Gran parte del tiempo se emplea en actividades para obtener la sustancia (vg., el robo), consumirla (vg., fumando en cadena), o recuperarse de sus efectos.	8. Sacrificio de alguna importante actividad social, profesional o recreativa en aras de poder jugar.
4. Intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto tiene que desempeñar sus obligaciones laborales, escolares o domésticas (vg., no acude al trabajo a causa de la resaca, va al trabajo o a la escuela "colocado", está bajo los efectos de la intoxicación mientras cuida a sus hijos), o cuando el uso de la sustancia es físicamente arriesgado (vg., conduce bajo los efectos de la intoxicación).	

Dependencia de Sustancias Psicoactivas	Dependencia de Juego
5. Reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas a causa del uso de la sustancia.	7. Con frecuencia el juego tiene lugar cuando se espera del sujeto que esté cumpliendo sus obligaciones sociales o profesionales.
6. Uso continuo de la sustancia a pesar de ser consciente de tener un problema social, psicológico o físico, persistente o recurrente, que está provocado o estimulado por el uso de tal sustancia (vg., el sujeto sigue consumiendo heroína a pesar de las discusiones familiares que provoca, de la depresión inducida por la cocaína, o de tener una úlcera que empeora con el alcohol).	9. Se continúa jugando a pesar de no poder pagar las deudas crecientes, o a pesar de otros problemas significativos (sociales, profesionales o legales) que el sujeto sabe que se agudizan con el juego.
7. Tolerancia notable: necesidad de incrementar considerablemente la cantidad de sustancia (al menos en un 50%) para conseguir el efecto deseado o la intoxicación, o una clara disminución de los efectos con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia.	3. Necesidad de aumentar la magnitud o frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada.
<i>Aclaración DSM-III-R</i> (los síntomas siguientes no pueden aplicarse al cannabis, los alucinógenos o la fenciclidina-PCP-).	
8. Síntomas de abstinencia característicos.	4. Intranquilidad o irritabilidad cuando no puede jugar.
9. A menudo consume la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.	5. Pérdidas reiteradas de dinero en el juego y al día siguiente intentos de recuperarlo.

Shaffer, en 1989, indicaba que una conducta adictiva es aquella que continúa a pesar de sus adversas consecuencias; al sujeto le parece que escapa a su control consciente y está precipitada por un sentimiento que puede ir desde un deseo moderado hasta una obsesión intensa.

Otros autores (Blume, 1986; Echeburúa, 1992; Lesieur y Heineman, 1988; Robert y Botella, 1995; Rodríguez-Martos, 1987) señalan determinados factores que son similares entre el juego patológico y el abuso de sustancias tóxicas. Exponemos lo que recoge Secades, R. y Villa, A. (1998):

1. Una amplia aceptación social y disponibilidad ambiental.
2. Unos modelos explicativos similares para dar cuenta de ambas conductas.
3. Las reacciones psicológicas tras el consumo de los adictos a sustancias son similares a las de los jugadores patológicos. Básicamente bienestar, seguido de un sentimiento de culpabilidad.
4. Factores de personalidad comunes en las distintas adicciones (p ej., la búsqueda de sensaciones).

5. Los jugadores patológicos y los adictos a las drogas (especialmente, los alcohólicos) comparten espacios sociales comunes (bares, cafeterías, etc.).
6. El fenómeno de la coadicción, es decir, el consumo excesivo de alcohol y el juego compulsivo aparece conjunta o secuencialmente en muchos casos, desconociéndose, en ocasiones, qué problema es más importante o el orden de aparición.
7. Estas conductas tienen un origen lúdico-social, apareciendo sólo posteriormente una pérdida de control.
8. Suponen un deterioro de diferentes ámbitos del estilo de vida de las personas que las padecen: familiar, social, laboral, personal, etc.
9. Se da una supeditación del estilo de vida al mantenimiento de la adicción.
10. Las técnicas de tratamiento utilizadas en ambos trastornos son similares.
11. Su tratamiento conlleva múltiples recaídas.
12. Las personas afectadas exhiben "mecanismos de defensa" comunes (como la negación y la justificación) que tienden a mantener el problema y a obstaculizar la terapia.
13. Los procesos de abstinencia y recaída son similares. La recaída suele ocurrir en los primeros meses de abstinencia y las situaciones de riesgo y los componentes cognitivos implicados en la misma son equiparables.
14. El papel de los ex pacientes en el tratamiento puede ser importante, ya que cumplen la función de modelos o ejemplos de recuperación.
15. Los grupos de autoayuda (de Alcohólicos o de jugadores) cumplen un papel relevante en el tratamiento y mantenimiento de la abstinencia.
16. Por último, se destaca también la importancia de la terapia grupal.

2.6 CRITERIOS DIAGNÓSTICO DE JUEGO PATOLÓGICO O LUDOPATÍA

El Juego Patológico está considerado en la literatura científica, por la mayor parte de los profesionales, como una conducta adictiva, pero tanto en el DSM-IV-TR, como en la CIE 10, está incluido en los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.

Los criterios diagnósticos del Juego Patológico en el DSM-IV-TR F63.0 (312.31) son:

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

Criterios diagnósticos de Ludopatía en la C.I.E.-10 (F 63.0):

- A. Presencia de dos o más episodios de juego en el periodo de, al menos, un año.
- B. Estos episodios carecen de provecho económico para el individuo y, sin embargo, se reiteran a pesar de los efectos perjudiciales que tienen a nivel social y laboral, y sobre los valores y compromisos personales.
- C. El sujeto describe la presencia de un impulso intenso de jugar difícil de controlar, y afirma ser incapaz de dejar de jugar mediante el único esfuerzo de su voluntad.
- D. Preocupación con sentimientos e imágenes mentales relacionados con el acto de jugar o con las circunstancias que lo rodean.

3. TIPOLOGÍA DE JUGADORES Y EPIDEMIOLOGÍA

3.1. TIPOS DE JUGADORES

A lo largo del tiempo se ha clasificado a las personas que juegan en varios tipos: jugadores sociales, jugadores problemas, jugadores patológicos (ludópatas) y jugadores profesionales (Ochoa y Labrador 1994).

El Jugador Social

Es aquella persona que juega por placer, dedica una cantidad de dinero asumible según sus posibilidades y establecida previamente. Suele jugar entre amigos y compañeros dedicándole un tiempo limitado. Inicia y finaliza el juego cuando lo desea, sin crearle malestar el interrumpirlo o no jugar. El juego no ocupa en su mente más tiempo de lo que lo haría cualquier otra actividad recreativa saludable y no ha producido problemas económicos, personales, familiares, laborales o sociales, ni ha tenido que mentir sobre su actividad de juego.

El Jugador Profesional

Se dedica al juego para ganar dinero. No tiene implicación emocional en las apuestas, dado que hace aquellas que son estadísticamente más probables, para lo que ha realizado un estudio probabilístico. Se suelen dar en casinos donde determinados errores mecánicos crean más probabilidades (p. ej., ruleta con un pequeño error en la calibración); si se dan en cartas utilizan procedimientos para alterar el normal funcionamiento de las partidas.

El Jugador Problema

Conducta de juego tan frecuente que por el gasto, en algunas ocasiones, crea problemas económicos. Dedica al juego partidas presupuestarias familiares importantes cuando podrían ir destinadas a gastos ocasionales familiares o a inversiones. Tiene menor control de la conducta de juego que el jugador social, pero sin ser tan excesiva como el jugador patológico. El aumento de la conducta de juego le exige dedicar más tiempo y gastar más dinero. Tienen un riesgo importante de convertirse en Jugadores Patológicos.

El Jugador Patológico. Ludópata

Lo hemos definido y facilitado el diagnóstico (DSM-IV-TR y CIE-10) anteriormente, pero en resumen se caracteriza por una dependencia emocional del juego, una pérdida de control respecto a éste y una interferencia con el funcionamiento normal de la vida cotidiana (Echeburúa y Báez, 1991).

Los jugadores patológicos difieren entre sí en muchos aspectos clínicamente significativos. Difieren también en la comorbilidad que presentan, incluyendo otros trastornos de control de los impulsos. Difieren también en la predisposición biológica y en factores psicológicos y sociológicos que contribuyen al desarrollo del trastorno (Richard A. McCormick, 1993).

Tipología de Jugadores Patológicos

Tipo I "Jugador Puro", tipo II "Jugador con alta vulnerabilidad emocional", tipo III "Jugador multiimpulsivo" (Blaszczynski y Nover, 2002).

Y finalmente el tipo IV "Enfermo mental que juega". (Echeburúa, 2006)(Gómez, 2006).

- I **Jugador "Puro".** Es la persona que padece juego patológico y la mayor parte de la sintomatología que pueda presentar (ansioso-depresiva, mentiras patológicas, problemas de pareja, autoestima, etc) está íntimamente relacionada con la conducta de juego, no apreciándosele otra característica significativa más que aquella propia que pueden mostrar la mayoría de jugadores patológicos.
- II **Jugador con alta vulnerabilidad emocional.** Presenta un comportamiento de juego en muchos casos más problemático, destacando algunos factores de su personalidad que lo hacen más vulnerables, más inestable y en ocasiones con mayores dificultades de adaptación social. Puede tener otro diagnóstico de otra dependencia, o haberla padecido.
- III **Jugador multiimpulsivo con otras patologías asociadas.** El juego que realiza es mucho más importante en cuanto a cantidad de dinero gastado, tiempo dedicado y perdidas personales y familiares causadas por el mismo. El diagnóstico de patología dual es lo usual. Tiene una mayor resistencia a abandonar el juego y es importante en estos casos una coordinación con otros recursos sanitarios y/o sociales. Algunos autores indican que el programa de tratamiento debería ser individualizado, pero entendemos que en grupos pequeños y en coordinación con otros recursos, ajustando los objetivos individualizados, es posible su tratamiento en grupo.
- IV **Enfermo Mental que presenta Juego Patológico.** Estariamos ante una persona que padece juego patológico y que presenta otro trastorno mental grave, como puede ser esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad muy grave, etc. (González, Aymami, Jiménez, Doménech, Granero y Lorido-Ferreira, 2003; Echeburúa, E. 2007; Gómez, M. 2007). En trastorno bipolar, si el juego sólo se presenta en la fase maníaca, sería un criterio de exclusión y no se daría el diagnóstico de Juego Patológico.

Exponemos esta tipología indicando que aún son escasos los estudios y se necesita más evidencia para conceptualizar estos u otros tipos de Jugadores Patológicos.

Prieto (2003) hace otro tipo de clasificación: Jugadores buscadores de activación, jugadores buscadores de dinero y jugadores de alivio o escape.

3.2. EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO

Se han realizado múltiples estudios en España y en distintos países. Exponemos a continuación los estudios realizados en España. Si bien no hay ningún estudio general de la población española, sí que existen estudios parciales que nos aproximan a la epidemiología del trastorno. Los primeros estudios realizados en España se efectuaron con el *South Oaks (SOGS)* de Lesieur y Blume (1987) y con criterios del DSM III-R. Posteriormente se han realizado con criterios del DSM IV y con un nuevo instrumento, el NODS (NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems). Vemos que estos últimos estudios obtienen un menor porcentaje de jugadores patológicos de lo que se obtenía hace unos años con los anteriores instrumentos y criterios. Y esto ocurre tanto en Estados Unidos como en España.

Estudio	N	Muestra	Jug. Patológico	Jug. Problema	Instrumento
Cayuela (1990)	1.230	Cataluña	2,50 % ¹		SOGS
Legarda y otros (1992)	598	Sevilla	1,7 %	5,2 %	SOGS
Becoña (1993)	1.615	7 principales ciudades de Galicia	1,7 %	1,6 %	Cuestionario propio. DSM III R
Becoña y Fuentes (1994)	1.028	Galicia	1,4 %	2,0 %	SOGS
Echeburúa et al (1994)		País Vasco	2,0 % J. Pat.		
FAJER/Irurita (1994)	4.977	Andalucía	1,8 %	4,4 %	Cuestionario propio
Tejeiro (1998)	419	Algeciras	1,9 %	3,8 %	
PFD (Plan Foral de Drogodependencias) (2000)	1.504	Navarra	0,80 %. (JCP) ²	1,60 %. (JPP) ³	DSM-IV. Cuestionario propio
Ramírez (1999)	3.000	Andalucía	1,6	1,4	SOGS
Becoña (2004)	1.624	Galicia	0,9 a lo largo de la vida . 0,3 en el último año	0,9 a lo largo de la vida. 0,3 en el último año	NODS

Tabla recopilatoria de varios autores.

1 Suma de Jugadores Patológicos y de Jugadores Problemas

2 Jugador con Problemas

3 Jugador con Posibles Problemas

Si hace unos años, tanto datos nacionales como de otros países, indicaban que entre el 1,5% y el 2% de la población era jugador patológico, los últimos estudios apuntan a un porcentaje de entre el 0,3 y el 0,9 de jugadores patológicos, siendo un poco mayor para jugadores problemas.

La mayor parte de los autores consideran que se debe continuar investigando para aproximarse a los datos reales de la epidemiología del juego patológico. Es necesario continuar las investigaciones para saber exactamente cuál es la prevalencia en nuestra población. Nuevos criterios diagnósticos y nuevos instrumentos de evaluación pueden haber influido en la variación de los datos, sin dejar de lado la menor percepción del riesgo de los juegos de azar en los años 90.

Aún considerando la prevalencia más baja de juego patológico, estaríamos hablando de varios cientos de miles de jugadores patológicos en España (en Extremadura entre 1.803 y 7.581). Esto representa un importante número de afectados, con los problemas que acarrea para ellos, sus familias y otras personas del entorno, así como para el sistema sanitario. (Becoña 2004). Teniendo en cuenta que, hasta ahora, sólo uno de cada tres jugadores patológicos suele pedir ayuda, podemos aproximarnos a la demanda de tratamiento de jugadores patológicos existente en Extremadura.

El Perfil del jugador patológico

Tomando datos de varias publicaciones el perfil más común del jugador patológico en la comunidad sería el siguiente: mayor proporción de hombres que de mujeres, variable según los estudios pero aproximadamente de dos a tres hombres por cada mujer; entre 18 y 40 años; la misma cantidad de solteros que de casados; la mayor parte pertenece a las clases sociales media o media-baja, aunque el juego se da en todas las clases sociales; profesión variable; antecedentes familiares de adicciones, siendo la más frecuente la adicción al alcohol.

Prevalencias en adolescentes y jóvenes

Pero si el juego patológico es un grave problema en adultos, los problemas con el juego parecen tener una especial relevancia en jóvenes y adolescentes.

En España disponemos de estudios parciales sobre juego con máquinas tragaperras en niños y adolescentes, que se exponen en la siguiente Tabla adaptada de Secades, R y Villa, A. (1998).

Autores	Lugar	Muestra	Prevalencia de jugadores patológicos
Becoña y Gestal (1996)	La Coruña	1.200. 11-16 años	2.21%
Arbigana (1996)	Huelva	105. 14-17 años	2.9%
Villa, Becoña y Vázquez (1997)	Gijón (Asturias)	2.185. 11-16 años	1.6%
Becoña (1997)	Ciudad de la Coruña	Representativa para 11 a 14 años	2.4%

Coincide con datos de otros países que nos indican la mayor prevalencia de juego en adolescentes, si bien en estos estudios epidemiológicos se prefiere hablar de juego problema, más que de juego patológico. Becoña (2004) recoge una serie de razones de varios autores para hablar en estos términos: 1. Por no ser posible establecer con los instrumentos utilizados hasta ahora un diagnóstico equivalente a los criterios diagnósticos del DSM-IV . 2. Porque todavía desconocemos la razón por la que se encuentra una prevalencia tan alta de juego patológico o juego problema en los estudios hechos en adolescentes, que suele ser del doble al cuádruple de la encontrada en adultos (Gambino, 1977; Yafee y Brodsky, 1997). 3. Porque probablemente estemos sobreestimando la prevalencia del juego patológico en adolescentes, especialmente cuando se quiere hacer coincidir una evaluación puntual en la población de adolescentes mediante cuestionarios con lo que sería un diagnóstico clínico real de juego patológico (Gupta y Deverensky, 1998). 4. Porque es probable que los instrumentos de evaluación que se vienen utilizando no sean los más adecuados para este tipo de población (Gesrein et al. 1999).

4. EVALUACIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO

En la evaluación del Juego Patológico, al igual que en la evaluación de otras adicciones, la entrevista es el método más potente, sobre todo si se realiza al jugador acompañado de algún familiar. Además, se cuenta con una serie de instrumentos de apoyo a la evaluación que se detallan más adelante. Junto con la evaluación de la conducta de juego se requerirá, sobre todo en determinados casos, una evaluación social y una evaluación médica en profundidad.

4.1 LA ENTREVISTA CLÍNICA EN JUEGO PATOLÓGICO

El tipo de entrevista no difiere básicamente de la que se puede realizar en el caso de otras adicciones. Pensamos que es útil aplicar el estilo de la entrevista motivacional, considerando que la función del profesional es acompañar, motivar y ayudar durante el proceso de cambio. Poca efectividad tendría un buen diagnóstico y un buen tratamiento si la persona no quiere o no está dispuesta a cambiar; es preciso tener en cuenta el grado de disponibilidad de cambio del paciente o usuario, prestándole ayuda en relación a la fase en la que se encuentra, con el objetivo de progresar en la rueda del cambio. (Etapas de Cambio de Prochaska y Diclemente claramente descritas en Graña, 1994).

En la entrevista motivacional se entiende a la persona entrevistada como protagonista en el cambio de aquello que está interesado en modificar. El profesional acompaña a la persona en el planteamiento de la ambivalencia (pensamientos y sentimientos contrapuestos) y en su resolución, sin adelantarse más allá de lo que la persona esté dispuesta a hacer. Generalmente hay que ir despacio; es el paciente o usuario el que tiene mayor interés en cambiar. No imponemos nuestros criterios pues creemos en las posibilidades o recursos de las personas para cambiar cuando quieren.

Destacamos la importancia de las habilidades terapéuticas. La persona ha de sentirse comprendida en lugar de interrogada y aceptada, incluso mostrando aspectos negativos. Es importante practicar la escucha activa, aunque en muchos casos el jugador no se mostrará muy proclive a hablar en la primera entrevista. La empatía se transmite verbal y no verbalmente, cuidando nuestras posturas y gestos, nuestra mirada y nuestro lenguaje, incluyendo aspectos como el tono y volumen de voz. Es muy útil utilizar las propias palabras de la persona, hacer resúmenes de lo que nos expone, comentarios empáticos y, por supuesto, aclaraciones y preguntas, resaltando y relacionando información. En ocasiones viene bien el sentido del humor y la sorpresa positiva.

Cuando tenemos en la consulta dos o más personas con puntos de vista diferentes es necesario hacer que todos se sientan escuchados y comprendidos, y buscar puntos en común que interesen a todos y por los que estén dispuestos a trabajar.

Algunas recomendaciones para conseguir un mejor *rapport* en la entrevista:

- Facilitar "hablar del problema".

Hay que tener presente que en la primera entrevista el jugador no suele expresar abiertamente su problema; en este primer encuentro se parece más al alcohólico que al heroinómano. Mecanismos de negación, minimización, justificación y culpabilización de sus problemas a los familiares pueden estar presentes. En otros casos, el silencio puede ser la tónica.

Cuando aprecia que se le trata como una persona que tiene un problema y que no se le culpabiliza por su conducta sino que "entendemos" lo que le ha podido ocurrir para llegar a abusar o depender del juego se consigue mejor acercamiento.

- "Conducta circular".

Suele también ser beneficioso comentarle que su conducta tiene un recorrido circular en dos fases: Fase 1 (OFF): de baja autoestima y de sentimientos de culpa. Fase 2 (ON): de excitación o búsqueda. Ejemplo didáctico:

Fase 1 – *"Te suele ocurrir que una vez que pierdes el dinero en el juego te maldices, maldices el juego, te consideras mal padre, marido o hijo, tu estado emocional es negativo, mostrando sentimientos de autoestima muy bajos, encontrándote nervioso e intranquilo y con dificultades para conciliar el sueño y te dices que ya no vas a jugar más"*. Esta fase finalizará pasadas unas horas o días.

Fase 2: – *"Inicias la búsqueda de dinero para jugar, con la idea (excusa) de recuperar lo perdido, pagar las deudas y dejar de jugar..; el inicio y mantenimiento del juego, mientras tienes dinero disponible, te produce un estado emocional positivo, de relax o de evasión con pensamientos mágicos sobre la posibilidad de obtener premio"*.

Pasará de una fase a otra formando un circuito de retroalimentación que le afectará emocionalmente en todas las actividades cotidianas.

Una vez se le expone abiertamente lo descrito ayudamos al jugador a girar en la rueda de cambio para aceptar su problema y empezará a ver al profesional como alguien que le entiende y que le puede ayudar.

- Mantener "el baile motivacional".

Este acercamiento se mantiene por momentos, dado que ante cualquier petición o pregunta de otro tipo para declarar su problema retomará los mecanismos defensivos de negación, racionalización o minimización.

- Comentarios sobre "la trama de mentiras".

También mencionaremos que la habilidad de camuflar la verdad forma parte esencial del juego patológico, con ello le hacemos participe de que el profesional conoce esta conducta, tan habitual en el jugador como preocupante y desestructurante para el familiar.

- "Abrir posibilidades".

Cuando no se hace hincapié en rescatar información, sino que se abren posibilidades de ayuda para abordar su problema de juego, es más fácil el acercamiento.

- Aportaciones de "la familia".

Los comentarios del familiar del jugador nos ayudan a situarnos en la gravedad de la ludopatía, y en hacer una aproximación a los años de evolución del trastorno, aunque en la mayor parte de los casos desconozcan los familiares el número de años que aquel se ha mantenido jugando. Las conductas asociadas al juego (mentiras, falta de dinero, disfunción conyugal-familiar, despreocupación de la familia, etc.) son las que pueden ayudarnos para estimar los años de evolución de la problemática de juego.

Por la familia conoceremos el grado de desestructuración producido en el núcleo familiar y la disposición de su entorno para servir de apoyo.

Incluimos en el Anexo 8.1 un modelo de acogida y en el Anexo 8.2 un modelo de entrevista clínica que se deben entender como guías para ordenar información, ya que nos ajustamos, con las intervenciones oportunas, a la disponibilidad de cambio del usuario, siendo muchas veces conveniente dejar de explorar algunas cuestiones.

En el Anexo 8.3 puede consultarse la Entrevista Estructurada de la Conducta de Juego para Adolescentes (Secades y Villa, 1998).

4.2 CUESTIONARIOS, INVENTARIOS Y OTROS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:

Cuestionarios e Inventarios

Cuestionario de juego de South Oaks (SOGS). South Oaks Fundation, 1992. Validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez 1994. Es el más utilizado para evaluar el juego. Es Fiable, válido y rápido. Hay que tener presente que es una prueba de screening adaptada al DSM-III-R que hay que completar en la entrevista con la información del jugador y de familiares. (Anexo 8.4.1).

Cuestionario de evaluación del DSM IV. Consiste en una serie de preguntas que guían la exploración siguiendo los criterios del DSM-IV (Anexo 8.4.2).

Cuestionario de juego de South Oaks-Versión Revisada para Adolescentes (SOGS-RA) de Winters, Stinchfield y Fulkerson (1993). Versión en castellano de Secades y Villa (1998) (Anexo 8.4.3).

Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego de Echeburúa y Báez (1991). Detecta las conductas más relevantes relacionadas con el juego (gasto, tiempo, pensamientos, necesidad). Al ser un cuestionario descriptivo no tiene clave

de corrección. (Anexo 8.4.4.a: versión para el paciente; Anexo 8.4.4.b: versión para el familiar).

Cuestionario de Juego de Massachusetts (MAGS) de Shaffer, Labrie, Scalan y Cummings (1994), basándose en criterios del DSM-IV para identificar jugadores adolescentes patológicos y en riesgo de serlo. Versión traducida de Secades y Villa (1998) (Anexo 8.4.5).

Inventario de Pensamientos sobre el Juego de Echeburúa y Báez (1991). Pretende detectar las distorsiones cognitivas, tanto en la fase de inicio de juego, como de desarrollo y mantenimiento de la ludopatía. Muy apropiado como ayuda si se va a utilizar la reestructuración cognitiva (Anexo 8.4.6).

Cuestionario breve de juego patológico (CBJP) de Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez (1995). Cuestionario muy apropiado para intercalarlo en una entrevista más general y para hacer cribaje de problemas de juego. Puede ser utilizado por diversos profesionales (p. ej., en servicios sociales podría ayudar a detectar jugadores patológicos en familias muy demandantes de ayudas).

- 1.- ¿Cree que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?
- 2.- ¿Se ha sentido culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?
- 3.- ¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello?
- 4.- ¿Ha cogido alguna vez dinero de casa para jugar o pagar deudas?

Respuesta: SI / NO.

Con dos respuestas afirmativas hay sospecha de juego patológico.

Cuestionario Lie/Bet. Johnson et al (1997). Sigue criterios del DSM-IV. Su utilidad es el cribaje y podría incluirse en entrevista clínica de atención primaria cuando hay sospechas de juego patológico.

- 1.- ¿Alguna vez has tenido que mentir a gente importante para ti acerca de cuánto juegas?
- 2.- ¿Alguna vez has sentido la necesidad de apostar más y más dinero?

Respuesta: SI / NO.

Con respuesta afirmativa a cualquiera de las dos estaríamos en presencia de una persona con problemas de juego (99% de sensibilidad y 91% de especificidad).

Las diez cuestiones de Jugadores Anónimos para Adolescentes. Adaptado por Secades y Villa (1998) con respuesta sí/no (Anexo 8.4.7).

Cuestionario sobre Juego Compulsivo de New Jersey. Adaptado por Secades y Villa (1998) (Anexo 8.4.8).

El método de la Observación Directa

Robert Ladoucer en Canadá y en nuestro país F.J. Labrador han observado, en condiciones de laboratorio, las reacciones del jugador mientras juega a máquinas recreativas. Tras un entrenamiento previo los jugadores verbalizan sus pensamientos mientras juegan. Es una herramienta muy valiosa para evaluar cogniciones y los tipos de errores cognitivos que se presentan. Las verbalizaciones son gravadas para su posterior análisis y modificación a lo largo de la intervención. En nuestro medio se utiliza principalmente para investigación.

Autorregistros

El autorregistro de juego es una herramienta para evaluar la conducta de juego y las condiciones antecedentes y consecuentes, así como sus características topográficas. Es útil para el profesional conocer cómo se produce el juego y puede ser útil al jugador para autoevaluarse (Anexo 8.4.9).

El Autorregistro de deseo es una herramienta válida durante la abstinencia como se encuentra y puede ayudar en la prevención de recaídas (Anexo 8.4.10).

Otros Instrumentos

NODS (NORC DSM Screen for Gambling Problems) de Gerstein, Hoffman y Larison (1999). Es una entrevista clínica basada en el DSM-IV. Es el instrumento que actualmente se está utilizando en estudios epidemiológicos.

Indice de Severidad de la Adicción (ASI). McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, (1980). Adaptado recientemente al ámbito del juego patológico. Analiza el nivel global de funcionamiento del paciente en la vida diaria y cuenta con buenas propiedades psicométricas (Petry, 2003).

4.3 COMPLETAR LA EVALUACIÓN

Para completar la historia clínica, y dependiendo de la sintomatología que se presente, se ampliará la evaluación de los usuarios con los instrumentos específicos y comúnmente utilizados por los profesionales para evaluar ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad, impulsividad, otras adicciones, etc.

Evaluación social:

Determinados jugadores pueden presentar problemas sociales asociados a su conducta de juego como deudas, dificultad en satisfacer las necesidades básicas de la familia, pérdida de la vivienda o riesgo de perder la vivienda, pérdida del trabajo, problemas judiciales o aislamiento del entorno social. En estos casos es necesaria una evaluación social amplia para coordinar durante la intervención en la conducta de juego las actuaciones pertinentes, dado que la resolución de algunas cuestiones sociales puede ser prioritaria.

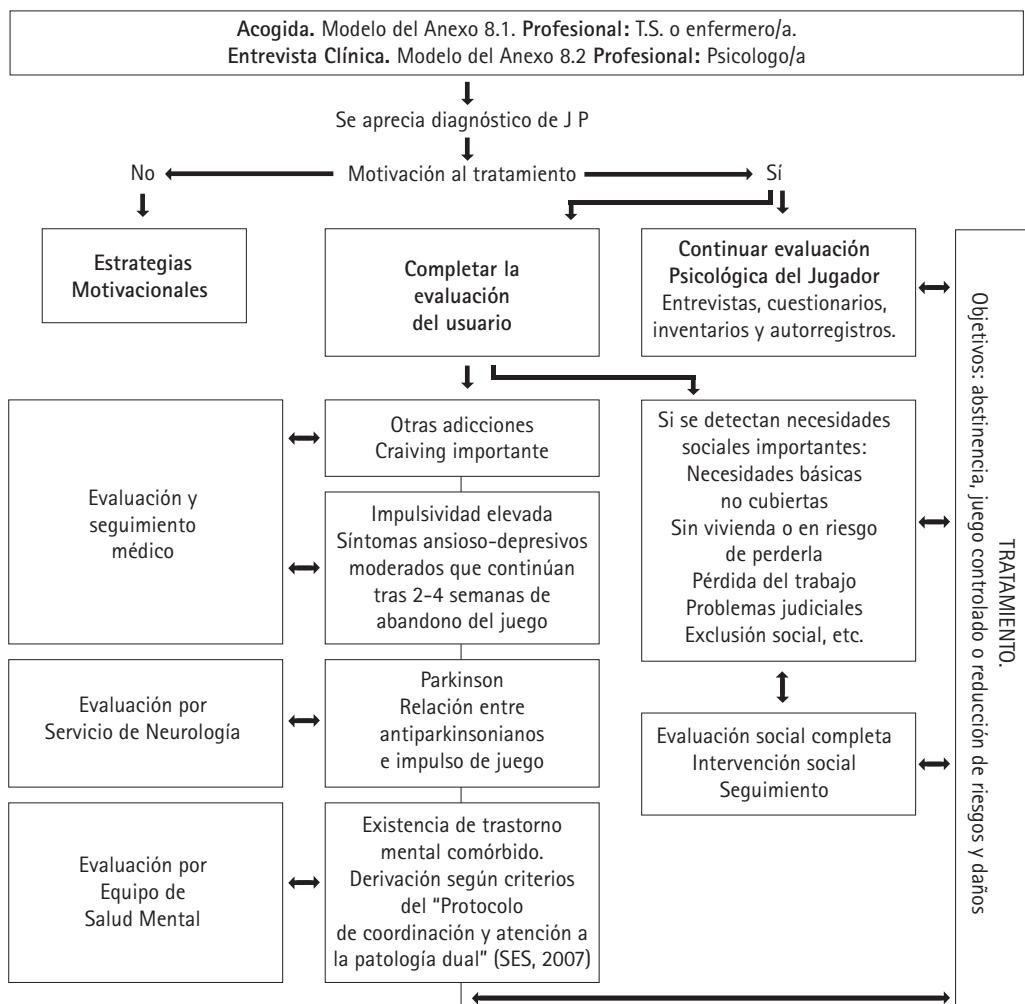
Evaluación médico-psiquiátrica:

En ciertos casos se procederá a una evaluación médica, especialmente cuando el usuario manifiesta una alta impulsividad, tiene asociadas otras adicciones, presenta *craiving* importante o mantiene sintomatología ansioso-depresiva que no desaparece pasadas 2-4 semanas desde que abandona el juego.

Aquellos jugadores patológicos que presenten parkinson deben ser especialmente evaluados dado que puede existir relación entre un aumento del impulso de juego y ciertos fármacos indicados para esta enfermedad.

Cuando existan indicios de un trastorno mental de alto nivel de complejidad se requerirá evaluación por Equipos de Salud Mental, siguiendo las directrices que marca el "Protocolo de coordinación y atención a la patología dual" editado por el SES en 2007.

EVALUACIÓN INTEGRAL DEL USUARIO QUE DEMANDA ATENCIÓN POR JUEGO PATOLÓGICO (JP)



5. TRATAMIENTOS

A efecto didáctico vamos a exponer los distintos tipos de tratamiento, aunque desde el principio comentamos que lo usual será utilizar varios tratamientos en cada usuario según las circunstancias, sin que conozcamos con precisión en la actualidad qué tipo de tratamiento sería el de elección para los subtipos de jugadores patológicos que se han definido.

Un gran número de los estudios con jugadores patológicos se realizan con jugadores "puros". La práctica clínica por el contrario nos muestra que el juego patológico se presenta junto a otras adicciones y junto a otros trastornos mentales, tanto del eje I como del eje II, por lo que todo lo expresado sobre los programas de tratamiento debe tener presente este particular y realizar abordajes integrales.

5.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. *JOSÉ GÓMEZ ROMERO.*

A partir del año 2000 existe un amplio número de publicaciones que dan cuenta de ensayos clínicos acerca del uso de diversos psicofármacos en el abordaje terapéutico del juego patológico. Hasta ese momento se conocía poco sobre la eficacia del tratamiento farmacológico del juego patológico, con escasos estudios, muestras cortas cuando no referencias de caso único y con resultados poco concluyentes, tendencia que ha cambiado en la última década, cuando los estudios bien diseñados (randomizados, doble ciego, etc.) y con muestras mucho más amplias, en algunos de ellos de más de 200 pacientes, son numerosos. Diferentes grupos de psicofármacos han mostrado la eficacia del tratamiento farmacológico en el abordaje, siempre multimodal, del ludópata. En todo caso es obvio que la farmacoterapia cumpliría un papel limitado y secundario en el tratamiento global del juego patológico genuino (primario o no secundario a otra enfermedad psiquiátrica), teniendo un protagonismo mucho mayor en los casos de comorbilidad psiquiátrica (con trastornos afectivos, trastornos psicóticos, otras dependencias de tipo tóxico, etc.). Los diversos autores nacionales e internacionales concuerdan que este enfoque psicofarmacológico tiene absolutamente que ver con la concepción del juego patológico como un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo, o bien como un trastorno del control de los impulsos o, por último, como una dependencia asimilable, prácticamente en todo, a las de tipo tóxico.

Igualmente existe un amplio consenso según el cual sería importante definir subgrupos de jugadores patológicos de cara a perfilar mejor el tratamiento de los mismos.

A continuación detallamos la utilidad en este problema de los distintos grupos terapéuticos de psicofármacos.

5.1.1. Antidepresivos

El juego patológico forma parte del denominado espectro serotoninérgico, compartiendo, supuestamente, con el trastorno obsesivo-compulsivo, la depresión mayor, el trastorno de angustia, la agorafobia y la bulimia un déficit serotoninérgico como base fisiopatológica del mismo. En este sentido, la administración de antidepresivos, en especial los correspondientes al grupo de los ISRS (inhibidores selectivos de recaptación de serotonina) que incrementan la transmisión serotoninérgica, podrían ser de utilidad terapéutica, independientemente de la existencia de trastornos comórbidos (de tipo depresivo) o no. Se han realizado ensayos con fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram y escitalopram, con resultados, en ocasiones, contradictorios.

En el caso de fluvoxamina Blanco no encuentra superioridad a placebo con una muestra de 32 pacientes a dosis media de 200 mg./d., mientras que Hollander sí encuentra superioridad a placebo en un ensayo con 15 sujetos, a dosis media de 195 mg./d. Igualmente ocurre con paroxetina (Grant en un ensayo con 76 pacientes, a dosis media de 50 mg./d. no encuentra superioridad a placebo, en tanto que Kim, en otro ensayo con 53 pacientes y dosis media de 50 mg./d. sí encontró una superioridad significativa de paroxetina respecto a placebo). Con fluoxetina ya encuentra resultados satisfactorios el grupo de Turón y Urretavizcaya en 1991, en tratamientos que utilizaban dosis de hasta 60 mg./d.

La sertralina no ha demostrado ser superior a placebo en un ensayo del grupo de Sáiz e Ibáñez del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, con una muestra de 60 sujetos y una tasa de abandono del 27%, a dosis media de 95 mg./d.

Zimmermann publica en 2002 un ensayo con citalopram, con una muestra de 15 sujetos, y eficacia superior a placebo. En Agosto de 2007, Black y cols, publicaron los resultados de un ensayo con escitalopram, con una muestra de 19 sujetos, donde encontraron que este ISRS es un tratamiento eficaz del juego patológico, además de bien tolerado.

El antidepresivo bupropion, un inhibidor dual de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND), ha demostrado eficacia en el tratamiento del juego patológico (Dannon, 2005 - Black, 2007 - Padula, 2007), como ya lo hizo en el tabaquismo. El sistema dopaminérgico media las conductas de recompensa y refuerzo, de tal manera que todo consumo o comportamiento que sea capaz de generar adicción lo hace por activación dopaminérgica. Al igual que en la dependencia de sustancias, el sistema dopaminérgico se encuentra implicado en el juego patológico.

Algunos autores postulan la existencia de una disfunción noradrenérgica, de tal manera que la tensión producida por el juego tendría como objetivo el aumento de la liberación de catecolaminas. En este sentido debería investigarse la eficacia de inhibidores

selectivos de recaptación de noradrenalina, como la reboxetina, o inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), como venlafaxina o duloxetina.

Existen referencias de ensayos con clomipramina con buena respuesta a este antidepresivo tricíclico en dosis de 125-150 mg./d. (Urretavizcaya, 1991), si bien la utilización de tricíclicos en la actualidad ha disminuido enormemente por su perfil desfavorable de efectos adversos y tolerabilidad respecto de otros grupos terapéuticos de antidepresivos.

5.1.2. Estabilizadores del estado de ánimo

En la actualidad se utilizan en el tratamiento del juego patológico y en adicciones tóxicas estabilizadores del estado de ánimo como el topiramato (100-200 mg./12 h.), el valproato (1.000-2.000 mg./d.) y el litio (1.200 mg./d.), no tanto por su efecto eutimizante, como por su capacidad para controlar la impulsividad.

En un estudio comparativo con fluvoxamina, topiramato ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del juego patológico y tanto como fluvoxamina (Dannon, 2005).

Pallanti publica en 2002 los resultados de un ensayo comparando el tratamiento de jugadores patológicos con valproato y litio, en pacientes no bipolares, demostrando una eficacia del 61% el litio y del 68% el valproato, sobre muestras de 23 y 19 pacientes respectivamente. El litio actuaría en este caso como un fármaco para el control de impulsos por su papel agonista serotoninérgico presináptico.

Hollander en 2005 publica los resultados de su ensayo con carbonato de litio, en este caso con 40 sujetos del espectro bipolar y conducta de juego patológico, con una eficacia significativa sobre placebo a dosis media de 1.170 mg./d.

Existen estudios con carbamazepina, por su acción potenciadora del sistema serotoninérgico, tanto en juego patológico (Haller, 1994) como cocaína. La dosis utilizada en juego patológico se hallaría entre los 200 y 600 mg./d. En la actualidad tiende a utilizarse más la oxcarbazepina (600-1.200 mg./d), por presentar un mejor cociente terapéutico, al no existir riesgos de agranulocitosis como con la carbamazepina, manteniendo su eficacia.

5.1.3. Antagonistas opioides

El consenso mayor sobre eficacia del tratamiento farmacológico en el juego patológico se encuentra respecto de los antagonistas opioides (naltrexona, naloxone).

Cualquier comportamiento dependiente genera la liberación de opioides endógenos, sobre todo beta-endorfinas, que no se liberan cuando no se lleva a cabo tal actividad, produciendo la sensación displacentera de la abstinencia. Si estos receptores

quedan bloqueados la sensación gratificante no se pondría de manifiesto y por tanto la conducta tendería a extinguirse. Su uso en juego patológico estaría destinado a disminuir el *craiving*.

En este sentido Turón en 1990 ya publica resultados prometedores con el antagonista opiáceo naltrexona, utilizado inicialmente en la dependencia a opiáceos, pero extendido posteriormente a la cocaína, y al alcohol.

Kim, en 2001, realiza un ensayo clínico con 89 sujetos, utilizando una dosis media de 188 mg./d. de naltrexona, obteniendo superioridad a placebo en los resultados. Igual de concluyente es el ensayo de Dannon en 2005, quien también publica resultados satisfactorios en la respuesta a naltrexona de jugadores patológicos.

Grant en 2006, sobre una muestra de 207 jugadores patológicos, obtiene resultados positivos con el antagonista opiáceo nalmefene.

5.1.4. Ansiolíticos

Los derivados benzodiacepinicos están, en principio, desaconsejados en el tratamiento del jugador patológico por su capacidad de generar tolerancia (incremento progresivo de la dosis para obtener un mismo efecto farmacológico) y dependencia. No hay que olvidar las características dependígenas de la personalidad de muchos afectos de juego patológico. En todo caso, de usarse para el control de la ansiedad, debería ser por períodos inferiores a las seis semanas y con benzodiacepinas de vida media larga para minimizar estos riesgos.

De usarse algún ansiolítico sería preferible la buspirona (agonista parcial de los receptores 5-HT1A), que carece de los riesgos de las benzodiacepinas, si bien tienen un largo período de latencia terapéutica (alrededor de 3 semanas) y un perfil de actuación más parecido al de un antidepresivo.

5.1.5. Antipsicóticos

No tienen especial interés en el tratamiento del juego patológico, si acaso en aquellos individuos con una importante alteración estructural de personalidad de base, como en el trastorno límite, en el que los antipsicóticos atípicos, como risperidona u olanzapina, en dosis más bajas que en trastornos psicóticos podrían ser de utilidad.

Se han publicado ensayos con olanzapina en el tratamiento de jugadores patológicos puros, no demostrando en los mismos superioridad a placebo (Fong, 2008 y McElroy también en 2008).

5.1.6. Resumen

1. Existen suficientes evidencias clínicas y ensayos clínicos que avalan la eficacia del tratamiento farmacológico como parte del abordaje multimodal del juego patológico.
2. De todos los grupos psicofarmacológicos se han revelado como más eficaces los antidepresivos, los estabilizadores del estado de ánimo y los antagonistas opioides.
3. Siguiendo las recomendaciones de Grant (2007), el manejo de los distintos grupos de psicofármacos eficaces en el tratamiento del juego patológico habría que definirlo en función de características clínicas de distintos subgrupos de jugadores:
 - a) Los antagonistas opioides estarían especialmente indicados en pacientes con *craaving* importante o que presenten comorbilidad con abuso/dependencia de sustancias.
 - b) Los antidepresivos (ISRS) estarían indicados en pacientes con sintomatología ansiosa o depresiva asociada.
 - c) Los estabilizadores del estado de ánimo estarían indicados en el subtipo de jugadores con gran impulsividad o con patología correspondiente al círculo bipolar.
 - d) En todos los casos habrá que considerar siempre la terapia cognitivo-conductual.

5.2. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

5.2.1. Terapias aversivas

Consiste en administrar pequeñas descargas eléctricas asociadas a la conducta de jugar, en vivo o en sensibilización encubierta.

En la década de los setenta se usaba en programas multicomponentes descargas autoadministradas, combinándolas con reforzamientos de conductas alternativas, limitación del dinero, sensibilización encubierta y autorregistro (Cotle, 1970). El efecto de la terapia aversiva es sólo temporal y desde hace más de 10 años no se utiliza, por lo que no aconsejamos la intervención con esta terapia.

5.2.2. Desensibilización Imaginada (Desensibilización sistemática sin orden de presentación de escenas) y relajación

La utilización de la desensibilización imaginada y la relajación se cita en varios estudios.

McConaghy et al. (1983) utilizando desensibilización imaginada con 20 sujetos obtuvieron un 70% de éxito (no jugar, o hacerlo moderadamente), frente a un 20% de las terapias aversivas.

Los sujetos tenían que describir cuatro situaciones que les impulsaban a jugar, pero sin culminar la conducta de juego. A continuación se les enseñaba a relajarse con un método breve de relajación. Luego los usuarios en estado de relajación van exponiendo una a una todas las escenas.

McConaghy et al. (1988). Desensibilización imaginada y relajación. Éxito total o parcial en ambas, del 50-70%, al año de seguimiento. El nivel de ansiedad-estado al mes de tratamiento era predictor de fracaso.

McConaghy, Blaszczynski y Frankova (1991) confirman en otro estudio la potencialidad terapéutica de la desensibilización imaginada, especialmente desde la perspectiva de costes beneficios. Lo interesante de este estudio es que se realiza la intervención por un solo terapeuta durante una semana y en 14 horas, con éxito a los 5 años de seguimiento en el 66% de las personas tratadas. Si bien algunos autores consideran que para aplicar esta técnica no necesitarían realizar una semana de internamiento, tal y como se llevó a cabo en este estudio.

5.2.3. Control de estímulos

Consiste en limitar estrictamente el acceso a dinero, tarjetas de crédito y comerciales, cuentas bancarias, etc. Se puede ampliar el control de estímulos eliminando la relación con amigos jugadores y evitando lugares de juego (esta evitación de lugares de juego hay que conjugarla con la exposición que se recoge en el siguiente apartado). Para los bingos y casinos es útil la autoprohibición en la que el usuario pide que se le prohíba la entrada a dichos locales. Se solicita a la Dirección General de Hacienda de la Consejería de Administración Pública y Hacienda, que es la competente en materia de Juego en nuestra Comunidad Autónoma. Adjuntamos en anexo 8.7 un modelo para la autoprohibición de entrada a bingos y casinos en la que la persona puede indicar que se autoprohibe la entrada a estos establecimientos por un período determinado de años o indefinidamente. Pasará a formar parte de un listado sólo a los efectos de prohibirle la entrada a bingos y casinos. Esto es posible dado que para acceder a estos establecimientos es necesario presentar el DNI.

El control de estímulos es una técnica ampliamente utilizada siempre en combinación con otras. Es muy efectiva al principio, para la abstinencia del juego, si se realiza correctamente.

Un familiar o amigo será quien controle todos los ingresos económicos del jugador, supervisará los pagos y le proporcionará el dinero de bolsillo diario, que no debe ser más del estrictamente necesario (2-3 euros). Mientras menos dinero lleve, más

fácil será parar el juego. Dependiendo de cada usuario, el llevar una u otra cantidad de dinero puede o no ser significativo, dado que algunos jugadores refieren que si no tienen una cierta cantidad no les aparece deseo de jugar, mientras que otros con pocas monedas pueden apreciar riesgos para jugar.

De los gastos realizados se rinden cuentas con tique o factura a la persona que hace de coterapéuta para el control del dinero. Adjuntamos en el anexo 8.4.13 una "hoja de justificación de gastos" económicos, que es una herramienta útil de apoyo a la técnica del control de estímulos.

Las tarjetas de bancos, supermercados, etc, deben eliminarse completamente. En las entidades bancarias es procedente mancomunar las cuentas para que el jugador solo no pueda tener acceso a retirar dinero. Para un correcto desarrollo de esta técnica es imprescindible que el jugador la acepte, algo que al principio puede ser difícil, dado que está habituado a manejar dinero. Además, es importante el entrenar al coterapeuta y darle apoyo. En la mayor parte de los casos el coterapeuta suele ser la mujer del jugador, con lo que pueden darse una serie de sentimientos enfrentados. El juego puede haber producido problemas familiares, especialmente en la mujer del jugador, la cual suele encontrarse con un nivel de ansiedad alto y un bajo estado de ánimo, y además tiene que actuar de coterapeuta controlando la economía y suministrando el dinero de bolsillo al jugador. Esto rompe la dinámica que se venía siguiendo en muchas familias y puede hacer difícil el llevar a cabo la medida. En otras ocasiones el familiar acepta esta técnica de buen grado y la aplica como un castigo: "ya te has gastado bastante, ahora ni un céntimo". Es importante que acepte el familiar que no es un castigo, sino una técnica. En otros casos la precaria situación familiar hace más que evidente estas restricciones. Cada vez es más usual que algunas familias antes de asistir a tratamiento, si conocían el problema del juego, hayan utilizado alguna técnica de control de estímulos, toca entonces reconfigurarla como técnica para que la entienda el familiar. El cobro de las mensualidades del trabajo también debe estar controlado por el familiar responsable, especialmente si hay cantidades que no se incluyen en las nóminas.

Prestamos y pago de deudas. La mayor parte de las personas que han tenido problemas de juego han solicitado préstamos económicos en distintos lugares, bancos, tarjetas de créditos, tarjetas de supermercados y grandes superficies, en los bares al camarero, a amigos, a familiares, etc. Es importante concienciar al jugador y a la familia de que no deben solicitarse más préstamos aunque su planteamiento fuera el de reunificar deudas. El jugador refiere encontrarse más tranquilo si reunifica deudas y no tiene la presión de los acreedores, pero esta conducta vuelve a aumentar la deuda con lo que se continúan realizando las mismas estrategias que hasta ese momento. Es preferible hacer un plan de pagos a largo plazo, comentando a los acreedores la situación y que cobrarán progresivamente. El jugador deberá advertir a familiares y amigos de que no le faciliten a él personalmente dinero. Si consiguiera dinero por familiares o por

otros medios y pagara las deudas, podría considerar que su problema se ha solucionado y podría no encontrarse motivado para iniciar tratamiento. El pago progresivo de deudas además de ajustarse más a la realidad económica del jugador al no aumentar las deudas con reunificaciones, puede tener un efecto terapéutico dado que supone afrontar los problemas con soluciones reales y ajustadas a la situación personal. Si continúa trabajando, que es lo común en la mayor parte de los jugadores, y no gasta el dinero en juego, podrá afrontar sus deudas. Sólo es cuestión de tiempo el que se tarde más o menos meses o años en pagarlas.

5.2.4. Exposición en vivo con prevención de respuestas

Estudiada por un grupo español de la universidad del País Vasco. Se encuentra perfectamente descrita en el "Manual Práctico del Juego Patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta" de Javier Fernández-Montalvo y Enrique Echeburúa, publicado en 1997 por Pirámide. Dicho grupo considera que debe aplicarse el control de estímulos, la exposición con prevención de respuestas y la prevención de recaídas.

Pasamos a exponer resumidamente la técnica de exposición con prevención de respuesta en varias fases. Esta técnica esta especialmente diseñada para jugadores de las máquinas "tragaperras" que se encuentran en bares y restaurantes.

Según el modelo de Echeburúa y Fernández-Montalvo, el control de estímulos sería previo a la exposición y se aplicaría durante una semana, antes de iniciar la técnica de exposición.

Primera fase:

El jugador acompañado de un coterapeuta (familiar o amigo) irá a un bar a realizar la técnica de exposición, que consiste en mantenerse en el local, tomando alguna consumición, a ser posible sin alcohol y sin abusar del café. El jugador llevará sólo el dinero necesario para pagar la consumición. En esta situación el jugador puede experimentar mayor o menor deseo de jugar, (intranquilidad o excitación son las palabras que suelen referir). Es fácil entrenarlo a que valore su estado de deseo de 0 a 10 (0 ausencia, 10 deseo muy intenso). Se mantendrá en el bar hasta que su deseo haya descendido unos puntos en la escala subjetiva. Por mucha excitación que se produzca, esta excitación llega a un punto donde comienza a descender, al estilo de la campana de Gaus, por puro funcionamiento de nuestro organismo. Lo importante es que la persona no salga del bar hasta que no haya notado el descenso en su deseo-excitación en unos puntos de la escala subjetiva. Para la realización de la técnica, en la mayor parte de las ocasiones, basta con estar en el bar entre 20 y 40 minutos. En algunos ensayos experimentarán deseos y en otros no, pero lo importante es permanecer en el

bar hasta que descienda el deseo o la intranquilidad cuando se produzca y no jugar, algo que se controlado con el apoyo de la persona que hace de coterapeuta y con la limitación económica.

Con esta técnica cambiamos totalmente el repertorio de conductas del jugador. Si anteriormente cuando tenía deseos de jugar lo hacía y cuando se le terminaba el dinero se marchaba, ahora permanece en el bar, y si tiene deseos ni echa monedas en la máquina, ni se va del lugar, hasta que el deseo descienda unos puntos.

Muchos jugadores refieren no tener deseos de jugar (*craving*). Esto es algo usual en muchos jugadores que pasan de contemplación a preparación y a la acción rápidamente, abandonando el juego de manera repentina. Y suele ocurrir tras descubrirse en su familia el problema de juego, las deudas o alguna otra situación que convulsiona a la familia, y el jugador decide cambiar. Esta ausencia de deseo producida abruptamente, tras acontecimientos precipitantes, coincidiendo con la situación de ser la familia conocedora del problema de juego y con el inicio de tratamiento, puede mantenerse durante algunos días o meses. Posteriormente volverá el deseo de juego de una manera más o menos intensa.

Otros jugadores sí que experimentan un fuerte deseo de jugar, intranquilidad, ansiedad, y bajo estado de ánimo cuando abandonan el juego, estén o no en tratamiento.

Segunda fase:

Se realiza ahora la exposición con el coterapeuta semi-presente. No estará en el bar, estará por allí cerca, en una tienda próxima, en un parque. Mientras el coterapeuta hace alguna compra el jugador realiza la tarea de exposición en un bar próximo, así se encuentra semi-vigilado y comienza a tener mayor autonomía, existiendo siempre la posibilidad de que el coterapeuta pueda ir en cualquier momento al bar. Cuando se empiezan a realizar las exposiciones en esta segunda fase el jugador llevará la cantidad económica justa para la consumición. Posteriormente se irá aumentando dicha cantidad.

Tercera fase:

La persona realiza la exposición sola; el coterapeuta se mantiene en casa. Las primeras exposiciones se realizarán llevando muy poco dinero, lo necesario para la consumición. Posteriormente va aumentando un poco la cantidad de dinero que lleva, en billetes. A su vuelta comenta con el coterapeuta y muestra el dinero de vuelta.

En el manual referido, donde se expone este programa, se indica para la realización de la técnica unas pocas semanas, incluyendo todas sus fases. Hemos de tener presente que el estudio lo realizaron con Jugadores "Puros" pero, como muy bien se ha expuesto en publicaciones posteriores, la realidad es más compleja y muchos de los jugadores patológicos tienen otros trastornos asociados, por lo que

esta técnica se realiza alargándola más en el tiempo además de atender las otras problemáticas que pueda presentar el jugador y su entorno familiar próximo.

En cuanto a la explicación de porqué funciona esta técnica para abandonar el juego se comentan varias posibilidades: 1. Que se produce habituación a los estímulos de las "maquinas tragaperras", de tal forma que ya no sean estímulos discriminativos tan potentes para incitar al juego. 2. Que mientras se realiza la exposición la persona pueda observar como otros "tontamente" se gastan el dinero en la máquina, que la máquina a la larga siempre gana, y constatar cómo la persona realiza un tipo de comportamiento desadaptado, produciéndose una reestructuración cognitiva. 3. Que la persona durante las exposiciones desarrolle estrategias de afrontamiento para los deseos de juego y ponga en práctica conductas alternativas que incorpore en su repertorio.

Se ha realizado un estudio sobre exposición al juego en realidad virtual (Botella et al 2007), campo que será prometedor pero en el que actualmente estamos en los comienzos.

5.2.5. Prevención de recaídas

La intervención en prevención de recaídas sería similar a la que está descrita para adictos a sustancias. Resumimos aquí lo que se indica en el mencionado manual de Echeburúa y Fernández Montalvo.

- Es importante que la persona aprenda a detectar cuáles son las situaciones de riesgo y se entrenen en su afrontamiento.
- Puede ser interesante enseñar técnicas de relajación para su utilización en determinadas situaciones, tipo Jacobson u otras.
- Practicar actividades reforzantes alternativas al juego, dado que al abandonarlo se dispone de un tiempo extra cuya ocupación en otras actividades es beneficioso para el jugador. Al principio serán pequeñas actividades que antes no realizaba y que ahora puede y desea realizar, como estar más tiempo con los hijos y con la familia, hacer algunas tarea del entorno familiar que no le supongan una carga, etc. Pero a largo plazo lo interesante sería instaurar una o varias aficiones que puedan ir ocupando el tiempo, las relaciones, los pensamientos y las emociones, y que ahora, al abandonar el juego, hay posibilidad de practicar.
- Reestructurar los pensamientos erróneos sobre los efectos negativos del juego. Con el paso del tiempo el jugador minimiza las consecuencias de volver a jugar. Es importante hacer el ejercicio de plasmar lo que ocurriría a distintos niveles si reinicia el juego, teniendo presente que las consecuencias serían mucho más negativas que mantenerse abstinentes, y minimizar los supuestos efectos positivos que produciría el volver a jugar. Es importante que evalúe las posibles

pérdidas personales, familiares, sociales, económicas, etc. que podría originar el reiniciar nuevamente su conducta de juego.

- Abuso de alcohol. En la evaluación se habrá detectado el consumo de alcohol que presenta el jugador. Para los que no tienen problemas con el alcohol, la recomendación es el consumo moderado, planteando abiertamente los riesgos que podría suponer el abuso de alcohol, en cuanto a encontrarse en una situación de riesgo para jugar, y por otro lado que el consumo de alcohol no se convierta en la actividad alternativa al juego a corto y largo plazo.
- Afrontamiento de la presión social. Es interesante entrenar habilidades de rechazo ante una invitación al juego, así como desdramatizar su problema, de tal forma que las personas más próximas, según el deseo del jugador, puedan conocer su situación de abstinencia para evitar futuras invitaciones a jugar.
- Conflictos personales e interpersonales. Se plantea enseñar técnicas de solución de problemas para afrontar los diversos conflictos que pudieran sufrirse, de tal forma que no se utilice como estrategia inadecuada de solución jugar para evadir los conflictos.
- Estados emocionales negativos: qué hacer cuando uno está decaído. Se propone la intervención cognitiva, detección de pensamientos automáticos, entrenamiento cognitivo para su discusión y desarrollo de pensamientos alternativos. A su vez la realización de actividades de dominio y agrado.
- Caída aislada en el juego. Informar de lo que es una caída y una recaída, el efecto de violación de la abstinencia y las posibilidades de encauzar la conducta una vez se produce una caída en el juego.

Estrategias de afrontamiento recomendadas después de un episodio de juego:
1. Párese, observe y escuche. 2. Cálmese. 3. Renueve su compromiso. 4. Revise la situación que le ha llevado a jugar. 5. Prepare un plan para recuperarse inmediatamente. 6. Pida ayuda.

Para prevenir las recaídas a largo plazo es importante:

- Abordar los problemas específicos que presenta cada jugador.

En la mayor parte de los casos además de juego patológico puede coexistir ansiedad elevada, estado de ánimo deprimido, discusiones familiares y de pareja, abuso de alcohol, problemas laborales, etc.

- Cambio en el estilo de vida.

Como ya apuntábamos en el desarrollo de actividades alternativas reforzantes, para que la persona no retome conductas abusivas de juego es importante que el vacío producido al abandonarlo tenga alguna respuesta. Este vacío se produce por no existir ya una actividad, unas emociones y unos pensamientos que antes

se producían. En la etapa de jugador mucho tiempo era dedicado a jugar, se recibían emociones positivas cuando se jugaba, emociones y pensamientos negativos cuando se perdía, lo que producía una bajada en el estado de ánimo, para nuevamente presentarse un aumento del arousal cuando ideaba dónde conseguir dinero para jugar, justificado con la idea de pagar las deudas. Al abandonar el juego y desaparecer el correlato conductual y cognitivo se produce un vacío importante que debe completarse con actividades gratificantes. Parte se completará con el trabajo y la familia, dado que estas facetas de la vida estarían desatendidas, pero otra parte importante debe completarse con actividades reforzantes de ocio y tiempo libre, aficiones que ya existieran y se retomen o aficiones nuevas en personas que refieren no haberlas tenido previamente. Para ello deberá ir probando distintas alternativas hasta mantener aquella que pueda ser de su agrado. Este cambio en el estilo de vida consiguiendo practicar actividades de ocio saludables es difícil que se produzca a corto plazo, pero es importante que llegue a conseguirse para facilitar que la persona no retorne a conductas de juego anteriores. Y todo esto estará conjugado con tolerar el aburrimiento y la rutina que se puede producir cotidianamente, así como manejar situaciones de bajo nivel de activación.

Como instrumento para evaluar situaciones de riesgo para la recaída, incluimos en el anexo 8.4.11. el inventario de situaciones precipitantes de la recaída y estrategias de afrontamiento en el juego patológico (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1997) y en el Anexo 8.4.12 el registro de situaciones de alto riesgo para la recaída (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1997).

5.2.6. Terapia cognitivo-conductual (Programas Multicomponentes)

Vamos a exponer resumidamente el programa de terapia cognitivo-comportamental desarrollado por Ladoucer (1994) en Canadá, que comprende 5 elementos:

1. Información sobre el juego.

Informar al jugador de lo que es un juego de azar y de apuestas. Eso puede sorprender a algunos clínicos, pero la mayoría de los jugadores conocen mal lo que determina estos juegos. Se pretende con ello hacer ver que el único determinante del juego es el azar, las rondas son independientes, no existe ninguna estrategia que favorezca al jugador a largo plazo, el juego suscita unas percepciones ilusorias de control y está concebido para ser ventajoso siempre a favor del dueño del negocio, de la empresa distribuidora y también de la hacienda pública, con lo que el único perdedor tiene que ser el jugador.

2. Corrección de creencias erróneas.

La terapia de reestructuración cognitiva se centra en la identificación de las creencias erróneas sobre el juego y su sustitución por pensamientos más realistas.

Comienza entrenando al jugador a verbalizar su propio pensamiento, para posteriormente acompañar el clínico al sujeto a una sesión de juego y grabar sus verbalizaciones, con el objetivo de que detecte al menos el 80% de sus verbalizaciones inadecuadas. En Canadá lo realizan en el propio laboratorio, que contiene diversidad de juegos.

En otros casos, después de entrenar al jugador en verbalizar sus propios pensamientos, se analiza en imaginación sesiones de juego recientes para detectar ideas erróneas sobre el juego, con atención especial a las verbalizaciones inadecuadas. Una vez detectadas, se someten a discusión socrática para que el jugador pueda desmontar estas ideas, se motive hacia el cambio, comprenda el concepto de azar, desmonte la ilusión de control, comprenda los errores de pensamiento y las consecuencias que tienen en la toma de decisiones, y aprenda a modificar sus pensamiento por otros más acordes con la realidad del juego y que estén en consonancia con el objetivo de dejar de jugar. Destacamos que los estudios controlados de este grupo en Canadá (Sylvain, Ladouceur y Boisvert, 1997; Ladoucer, Sylvain, Boutin, Lachance, Doucet y Leblond, 2003) señalan una tasa de abstinencia que ronda el 70% entre los 6-24 meses de seguimiento. Encontrándose tasas de abandono también muy elevadas (Ladoucer et al., 2001). Otros autores de nuestro entorno (Fernández-Alba, 1999; Labrador y Fernández-Alba, 2002) han aplicado la terapia cognitiva en el marco de un paquete de intervención más amplio, obteniendo tasas de abstinencia inferiores, entre el 15-55%. Indican que esta discrepancia de resultados puede deberse a una forma de realizar la terapia cognitiva más directiva, con menos diálogo socrático, y a un menor número de sesiones, así como a la inclusión de los abandonos, a lo largo de la intervención, en la tasa de fracaso terapéutico. (Fernández-Alba, 2004).

3. Entrenamiento en la solución de problemas respecto al juego.

El entrenamiento en la solución de problemas será a menudo una fase importante. Recomiendan la aplicación de D'Zurilla, que comporta 5 etapas: 1) orientación general del problema; 2) definición y formulación del problemas; 3) enumeración de soluciones; 4) aplicación de una solución, y 5) verificación de la eficacia. El paciente debe aprender a aplicar este procedimiento cuando se encuentra ante la situación conflictiva.

4. Entrenamiento en habilidades sociales.

El jugador aprende en forma de representación de rol a rechazar las peticiones que se le hacen, a aceptar los comentarios negativos y desagradables de sus semejantes y a desarrollar una red social que le convenga.

5. Prevención de recaídas.

La fase de mantenimiento es la más importante en el proceso de cambio. El paciente es informado de las posibilidades de un retorno al juego excesivo. El

terapeuta le enseñará a reconocer las situaciones de riesgo y que una recaída no representa un error irreparable, siendo una dificultad remontable. No abundamos más dado que en el apartado anterior tratamos este tema por extenso.

En general, parece que los jugadores que reciben una intervención cognitiva, en solitario o junto con otras técnicas conductuales, muestran una disminución de la frecuencia y el deseo de jugar y un incremento de la percepción de control y de la auto-eficacia (Tavares et al., 2003).

5.2.7. Terapia de Grupo

Cuando hablamos de grupos tenemos que especificar algunas variantes de los mismos:

Grupos de autoayuda en sentido estricto serían aquellos coordinados por una persona no profesional, que puede estar formada y entrenada, que ha padecido el mismo problema y que actúa como dinamizador y coordinador. Lo que se viene a llamar Terapia en grupo o más conocido por grupos de autoayuda.

Si hablamos de que el coordinador o dinamizador es un profesional puede desarrollar terapia de grupo, o psicoterapia de grupo (si el profesional es psicólogo o psiquiatra) partiendo de un marco teórico y utilizando unas técnicas psicológicas determinadas que las aplica al grupo (p. ej., reestructuración cognitiva en grupo, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas, programa de prevención de recaídas, etc). En otros casos puede que un profesional siga el modelo de autoayuda y coordine o dinamice el grupo en esta línea, o puede que utilice ambas posibilidades, modelo de autoayuda y psicoterapia de grupo según convenga. Por otro lado, también existe una corriente de tratamiento con grupos psicodinámicos.

En varios estudios (Bombín, 1992; González, 1989; Lesieur y Custer, 1984) se ha señalado la conveniencia de la terapia de grupo. Pero no hay descripción del tipo de terapia. No hay resultados descritos sobre este enfoque y no hay estudios de eficacia diferencial con otros.

El Contenido de las sesiones (McCormick y Ramírez, 1988) se centra en las creencias irracionales. (Mercade y cols., 1990) aplican técnicas múltiples: contrato terapéutico, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, prevención de recaídas, etc. Pero no se conoce el peso de cada una.

En la Guía Clínica para el tratamiento de la dependencia de opiáceos, editada por Sociodrogalcohol en 2007, sobre la Terapia Grupal se hacen unos comentarios interesantes que reproducimos. Aunque se han escrito para aplicar en drogodependientes no habría diferencia con la aplicación en jugadores patológicos:

"En relación a los grupos de terapia nadie pone en duda su eficacia para el tratamiento de las drogodependencias en general. Durante el proceso de deshabituación posiblemente nos plantearemos la derivación del paciente a un grupo de terapia. La terapia de grupo es una modalidad de tratamiento ampliamente utilizada y eficaz en un gran número de ámbitos clínicos. Incluye una gran variedad de elementos terapéuticos o mecanismos de cambio, muchos de los cuales son exclusivos de la terapia de grupo, que van desde los factores terapéuticos comunes a muchos tipos de grupos (como la universalidad, el altruismo, la catarsis y la provisión de información) a la variable de aprendizaje interpersonal. Varios de estos factores terapéuticos pueden operar en cada tipo de grupos en un momento dado. Los terapeutas deben entender los mecanismos particulares de cambio que actúan a fin de facilitar su acción y completar la labor del grupo". Y continúa:

"En el abordaje grupal, se utilizan técnicas e intervenciones comunes a otros niveles de intervención y otras muy específicas. Todos los clínicos deberían estar familiarizados con la tecnología utilizada en este tipo de terapia. Algunas de estas intervenciones singulares incluyen trabajar el aquí y ahora, la transparencia del terapeuta y la utilización de varios recursos de procedimiento. Estas técnicas pueden ser modificadas para adaptarse a cualquier entorno especializado, desde el grupo de pacientes hospitalizados hasta el de pacientes ambulatorios orientado al tratamiento de los síntomas. De hecho, el poder de la terapia de grupo radica en su adaptabilidad. Es tan flexible y eficiente que probablemente es la única psicoterapia que puede adaptarse a una variedad casi infinita de ámbitos, objetivos y pacientes".

En qué puede ayudar el grupo al jugador patológico:

- Facilitar el afrontar las condiciones emocionales que a menudo acompañan a la adicción.
 - Dar respuesta a la necesidad de sentirse aceptado.
 - Aumentar la capacidad de reconocer, anticipar y encontrar alternativas a situaciones que pueden precipitar una recaída.
 - A partir de las vivencias de sentimientos y reacciones de los demás, aceptar más fácilmente sentimientos similares en ellos mismos.
 - Facilitar la introspección al verse reflejado en los demás.
- (Guía Clínica para el tratamiento de la dependencia de opiáceos de Socidrogalcohóol 2007).
- Facilitar alivio de la tensión que presenta el jugador, al no sentirse único, extraño y raro.
 - Motivación al tratamiento producida, entre otras cosas, al comprobar que otras personas con un problema similar han conseguido superarlo o lo están superando.

- Aceptar técnicas propuestas que parecerían difícil de conseguir si no observa cómo otras personas pueden realizarlas, p. ej., la técnica de control de estímulos (control de acceso a dinero).
- Recordar las emociones negativas producidas por el juego al percibir la afectación de una persona que llega a tratamiento, en comparación con su situación actual más estable emocionalmente tras un período sin juego.
- Aprender de errores cometidos por otros miembros del grupo ayuda a entender las recaídas. El individuo que comete errores y los comenta en el grupo sirve al grupo como ejemplo de una actuación que lleva a resultados no deseados. Se vive en directo lo que podría ocurrirle a uno mismo si vuelve a jugar.
- Reorganización del estilo de vida, modificación de hábitos, planteamiento de otras actividades alternativas.
- Aprendizaje grupal. Posiblemente los comentarios realizados en grupo por uno de los miembros del mismo, sobre todo si estos comentarios son corroborados por otros compañeros de grupo, tenga mayor peso para realizar cambios en los sujetos que las indicaciones que le transmita el coordinador del grupo aunque éste sea un profesional.

Factores que pueden estar influyendo:

- El aprendizaje observacional de Bandura actúa en el grupo en multitud de situaciones, como por ejemplo cuando ante una recaída de un miembro del grupo se visualizan los problemas que le acarrea volver a la conducta de juego, por lo que la persona puede aprender con lo que observa y plantearse no realizar esa conducta.
- La reestructuración cognitiva. Se modifican en el grupo muchos pensamientos distorsionados, como los referidos al azar, a dominar la máquina, a tener un golpe de suerte y solucionar todos sus problemas pagando las deudas, etc. A través de las discusiones en grupo se van desmontando los pensamientos distorsionados, aunque no se establezca una estrategia específica para hacerlo. Aquellos que ya lo han modificado expresan sus pensamientos y el proceso de discusión a largo plazo va haciendo el resto.
- Ensayar técnicas de afrontamiento. En el grupo es usual que una persona comente una dificultad o contratiempo que ha padecido y la actuación que ha realizado, opinándose posteriormente al respecto. Estas dificultades pueden o no estar relacionadas con el juego pero suelen referirse dado que anteriormente podían ser detonantes de episodios de juego. La discusión sobre cómo se ha afrontado puede servir de modelo para situaciones similares que puedan vivir otros miembros del grupo.

- Afrontamiento específico de situaciones de riesgo. Es usual que se comenten, bien porque se han conseguido superar o porque no se superaron. En cualquier caso, la discusión razonada de las mismas y el facilitar diversidad de respuestas facilita estrategias a los miembros del grupo que pudieran encontrarse en situaciones similares.
- Entrenamiento en habilidades. Es común que se refieran ofrecimientos de juego o situaciones donde se ha producido deseo de jugar y los tipos de respuesta y estrategias que se realizaron para no jugar. Posteriormente otros miembros del grupo comentarán situaciones semejantes y cómo las afrontaron, con lo que se facilitarán una serie de conductas alternativas para no jugar que puede poner en práctica un individuo en su medio, llegado el caso.

Estructura y marco del grupo:

- El Clima del grupo. Es prioritario que exista confianza y respeto para que cada miembro pueda expresar sus emociones, deseos, temores y la conducta que realiza.
- Aceptación de normas. En cada grupo se establecen unas normas mínimas de funcionamiento que deben ser aceptadas por los componentes del mismo.
- Estabilidad en las sesiones. Es muy importante mantener día y hora semanal para la realización de las sesiones y tener previsto otro coordinador-dinamizador del grupo en caso de ausencias. Es importante que al menos dos profesionales conozcan el grupo.
- La frecuencia de las sesiones suele ser semanal.
- La duración de las sesiones se establece entre 60 y 120 minutos.
- La duración del programa es muy variable, desde programas publicados de pocas sesiones, hasta programas continuados de sesiones durante un período de entre 1 y 2 años. En algunos casos puede que se mantenga el programa grupal durante más tiempo debido a circunstancias personales y a la evolución del usuario. Y en determinados casos con patología dual, larga evolución de juego y fracasos previos en programas de tratamiento se plantearían programas de reducción de riesgos y daños más largos con temporadas de abandono y de retorno, programas que aún no están definidos claramente pero que se están ensayando en determinados casos con resultados satisfactorios en la retención de pacientes que abandonaban otros programas estándar.

Tipos de grupos:

Abiertos: Son aquellos grupos con constante entrada y salida de usuarios.

Cerrados: Serían los grupos que desde el comienzo hasta la finalización del programa están formado por los mismos usuarios.

Algo intermedio sería los grupos abiertos lentos, donde los usuarios entran a formar parte del grupo y salen del mismo con una periodicidad establecida previamente, (p. ej., entran usuarios al grupo cada dos meses y salen al asistir durante un año).

Grandes o Pequeños. En general se admite que con 10 o 15 miembros es el grupo ideal. Aunque dependiendo de objetivos y del entrenamiento del coordinador del grupo el número podría variar. En grupos con pacientes "difíciles" y con patología dual un número más pequeño de miembros podría manejarse mejor, mientras que en grupos de seguimiento o con profesionales muy entrenados podrían constituirse con más participantes.

Dificultades que pueden entrañar los grupos en general:

- Determinadas personas no desean que sus problemas sean públicos y de ninguna manera aceptan esta modalidad de tratamiento, al menos en un momento determinado de su vida.
- El anonimato se puede perder y especialmente en pequeñas poblaciones debe superarse el que otras personas conozcan que se asista a tratamiento por una determinada problemática.
- El manejo de algunas técnicas, (p. ej., control de estímulos). Esto es positivo al principio y puede tornarse negativo a la hora de recuperar el manejo de dinero, dado que el momento de ello y el proceso es distinto para cada jugador y el grupo podría actuar de freno en la persona que ya pudiera tener capacidad de ir manejando cantidades de dinero sin un control tan estricto.
- Cuando un componente del grupo presenta otra patología, además de la adicción, puede distorsionar la dinámica grupal. A menos que el coordinador del grupo ayude a entender que esa conducta o síntoma están relacionadas con otra patología diferente.

Otras dificultades que puedan entrañar los grupos formados en asociaciones:

- Ciertas particularidades propias de cada asociación pudieran originar disputas ante determinadas cuestiones, restando tiempo y energías para asuntos más importantes y provocando el abandono de muchos miembros, (p. ej., aceptar o no que pueda jugarse al billar).

Otras consideraciones sobre los grupos:

Las habilidades del terapeuta pueden ser el factor más importante en la terapia de grupo, junto a la estructura y el marco del mismo, posiblemente más que el tipo de técnica, orientación o paradigma que se utilice.

5.3. JUGADORES ANÓNIMOS

El modelo de grupos de autoayuda procede de jugadores anónimos. Surgió en Los Ángeles en 1957 inspirado en Alcohólicos Anónimos, siguiendo la regla de los 12 pasos en el proceso de tratamiento (Gamblers Anonymous, 1984). En la mayoría de los países en los que el juego se ha legalizado y, por lo tanto, se enfrentan a la necesidad de tratamiento de los jugadores patológicos, han surgido este tipo de grupos de autoayuda que se basan en la conceptualización del trastorno como una enfermedad crónica progresiva que puede detenerse pero no curarse. En el proceso terapéutico se enfatiza la necesidad de llevar a cabo una confesión pública, en el marco del grupo, de la condición de jugador de cada uno de los integrantes. En la composición de este tipo de grupos sólo se contemplan jugadores y exjugadores, con exclusión de otro tipo de personal sanitario o del ámbito psicosocial (Ibáñez y Sáiz, 2000). En Extremadura no conocemos la existencia de grupos de jugadores anónimos, algo que si es relativamente común en otras comunidades autónomas.

5.4. ASOCIACIONES DE JUGADORES

En nuestro país se han desarrollado partiendo de jugadores rehabilitados o en rehabilitación, contando con apoyo de profesionales de los ámbitos de la psicología, del trabajo social y en algunos casos de la medicina. Formar la estructura organizativa con exjugadores hereda la estrategia de que la persona que ha padecido este problema puede ayudar a otros. El contar con profesionales abre el abanico para poder atender aquellos aspectos para los que no está preparado el exjugador y permite tratar a ludópatas con perfiles que no se adaptan a los tipos de jugadores que pudiera manejar un exjugador por su experiencia. En nuestra comunidad autónoma las asociaciones de jugadores fueron las pioneras en la atención a la ludopatía, siendo los únicos recursos específicos disponibles en los años 90 y en los comienzos de la siguiente década para facilitar ayuda al jugador y al familiar. El programa de tratamiento es básicamente grupal.

5.5. JUEGO CONTROLADO

Existe un debate en el mundo científico y en el mundo asociativo en cuanto al objetivo de la abstinencia versus juego controlado. El modelo de abstinencia ha sido el mayoritario en adicciones y por tanto también en el juego patológico. El juego controlado para determinados casos puede ser una terapia más realista, con mayor retención y puede facilitar que mayor número de personas soliciten ayuda profesional. En cuanto al Juego Controlado, la bibliografía refleja que los resultados son muy inciertos (Rodríguez-Martos, 1978). Se ha probado el control de estímulos con apoyo del cónyuge (Dickerson y Weeks, 1979) y las técnicas de autocontrol con el apoyo de jugadores activos no problemáticos (Stewart y Brown, 1988). Rosecrance (1988) propone un programa alternativo al utilizado convencionalmente en Jugadores Anónimos, en

el que el objetivo sea conseguir un juego controlado y recomienda la participación de jugadores activos como consejeros en el grupo de autoayuda. Blaszczynski et al. (1991) estudiaron después de 5 años a un grupo importante de jugadores que se había sometido a tratamiento. Concluyeron que tanto los que habían conseguido la abstinencia total, como los que habían conseguido un juego controlado mostraban una mejoría progresiva, tanto subjetiva como en la psicopatología que presentaban al inicio del tratamiento y en los índices de funcionamiento psicológico y social, comparado con los jugadores que seguían jugando de forma descontrolada.

Otros autores que apoyan la abstinencia indican que en el marco terapéutico es deseable y necesario mantener una actitud flexible y comprensiva ante las posibles recaídas o conductas de juego que mantenga el paciente a lo largo de su evolución. En opinión de Ibáñez y Sáiz (2000) es preferible marcar el objetivo terapéutico de la abstinencia total, encuadrar estas eventualidades y utilizarlas como situaciones que permiten aprender estrategias de afrontamiento en el contexto de un abordaje individualizado de tratamiento.

Hay un interés actual por analizar la viabilidad del juego controlado como objetivo terapéutico en el tratamiento de la ludopatía (Ladoucer, Sylvain Butin, Lachance, Doucet y Leblond, 2003). Quizás sea este un objetivo válido para ciertos pacientes (los jugadores problemáticos) pero no para otros (los ludópatas propiamente dichos). Se requieren nuevos estudios en esta materia cuando la meta del tratamiento sea el juego controlado (Echeburúa, de Corral y Amor, 2004).

Entendemos que un abordaje individualizado, tanto en tratamiento individual como grupal, debe estar abierto a todos los objetivos posibles. De poco nos sirve un objetivo considerado muy importante (abstinencia) si se pierden muchos pacientes o usuarios que podían beneficiarse de otro objetivo (juego controlado). Aquella persona que presenta un juego abusivo puede ser candidato al objetivo del juego controlado, especialmente los más jóvenes, como se ha comentado anteriormente. En aquellos jugadores patológicos que se prevé riesgo de abandono del programa por no aceptar el objetivo de la abstinencia sería planteable trabajar el objetivo del juego controlado aunque entendemos que será muy complicado conseguirlo, pero esa imposibilidad podrá ayudar al jugador a plantearse el objetivo de la abstinencia a medio o largo plazo. Y siempre será preferible retenerlo en el recurso asistencial, para posibilitar cambios, que perderlo al no habernos ajustado a su demanda inicial.

5.6. REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS

Qué hacer con aquellos jugadores que plantean múltiples recaídas, que se mantienen jugando con pequeñas reducciones en la conducta de juego mientras están en tratamiento, que abandonan el tratamiento en múltiples ocasiones y lo vuelven a retomar, en definitiva, los "resistentes al cambio".

Cuando hace algunas décadas se comenzó a intervenir con adictos a sustancias, "los que no querían cambiar" no eran bien aceptados en los centros de tratamiento y la expulsión era la tónica general, entendiendo que hasta no producirse un deseo de cambio no debíamos intervenir con aquellos que acudían a tratamiento y no abandonaban el consumo. De esta situación pasamos a la actual en la que se pretende diversificar programas dependiendo de las motivaciones o circunstancias de cada usuario así como trabajar la motivación al cambio.

Plantear un programa de reducción de riesgos y daños para jugadores con un historial crónico y varias intervenciones donde otros programas han fracasado sería algo obvio, dado que lo aprendido en la intervención con drogodependientes puede servirnos en la atención a ludópatas si somos capaces de realizar adaptaciones.

Tenemos que distinguir primero qué es juego controlado y qué es reducción de riesgos y daños. Juego controlado es enseñar a un jugador técnicas para que juegue una determinada cantidad de dinero que no le sea perjudicial a él o a su familia y que no presente dependencia emocional del juego, y finalmente sin que exista el planteamiento de la abstinencia. La reducción de riesgos y daños pretende que las consecuencias negativas para el jugador patológico "difícil" sean las menores posibles. No pretende enseñar a jugar controladamente, se da por hecho que no se conseguirá, sino reducir los efectos negativos del juego, para lo que también se pretenderá que se juegue menos. La abstinencia puede a medio o largo plazo ser objetivo para este jugador.

La literatura que encontramos es muy escasa en la reducción de riesgos y daños para la ludopatía. Escasamente un artículo colgado en la web azajer.com, "EL juego después de la jubilación. Una respuesta resiliente" (2007), se centraba en lo conveniente de realizar programas de reducción de riesgos para personas mayores de 70 años, expresando que en este colectivo trabajar la abstinencia podría ser contraproducente siendo deseable un programa de reducción de riesgos desarrollado con apoyo médico y psicológico, con técnicas de monitorización del juego, control del estrés y control de crisis. En dicho artículo se hacen un planteamiento teórico para realizar grupos de personas entre 60 y 70 años siguiendo esta línea, pero no se indica el número de casos en los que se haya practicado ni se reflejan resultados, por lo que este tipo de intervención deberá evaluarse y contrastar su eficacia. Al menos desde nuestra experiencia, sería deseable mantener otros planteamientos en colectivos donde el abandono de los tratamientos basados en la abstinencia es el caso más generalizado.

Sorprende la escasa literatura que hemos encontrado en relación con la reducción de riesgos y daños en el juego patológico, cuando en una encuesta realizada por nosotros a centros públicos y ONGs que atienden a Jugadores Patológicos en diversas comunidades autónomas, de 45 encuestas recibidas encontramos que el 37% de los centros tienen entre sus objetivos de tratamiento la reducción de riesgos ("Encuesta sobre variabilidad de la intervención en juego patológico". Datos aún no publicados).

La clínica está actuando adaptando probablemente lo que se conoce de reducción de riesgos y daños en adicción a drogas para aplicarlo al juego patológico.

Exponemos a continuación una experiencia iniciada en 2004 en la Asociación de Jugadores AEXJER de Almendralejo. Consistió en la creación de un grupo de reducción de riesgos y daños con objetivo de abstinencia a medio o largo plazo: siete jugadores patológicos con edades entre 25 y 60 años, todos varones y con una media de edad de 41 años.

Perfil de jugadores:

- Aquellos que han iniciado y abandonado en múltiples ocasiones los programas de tratamiento manteniendo una evolución de cronicidad en el juego patológico de más de 12 años, con historial de recaídas, ingresos y abandonos del programa de tratamiento de entre 2 y 11 años, (media 6,5) siendo éste el criterio principal para formar el grupo.

Analizando con más detalle las historias de los jugadores que forman este grupo nos encontramos que más de la mitad (4) está en tratamiento psiquiátrico por trastornos ansioso-depresivos, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y/o trastorno de la personalidad, que existe o ha existido dependencia a sustancias (alcohol, cocaína o ambas) también en más del 50% (4), con repetidos ingresos psiquiátricos en casi el 30% (2). En alguno de los miembros del grupo la problemática sociofamiliar es complicada (convivencia con un hijo adulto enfermo mental cronificado en un caso; ser hijo abandonado por sus progenitores que debe organizar su vida con apoyo de otros familiares en otro caso).

Objetivos:

- Retención en el tratamiento. *Se considera el objetivo primordial.*
- Abstinencia a medio o largo plazo.
- Reducción de riesgos y daños. La idea es progresar en la rueda de cambio para pasar a la abstinencia, pero si ello no ocurre, puede mantenerse en el objetivo de la reducción de riesgos y daños.

Modalidad de tratamiento:

Grupal principalmente, con apoyo individual. Al ser un grupo pequeño, se pueden revisar los objetivos individuales en grupo. La intervención individual queda relegada a problemáticas personales que no son pertinentes tratar en grupo.

Situación en cuanto al juego al inicio de este nuevo programa:

Dos estaban en abstinencia, el resto se mantenía en juego activo.

Intervención:

- Reforzar continuidad en tratamiento, independientemente de la evolución del juego, haciendo compatible en el grupo encontrarse usuarios en abstinencia, en

juego activo, con episodios juego/abstinencia, o con abandono de uno de los juegos y continuidad en otros también problemáticos.

- Técnicas para reducir los posibles episodios de juego. La mayor parte son técnicas de control de estímulos encaminadas a reducir riesgos y daños.
- Refuerzo del cumplimiento del tratamiento farmacológico para estabilizar sus otros trastornos en aquellos que estaban en tratamiento. Derivación en dos casos a valoración psiquiátrica para iniciar tratamiento farmacológico.
- Reorganización conceptual de lo que significa progreso terapéutico, para no abandonar el programa al conseguir menos objetivos que los demás o ser inestable en la consecución de objetivos.
- Revisión personalizada de los factores que ayudan o perjudican en la conducta de juego.
- Técnicas motivacionales para trabajar el dar pasos en la rueda de cambio.
- Reestructuración cognitiva para desmontar sesgos cognitivos en cuanto al juego, en cuanto a estrategias de control del azar, etc.
- Elevar la autoestima. Aceptación de su problema y valoración personal independiente de su evolución.
- Revisión de relaciones familiares y laborales.
- Estimular la realización de actividades alternativas de ocio y tiempo libre.
- Orientar en la organización personal. Economía familiar, trabajo, organización de actividades personales.

Evolución a tres años:

Transcurrido el primer año:

El primer objetivo (retención) se consiguió de manera importante. Sólo un miembro abandonó el grupo definitivamente y otro intermitentemente. Los dos usuarios que entraron en el grupo en abstinencia la mantuvieron, a excepción de una pequeña caída en uno de ellos. El resto del grupo mantuvo períodos de abstinencia y de juego, entendiendo que se cumplía el objetivo de reducción de riesgos, "abandono temporal de juego, episodio de juego y vuelta al abandono temporal del juego". En un caso se abandonó el juego problema principal (máquinas), pero se continuó jugando a Poker y apostando en peleas de gallos clandestinas, siendo las cantidades de las apuestas no preocupantes para la economía familiar. Todos los individuos, aunque tuvieran episodios de juego, reconocían que continuar asistiendo al grupo reducía el gasto económico en el juego y por tanto deterioraba menos su situación personal.

En el tercer año:

Los dos usuarios (28%) que iniciaron el grupo en abstinencia continúan absintentes y se han derivado a otro grupo de segundo nivel, uno de ellos al año

y medio tuvo una importante recaída con dos intentos autolíticos seguidos de ingreso psiquiátrico de unos 20 días, posteriormente ha evolucionado favorablemente. Estarían próximos al alta.

Otros dos usuarios (28%) continúan con el objetivo de reducción de riesgos y daños alternando períodos de abstinencia o de muy escaso juego con períodos de juego importante próximos a la línea base anterior al tratamiento. El planteamiento es reducir los períodos de juego y ampliar los de abstinencia o escaso juego.

Dos usuarios han abandonado definitivamente el programa entre el segundo y el tercer año, con lo que suman tres abandonos (43%), contando el que ya lo hiciera en el primer año.

Otros comentarios:

El grupo se ha ido nutriendo de nuevos jugadores que presentan el perfil descriptivo, manteniéndose siempre un grupo pequeño.

Conclusiones:

Es posible intervenir con Jugadores Patológicos en reducción de riesgos y daños, consiguiendo mayor retención que otros programas y una reducción de la conducta de juego.

Esta intervención puede hacerse en grupos pequeños.

Pueden mantener la abstinencia a largo plazo Jugadores Patológicos que comparten grupo con aquellos que se encuentran en reducción de riesgos y daños.

Lo que proponemos es fruto de una experiencia que no se realizó con fines de investigación. No se escogió la muestra al azar con lo que la motivación de los usuarios es un factor no controlado. La figura del responsable del programa, en este caso un psicólogo, que conocía muy bien la evolución a lo largo de los años de estos jugadores, es una variable a tener presente. El no tener un grupo de comparación o grupo control es un handicap para la validez externa. Debería replicarse metodológicamente para poder extrapolar los datos.

5.7. CONCLUSIONES EN CUANTO A LOS TRATAMIENTOS

Echeburúa (2005) en un artículo de revisión indica: "El tratamiento del juego patológico ha progresado de tal forma que es insuficiente la utilización de una sola técnica o enfoque. Entre el actual repertorio de tratamientos tenemos que seleccionar los que mejor se puedan adaptar a cada jugador particular. Los estudios referidos a la terapia del juego patológico prueban que este cuadro clínico responde bien a los tratamientos ofertados, con unas tasas de éxito entre el 50% y el 80% de los casos tratados en un seguimiento a largo plazo. En concreto, la terapia de elección parece ser el control de estímulos y la exposición en vivo con prevención de respuesta, seguida por una intervención cognitivo-conductual en prevención de recaídas. La terapia

psicofarmacológica puede ser complementaria cuando los pacientes tienen un estado de ánimo deprimido o un elevado nivel de impulsividad. El juego controlado puede ser una alternativa terapéutica para los jugadores jóvenes o que no presentan aún una dependencia severa. Se requiere aún más información sobre las mujeres jugadoras y sobre los programas terapéuticos más específicos para ellas".

Para completar lo anterior, hay que mencionar que las tasas de éxito serán calculadas a partir de los jugadores que finalizan los programas, dado que la tasa de abandono de tratamiento es muy alta, entre el 14% y el 50%, 30% de media en la revisión de la Cochrane 2007 de Oakley-Browne et al. Esta misma revisión señala a la terapia cognitivo conductual, aunque sensible a los instrumentos estadísticos, como la terapia indicada en juego patológico, sin señalar ninguna técnica específica, como sí lo hace Echeburúa.

Otra revisión reciente de Westphal (2007), concluye que sin que exista ningún tratamiento psicológico, farmacológico o social que cumpla las normas para considerarlo el más eficaz, señala como tratamientos eficaces al tratamiento cognitivo conductual y empleo de antagonistas.

En un meta-análisis de Pallesen et al. (2005) se concluye que los tratamientos psicológicos son efectivos a corto y largo plazo.

Se resume la clasificación de los tratamientos según evidencia científica en el cuadro siguiente:

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

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

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

TRATAMIENTOS	TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3
Tratamiento farmacológico			X
Enfoque motivacional		X	
Terapia de conducta	X		
Terapia cognitivo-conductual	X		
Prevención de recaídas	X		
Juego controlado			X
Terapia de grupo		X	
Terapia de pareja y/o familia			X
Grupos de autoayuda			X
Programas multicomponentes (Terapia cognitivo-conductual)	X		
Programas de incorporación social			X
Programas de intervención/seguimiento familiar			X
Programas socioeducativos			X

"Guía Clínica: Actuar ante el Juego Patológico" editada por la Junta de Andalucía (2007), datos de la última revisión de Chambres y otros en 1998 de Task Force de 1993.

Son retos de futuro el diseñar estrategias motivacionales para el tratamiento con el objetivo de atraer a la terapia a personas que niegan o minimizan su dependencia del juego así como hacer estudios específicos de los abandonos del tratamiento. Más allá de la prevención de recaídas, la retención de los pacientes durante el tratamiento constituye una prioridad. En cuanto al tratamiento en función del sexo, los hombres tienden a jugar más por excitación y para ganar dinero y las mujeres para hacer frente a problemas personales (soledad, depresión, etc.) y familiares. Pero estas diferencias no se han tenido en cuenta para diseñar tratamientos específicos. De hecho son muy pocas las mujeres que han formado parte de las investigaciones clínicas publicadas hasta la fecha. (Echeburúa 2005).

Por nuestra parte, consideramos importante también plantear estudios para saber qué aspectos son los terapéuticos en las intervenciones llevadas a cabo por las asociaciones de autoayuda de jugadores. Apreciar lo que realmente ayuda y discriminar los factores que poco aportan al proceso sería altamente beneficioso para realizar las intervenciones más apropiadas, despojándolas de factores no terapéuticos que presumiblemente propicien un gran número de abandonos o resistencias a comenzar el programa.

En cuanto a los objetivos de tratamiento para los jugadores patológicos entendemos que el objetivo de la abstinencia está plenamente documentado, que el objetivo del juego controlado es una opción para los casos que se han descrito y que el objetivo de la reducción de riesgo y daño, que la información recaba nos hace pensar que se lleva a cabo, debería ser evaluado y contrastado.

5.8. RECUPERACIÓN NATURAL O REMISIÓN ESPONTÁNEA

Los estudios señalan que sólo un porcentaje pequeño de los jugadores patológicos (1/3) acuden alguna vez a tratamiento profesional y que la forma más habitual de abandono del juego patológico es la recuperación natural. En general, los jugadores que acuden a los programas de tratamiento presentan una mayor severidad del problema que los que no acuden a estos programas. No parecen existir excesivas diferencias en los factores relacionados con el cambio entre aquellos que acuden a tratamiento y los que se recuperan por sí mismos. Las estrategias conductuales y cognitivo-motivacionales, además de los procesos de cambio cognitivos, son los factores que mejor explican el cambio y el mantenimiento de la abstinencia en el juego patológico. De todos modos se necesitan más investigaciones sobre los factores implicados en la recuperación del juego patológico, de cara a mejorar los recursos terapéuticos disponibles para tratar este tipo de problemas. (Carballo, Secades, Fernández, García, Sobell, 2004).

Actualmente son varias las investigaciones que se están centrando en estudiar la recuperación natural de personas que padecen adicciones, tanto a sustancias legales e ilegales como sin sustancias.

En cuanto a estudios de adicción a sustancias, uno de los más conocidos mostró que el 77% de las recuperaciones de problemas de consumo de alcohol ocurría sin la ayuda de un tratamiento formal (Sobell, Cunningham y Sobell, 1996). En el caso de drogas ilegales, Cunningham (1999) encontró tasas de recuperación natural de entre el 65% y el 86%.

La recuperación natural en juego patológico queda resumida en la siguiente tabla adaptada de Carballo (2004).

Tasas de recuperación natural en Juego Patológico.

Estudio	Tasa de recuperación natural*
Koski-Jannes et al. (1999)	25%
Hodgins et al. (2000)	53%
Slutske et al. (2003)	95% (*)
DeFuentes-Merillas (2004)	57,1%-88,9% (*)

* Tasas de recuperación natural estimada a partir de las cifras de estabilidad de la adicción.

Tenemos que insistir en la diferencia que puede existir entre las personas que participan en los estudios de recuperación natural y aquellas que acuden a tratamiento, siendo estas últimas probablemente las que mayor severidad presenten en los problemas de juego.

Comprobamos que un grupo de jugadores patológicos no responden ni al mejor de los tratamientos disponibles (Echeburúa, 2005).

Entendemos que el estudio de la recuperación natural, aunque tema controvertido, puede ser beneficioso. Es interesante conocer las técnicas o recursos que han utilizado estos individuos para cambiar. De ellas se podrían beneficiar otras personas que presenten problemas de juego, especialmente aquellas que no aceptan ir a tratamiento o aquellas que presentan una conducta de juego patológico menos grave. La difusión, por medio de guías de autocambio, de técnicas o recursos que puede poner en marcha una persona sola, sería un sistema eficiente que ayudaría a recuperarse a estas personas sin asistir a tratamiento.

6. LECTURAS RECOMENDADAS

- Ochoa, E., Labrador, F.J. (1994). *El juego patológico*. Madrid: Plaza y Janés.
Aunque tiene unos años refleja una visión amplia del Juego Patológico. Está agotado pero puede encontrarse en librerías de segunda mano y a través de Internet.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.
Este manual explica con claridad el programa de tratamiento sesión a sesión con las técnicas de control de estímulos, exposición con prevención de respuestas y prevención de recaídas.
- Ibañez, A. y Sáiz, J. (2000). *La ludopatía: una "nueva" enfermedad*. Barcelona: Massón.
Presenta una visión amplia del juego patológico. Lo más interesante de este libro es el apartado de tratamiento farmacológico y las hipótesis biológicas, así como el apartado de la comorbilidad.
- Secades, R. y Villa, A. (1998). *El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
Una estupenda aproximación para familiarizarse con la atención al juego patológico en adolescentes.
- Monográfico de Juego Patológico de la revista Salud y Drogas, del Instituto de Investigación de Drogodependencias de la Universidad Miguel Hernández. Vol. 4, nº 2 (2004).
Contiene información actualizada sobre prevalencia, diagnóstico, tratamiento, acceso a documentación y repercusiones familiares.
- Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y Tratamiento de los trastornos adictivos*, Madrid: Fundación Universidad Empresa.
Es un manual muy útil al centrarse en la evaluación y el tratamiento. Facilita en los anexos varios cuestionarios y autorregistros.
- Graña, J.L. (1994) *Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Editorial Debate S.A.
Manual muy conocido por los que lleven varios años trabajando en drogodependencias. Tiene un capítulo dedicado al juego patológico y recoge en apéndices varios cuestionarios de evaluación.

7. BIBLIOGRAFÍA

Becoña, E. (coordinador). (1993). Número monográfico de Juego Patológico. Revista Psicología Conductual. Vol. 1, nº 3.

Becoña, E. (2004). El juego patológico: prevalencia en España. Monográfico de juego patológico. Revista Salud y Drogas. Vol. 4, nº 2, 9-34.

Black, D.W. et al. (2007). An open-label trial of escitalopram in the treatment of pathological gambling. Clin. Neuropharmacology.

Black, D.W. et al. (2007). Bupropion in the treatment of pathological gambling: a randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose study. J. Clin. Psychopharmacol.

Blanco, C. et al. (2002). A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling. Am. Clin. Psychiatry.

Blaszczynski, A.P., McConaghy, N. Y Frankova, A. (1991a). A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment. British Journal of Addiction, 86: 1485-1489.

Blaszczynski, A.P., McConaghy, N. Y Frankova, A. (1991b). Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two to nine year follow-up. British Journal of Addiction, 86: 299-306.

Blaszczynski, A.P. y Nowe, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. Addiction. 97, 487-499.

Blume, S.B. (1986). Treatment for the addictions: alcoholism, drug dependence and compulsive gambling in a psychiatric setting. Jornal of Substance Abuse Treatment, 3, 131-133.

Bombín, B. (1992). El juego de azar. Patología y testimonios. Valladolid. Junta de Castilla y León.

Botella, C., García-Palacios, A., Quero, S., Baños, R. (2007). Avances en el tratamiento de las adicciones: la utilización de nuevas tecnologías. Adicciones, XXXIV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Valencia.

Carballo, J.L., Secades, R., Fenández, J.R., García, O. y Sobell, L.C. (2004). Recuperación de los problemas de juego patológico con y sin tratamiento. Monográfico de juego patológico. Revista Salud y Drogas. Vol. 4, nº 2: 61-78.

Cotler, S.B. (1971). The use of different behavioral techniques in treating a case of compulsive gambling. Behavior Therapy, 2: 579-584.

Custer, R.L. (1984). Profile of the Pathological Gamber. J Clin Psychiatry, 45: 35-38.

- Custer, R. Y Milt, H. (1985). When luck runs out. Help for compulsive gamblers and their families. New York: Facts on File Publications.
- Dannon, P.N. et al. (2005). Topiramate versus fluvoxamine in the treatment of pathological gambling: a randomized, blind-rater comparison study. *Clin. Neuropharmacol.*
- Dannon, P.N. et al. (2005). Sustained-release bupropion versus naltrexone in the treatment of pathological gambling: a preliminary blind-rater study. *J. Clin. Psychopharmacol.*
- DeFuentes-Merillas, L.; Koeter, M. W.; Schippers, G. M. y Van den Brink, W. (2004). Temporal stability of pathological scratchcard gambling among adult scratchcard two years later. *Addiction* 99:117-127.
- Dickerson, M. y Weeks, D. (1979). Controlled gambling as a therapeutic technique for compulsive gamblers: A case study. *Journal of Experimental Psychiatry and Behaviour Therapy*, 10: 139-141.
- Doski-Jänes, A.; Turner, N. (1999). Factors influencing recovery from different addictions. *Addiction Research*, 7, 496-492.
- Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*, 4, 7-20.
- Echeburúa, E. (2005). Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*. Vol 17, nº 1: 11-16.
- Echeburúa, E. (2006). Avances en el tratamiento psicológico de la ludopatía y de las nuevas adicciones. *Revista de Formación Continuada en Trastornos Adictivos de la Sociedad Española de Toxicomanías*. 2:169-186.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1991). Enfoques terapeúticos en el tratamiento psicológico del juego patológico. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8: 127-146.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J. y Páez, D. (1994). Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS): Validación española. Análisis y Modificación de Conducta, 20 (74), 769-791.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Amor, P.J. (2004). Prevención de recaídas en las ludopatías. *Salud y Drogas. Monográfico de Juego Patológico*. Vol. 4, nº 2: 97-107.
- Fernández J.J. y Pereiro, C. (2007). Guía Clínica para el tratamiento de la dependencia de opiáceos. Valencia: Socidrogalcohol.
- Fernández-Alba, A. (1999). Tratamiento psicológico del juego patológico en jugadores de máquinas recreativas con premio (CD-Rom). Tesis Doctoral: Universidad Complutense de Madrid.
- Fernández-Alba, A. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico. *Monográfico de juego patológico. Revista Salud y Drogas*. Vol. 4, nº 2: 79-96.

- Fernández-Alba, A. y Labrador, F.J. (2002). Juego patológico. Madrid: Editorial Síntesis.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta. Madrid: Pirámide.
- Fong, T. et al. (2008). A double-blind placebo-controlled trial of olanzapine for the treatment of video poker pathological gamblers. *Pharmacol. Biochem. Behav.*
- Gambino, B. (1997). Meted, meted: Who's got the method? What can we KNOW about the number of compulsive gamblers? *Journal of Gamblings Studies*, 13: 291-296.
- Gamblers Anonymous (1984). Sharing Recovery through Gamblers Anonymous. Los Angeles: Gamblers Anonymous Publishing.
- Gerstein, D., Hoffman, J., Larison, C. et al. (1999). Gambling Impact and Behavior Study. Chicago. National Gambling Impact Study Comisión.
- Gómez, M (2006). Esquizofrenia y Juego Patológico. Revista de Formación Continuada en Trastornos Adictivos de la Sociedad Española de Toxicomanías. Vol. 2. Jornadas de Juego Patológico: 87-103.
- González, A. (1989). Juego patológico: una nueva adicción. Madrid: Canal Comunicaciones, S.A.
- Gonzalez, A., Aymami, M.N., Jiménez, S., Doménech, J.M., Granero, R. y Lourido-Ferreira, M.R. (2003). Assessment of pathological gamblers who use slot machines. *Psychological Reports*, 93, 707-716.
- Graña, J.L. (1994). Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento. Madrid: Editorial Debate S. A.
- Grant, J.E. et al. (2003). Paroxetine treatment of pathological gambling: a multicenter randomized controlled trial. *Int. Clin. Psychopharmacol.*
- Grant, J.E. et al. (2006). A multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *A. J Psychiatry*.
- Grant, J.E. et al. (2006). Medication management of pathological gambling. *Minn. Med.*
- Gupta, R., y Deverensky, J.L. (1998). Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. *Journal of Gambling Studies* 14: 319-345.
- Haller, R. et al. (1994). Treatment of pathological gambling with carbamazepine. *Pharmacopsychiatry*.
- Hodgins, D.C. y El-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: A comparison of resolved and active gamblers. *Addiction* 95: 777-789.

- Hollander, F. et al. (2000). A randomized double-blind fluvoxamine-placebo crossover trial in pathological gambling. *Biol. Psychiatry*.
- Hollander, F. et al. (2005). Does sustained release lithium reduce impulsive gambling and effective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders. *Am. J. Psychiatry*.
- Ibañez, A. y Sáiz, J. (2000). La ludopatía: una "nueva" enfermedad. Barcelona: Massón.
- Westphal, J. (2008). How Well are We Helping Problem Gamblers? An Update to the Evidence Base Supporting Problem Gambling Treatment. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6 (2), 249-264.
- Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (2007). Guía Clínica: Actuar ante el juego patológico.
- Kim, S.W. et al. (2002). A double-blind placebo controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling. *J. Clin Psychiatry*.
- Kim, S.W. et al. (2001). Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biol. Psychiatry*.
- Jonson EE, Hamer R, Nora RM, Tan B, Eisenstein N, Engerhart C. (1999). The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol Rep*; 80: 83-88.
- Labrador, F.J. Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). Guía para la elección de los tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva Psicología Clínica.
- Labrador, F.J. y Fernández-Alba, A. (2002). Juego patológico. Madrid: Síntesis.
- Ladoucer, R., Fontaine, O., Cottraux, J., (1994). Terapia cognitiva y comportamental. Barcelona: Masson.
- Ladoucer, R., Grosselin, P., Laberge, M. y Blaszczynski, A. (2001). Dropouts in clinical research: Do results reflect clinical reality?. *Behavior Therapist*, 24, 44-46.
- Ladoucer, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C y Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 587-596.
- Lesieur, H.R. y Custer, R.L. (1984). Pathological Gambling: Roots, Phases, and Treatment. *The Annals of the American Academy*, 474: 147-156.
- Lesieur, H. R. y Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Lesieur, H. R. y Heineman, M. (1988). Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. *British Journal of Addictions*, 83, 765-771.
- MacConaghie N, Armstrong MS, Blaszczynski AP, Allcock C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *Br J Psychiatry*; 142: 366-372.

- MacConaghy N, Armstrong MS, Blaszczynski AP, Allcock C. (1988). Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling. Implications for behavioral assessment. *Behav Modif*; 12 (3): 371-384.
- McConaghy, N., Blaszczynski, A.P. y Frankova, A. (1991). Comparison of Imaginal Desensitization with other behavioural treatments of pathological gambling: A two to nine year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 159: 390-393.
- McCormick, R.A. y Ramirez, L.F. (1988). Pathological gambling. En J.G. Howells (Ed.), *Modern perspectives in psychosocial pathology*, pp. 135-157. New York: Brunner/Mazel Inc.
- McElroy, S.L. et al. (2008). Olanzapine in the treatment of pathological gambling: a negative randomized placebo-controlled trial. *J. Clin. Psychiatry*.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E. y O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Jormal of Nervous and Mental Disease*, 169, 232-239.
- Mercadé, P. V., Gonzalez, A., Pastor, C. Y Aymamí, N. (1990). Juego patológico y grupo: Una posibilidad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 16: 19-24.
- Oakley-Browne M, Adams P, Mobberley P, WITHDRAWN: Interventions for pathological gambling. [Journal Article] Cochrane Database Syst Rev 2007.
- Ochoa, E. y Labrador, F.J. (1994). Juego patológico. Barcelona: Plaza y Janés.
- Padula, P.R. et al. (2007). Bupropion therapy for pathological gambling. *Am Pharmacoter*.
- Pallanti, S. et al. (2002). Lithium and valproate treatment of pathological gambling: a randomized single-blind study. *J. Cli. Psychiatry*.
- Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B.H., Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis *Addiction* 100 (10), 1412-1422.
- Prieto, M. (2003). Una propuesta de clasificación de los jugadores patológicos. *Psicología Conductual*, 11, 5-23.
- Ramos, J. (2005). Superar la ludopatía Madrid: Espasa Calpe.
- Robert, C. y Botella, C. (1995). Trastornos de control de impulsos: el juego patológico. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.). *Manual de psicopatología* (vol. 1). Madrid. McGraw-Hill.
- Rodríguez –Martos, A. (1987). El juego. Otro modelo de dependencia. Aspectos comunes y diferenciales con respecto a las drogodependencias. *Fons Informatiu*, 12.
- Rosecrance J. (1988). Active gamblers as peer counselors. *Int J Addict*; 23(7): 751-766.

- Rosenthal, R. J.(1989). Pathological gambling and problem gambling: Problems of definition and diagnosis. En H.J. Shaffer, S.A. Stein, B. Gambino y T.N. Cummings (Eds.), Compulsive gambling. Theory, research, and practice, pp. 101-125. Lexington, MA: Lexington Books.
- Sáiz, J. et al. (2005). Sertraline treatment of pathological gambling: a pilot study. *J. Clin. Psychiatry*.
- Secades, R. y Villa, A. (1998). El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia. Madrid: Pirámide.
- Shaffer, H.J. (1989). Conceptual crisis in the addictions: The role of models in the field of compulsive gambling. En H. Shaffer, S. Stein, B. Gambino y T. Cummings (Eds.), Compulsive gambling. Theory, research and practice, pp. 3-33. Lexington, MA: Lexington Books.
- 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, 339-362.
- Slutske, W.S.; Jackson, K. M., y Sher, K. J. (2003). The natural history of problem gambling from age 18 to 29. *Journal of Abnormal Psychology* 112: 263-274.
- Stewart, R.M. y Brown, R. I. (1988). An outcome Study of Gamblers Anonymous. *British Journal of Psychiatry*, 152: 284-288.
- Sylvain C. Ladouceur R, Boisvert JM. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. *J Consult Clin Psychol*; 65: 727-732.
- Tavares, H.; Zilberman, M.L., y El-Guebaly, N. (2003). Are there cognitive and behavioural approaches specific to the treatment of pathological gambling? *Canadian journal of Psychiatry* 48:22-27.
- Turón, V. et al. (1990). Tratamiento farmacológico del juego patológico. *Actas de la XV Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*. Córdoba.
- Urretavizcaya M. et al. (1991). Tratamiento farmacológico del juego patológico. *Actas de la XVI Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*. Vitoria.
- Winters, K.C., Stinchfield, R.D. y Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Jornal of Gambling Studies*, 9, 63-84.
- Yafee, R.A., y Brodsky, V.J. (1997). Recommendations for research and public policy in gamblings studies. *Journal of Gambling Studies* 13:309-316.
- Zimmerman, M. el al. (2002). An open-label study of citalopram in the treatment of pathological gambling. *Clin. Psychiatry*.
- El juego después de la jubilación. Una respuesta resiliente <http://www.azajer.com/azajer-archivos/20070130111740092117/envejecimiento.pdf> visualizado el 20 de septiembre de 2007.

8. ANEXOS

ANEXO 8.1. HOJA DE ACOGIDA

HOJA DE ACOGIDA

FECHA DE ALTA: _____ N° H^a: _____

Derivado por: _____

Fecha de acogida: _____ Fecha de inicio: _____

¿Es la primera vez que acude?: SI NO.

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

Sexo: _____ D.N.I. N°: _____ E. civil: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio actual: _____

Población: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ (Movil: _____)

Formación: _____ Trabajo actual: _____

FAMILIAR/ES QUE ACOMPAÑAN: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Parentesco: _____

DATOS FAMILIARES:

Padres: _____ Edad: _____ Dedicación: _____

Pareja: _____ Edad: _____ Dedicación: _____

Nº de hijos: _____ Edades: _____ Dedicación: _____

Unidad de convivencia actual: _____

Situación actual que motiva solicitar tratamiento (Exposición breve).

Juego/s problema que motiva/n el tratamiento: _____

Tratamientos anteriores por ludopatía:_____ Sí NO

Tratamientos anteriores por alcohol u otras drogas:_____ Sí NO

Tratamientos anteriores por salud mental:_____ Sí NO

AÑO____ CENTRO_____ ADICCIÓN/TRASTORNO MENTAL MODALIDAD Tto.

OTROS DATOS DE INTERÉS: (Problemas Judiciales, tratamiento farmacológico actual, ocupaciones distintas al trabajo habitual, etc.).

Nota: Se le entregará la Hoja Informativa que se incluye en el anexo 8.7.

ANEXO 8.2. ENTREVISTA CLÍNICA

ENTREVISTA CLÍNICA SOBRE JUEGO PATOLÓGICO.

Nº de Historia Clínica: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Apellidos: _____

1) Circunstancias que motivan la demanda de tratamiento.

(¿Qué ha pasado?, ¿Cómo es que están aquí?)

--

2) Exploración motivacional.

(Si es necesario trabajar la ambivalencia)

¿Qué siente cuando juega?	
---------------------------	--

¿Qué siente cuando gana?	
--------------------------	--

¿Cómo le afecta el juego?	
---------------------------	--

¿Cree que controla el juego o es algo que creía y ahora va empezando a pensar que no puede controlarlo?	
---	--

¿Se siente con un estado de ánimo negativo cuando juega y pierde? ¿Se promete que no volverá a jugar?	
---	--

¿Qué siente o qué se dice para buscar dinero y jugar?	
---	--

3) Historia de juego.

¿A qué edad comenzó a jugar por primera vez?		Años Jugando	
--	--	--------------	--

Tipo de juego en el inicio	
----------------------------	--

Otros juegos	
--------------	--

¿Cuándo reconoce que tiene problemas de juego? (aunque no se lo comentara a nadie)	
--	--

¿Sabe que jugar de una determinada forma, compulsivamente y sin control, puede ser calificado como trastorno de conducta, adicción o enfermedad?	
¿Ha intentado dejar de jugar por sí mismo?	
Cuando empezó a jugar de forma abusiva, ¿coincidieron algunos acontecimientos en su vida? (aburrimiento, desempleo, depresión, etc)	
¿Ha tenido épocas de mayor y de menor juego?	¿Cuántas veces?
¿Cuáles son los problemas más importantes que les ha ocasionado el juego?	
¿Como ha evolucionado su conducta de juego? (Aumento progresivo, períodos sin juego, dependía de posibilidades económicas, etc)	

4) Recursos que ha puesto en marcha el jugador o la familia últimamente para paliar el problema.

Afrontamiento del problema	
Actuaciones de familia o amigos	
¿Han modificado algo su actuación en los últimos días?	

5) Psicopatología asociada, otras adicciones o abuso de sustancias.

Manifestaciones sintomatológicas actuales	
Ideación o intentos suicidas	
En la actualidad, consumo de tabaco, alcohol u otras drogas. Abuso o dependencia. Otras adicciones	

6) Antecedentes familiares.

(Problemas de abuso o adicción, psicológicos o psiquiátricos)

--

7) Ocupaciones. Satisfacción con la ocupación actual.

Trabajo actual	
Otra ocupación	
Satisfacción con la ocupación actual	

8) Grupo de amigos. Apoyos externos.

Explorar existencia de apoyos personales externos al ámbito familiar	
--	--

9) Ocio y tiempo libre.

Tiempo libre disponible	
Aficiones:	Actuales: Anteriores:
Comentarios sobre las actividades de ocio	

10) Demanda – objetivos de tratamiento.

¿En qué te gustaría que te ayudáramos?	
--	--

11) Resultado de las pruebas realizadas.

SOGS.	
OTRAS.	
Análisis del sistema familiar. (Abierto)	
Diagnóstico DSM-IV-TR.	
Eje I.	
Eje II.	
Eje III.	
Eje IV.	
- Relativos al grupo primario de apoyo.	
- Relativos al ambiente social.	
- Relativos a la enseñanza.	
- Problemas laborales.	
- Problemas de vivienda.	

- Problemas económicos.	
- Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria.	
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal.	
- Otros problemas psicosociales o ambientales.	
Eje V. Evaluación de la actividad global.	

12) Apoyo al diagnóstico. (Criterios diagnósticos DSM-IV-TR y EEAG).

Criterios DSM-IV-TR de Juego Patológico

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., sentimiento 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.

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) DSM-IV-TR.

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

Código (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72).

100. Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
- 91
90. Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
- 81
80. Si existen síntomas son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
- 71
70. Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
- 61
60. Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
- 51
50. Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
- 41
40. Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
- 31
30. La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
- 21
20. Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
- 11
10. Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
- 1
- 0 | Información inadecuada.

ANEXO 8.3.

Entrevista Estructurada de la Conducta de Juego para Adolescentes.
(Secades y Villa, 1998).

Nombre:		Fecha:	
---------	--	--------	--

A) Historia del aprendizaje.

1. ¿A qué edad tuviste tu primer contacto con el juego de apuestas?
 Máquinas tragaperras.
 Cartas.
 Lotería, quinielas, primitiva, bono-loto o ciegos.
 Carreras de caballos.
 Bingo.
 Otros (especificar cuáles).
4. ¿Por qué motivos empezaste a jugar?
 Ganar dinero.
 Pasarlo bien.
 Aburrimiento.
 Por hacer algo prohibido.
 Te incitaron los amigos.
 Otros (especificar cuáles).
5. Aproximadamente, ¿cuánto dinero gastabas cada vez que jugabas?
6. ¿Con qué frecuencia jugabas?
7. ¿Cuánto tiempo empleabas cada vez que jugabas?
8. ¿A qué edad el juego comenzó a ser un problema para ti?
9. ¿Qué problemas te causó?
10. Desde que empezaste a jugar, ¿hubo algún período en el que dejaras de jugar?
11. Si fue así, ¿cuál fue el motivo?
12. ¿Has recibido alguna ayuda externa (familiar, profesional, etc) para intentar solucionar el problema?

B) Situación actual.

13. ¿Con qué frecuencia has jugado durante el último mes?
14. ¿Qué cantidad de dinero gastas cada vez que juegas?
15. ¿Cuánto tiempo empleas actualmente cada vez que juegas?
16. ¿En qué lugares juegas?
17. ¿Con qué personas?
18. ¿A qué tipos de juegos?
19. Cuando realizas otras actividades, ¿sueles pensar en el juego?
20. Antes de empezar a jugar, ¿en qué medida estás seguro de que vas a ganar?
21. Los resultados del juego, ¿dependen de la suerte o de tus habilidades?
22. ¿Hay alguna cosa que tú puedes hacer para incrementar la probabilidad de ganar?

C) Consecuencias del Juego.**1. Área personal.**

Estados afectivos. Consumo de drogas.

2. Área del ocio y tiempo libre.

Actividades previas a la aparición del problema. Actividades de ocio que ha conservado durante la etapa de jugador. Actividades incompatibles con la conducta de jugar. Nivel de conocimiento y uso de los recursos sociales.

3. Área de las relaciones sociales.

Relaciones sociales anteriores a la aparición del problema. Relaciones sociales actuales. Frecuencia, tiempo y actividades que realiza con los amigos.

4. Área educativa/laboral.

Absentismo escolar y/o laboral, fracaso escolar, rendimiento, expulsiones.

5. Área familiar.

Relaciones familiares, actividades comunes, estilo de comunicación, normas, respuestas familiares ante el problema.

ANEXOS 8.4. Cuestionarios, inventarios y autorregistros para la evaluación y apoyo al tratamiento.

ANEXO 8.4.1.

Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS).

(South Oaks Fundation, 1992. Validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994).

NOMBRE:		Nº:	
TERAPEUTA:		Fecha:	

1. Indique, por favor, cuál de los siguientes juegos ha practicado usted en su vida. Señale para cada tipo una contestación:

1: "nunca" | 2: "menos de una vez por semana" | 3: "una vez por semana o más".

- | | 1 | 2 | 3 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) jugar a cartas con dinero de por medio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) apostar en las carreras de caballos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) apostar en el frontón o en los deportes rurales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) jugar a la lotería, a las quinielas, a la primitiva,
a la bono-loto o a los ciegos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) jugar en el casino..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) jugar al bingo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) especular en la bolsa de valores..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) jugar en las máquinas tragaperras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) practicar cualquier deporte o poner a prueba cualquier
habilidad por una apuesta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que ha gastado en jugar en un solo día?

- | | |
|---|--|
| Nunca he jugado dinero <input type="checkbox"/> | Menos de 6 euros <input type="checkbox"/> |
| Entre 6 y 30 euros <input type="checkbox"/> | Entre 30 y 60 euros <input type="checkbox"/> |
| Entre 60 y 300 euros <input type="checkbox"/> | Más de 300 euros <input type="checkbox"/> |

3. Señale quién de las siguientes personas allegadas tiene o ha tenido un problema de juego.

- mi padre 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 que convive sobre la forma de administrar el dinero?

- Sí No

13. (Si ha respondido Sí a la pregunta anterior) ¿Se han centrado alguna vez las discusiones de dinero sobre el juego?

- Sí No

14. ¿Ha pedido en alguna ocasión dinero prestado a alguien y no se lo ha devuelto a causa del juego?

- Sí No

15. ¿Ha perdido alguna vez tiempo de trabajo o de clase debido al juego?

- Sí No

16. Si ha pedido prestado dinero para jugar o pagar deudas, ¿a quién se lo ha pedido o de dónde lo ha obtenido? (ponga una X en las respuestas que sean ciertas en su caso).

- a) del dinero de casa
b) a mi pareja.....
c) a otros familiares.....
d) de bancos y cajas de ahorro.....
e) de tarjetas de crédito
f) de prestamistas.....
g) de la venta de propiedades personales o familiares.....
h) de la firma de cheques falsos o de extender cheques sin fondos
i) de una cuenta de crédito en el mismo casino.....

Hoja de 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)

Puntuación Valoración

4 o más = Probable jugador patológico

ANEXO 8.4.2
Cuestionario de Evaluación del DSM-IV para el Juego Patológico

Nombre y apellidos:	Fecha:
---------------------	--------

EN EL ÚLTIMO AÑO:		SÍ	NO
1	a.- ¿Ha pasado mucho tiempo pensando en experiencias pasadas de juego o planeando las siguientes jugadas?		
	b.- ¿Piensa frecuentemente en la forma de conseguir dinero para jugar?		
2	a.- ¿Ha tenido momentos en los que ha necesitado jugar más para obtener el grado de excitación deseado?		
	b.- ¿Ha tenido que jugar con mayores cantidades de dinero o apostar más para obtener el grado de excitación deseado?		
3	a.- ¿Ha intentado disminuir o controlar el juego repetidas veces en el pasado y le ha resultado difícil?		
	b.- ¿Ha intentado interrumpir su conducta de juego repetidas veces en el pasado y no lo ha conseguido?		
4	a.- Después de intentar interrumpir o detener el juego, ¿se ha sentido inquieto o irritable?		
	a.- ¿Siente que el jugar es una forma de escapar de sus problemas?		
5	b.- ¿Percibe que el juego alivia emociones desagradables como la ansiedad y la depresión?		
	a.- Cuando pierde dinero en un día ¿generalmente vuelve para recuperar lo perdido?		
6	b.- ¿Cuando ha tenido una importante deuda por el juego, ha continuado jugando con la esperanza de recuperar su dinero?		
	a.- ¿Ha mentido con mucha frecuencia a los miembros de su familia, amigos, compañeros de trabajo o profesores acerca de su grado de implicación o de sus deudas de juego?		
7	b.- ¿Ha ocultado o intentado ocultar su conducta de juego a otras personas (p.ej.: miembros de la familia)?		
	a.- ¿Ha hecho falsificaciones o robado con la finalidad de financiar el juego?		
8	b.- ¿Ha cometido algún tipo de acto ilegal como un asalto o acto fraudulento para poder mantener su conducta de juego?		
	a.- ¿Ha habido momentos en los que el juego ha generado problemas en sus relaciones con amigos, familia, compañeros de trabajo o profesores?		
9	b.- ¿Ha faltado al trabajo, escuela u otra actividad social o familiar importante debido al juego?		
	a.- ¿Ha pedido dinero prestado debido a que el juego le ha causado problemas económicos?		
10	b.- Cuando se ha sentido desesperado por su situación económica, ¿ha conseguido que otras personas paguen sus deudas de juego?		

ANEXO 8.4.3**Cuestionario de Juego de South Oaks–Versión Revisada para Adolescentes (SOGS-RA)
(Winters, Stinchfield y Fulkerson, 1993)**

1. Indica con qué frecuencia has realizado estas actividades a lo largo de tu vida y en los últimos doce meses.

	A LO LARGO DE LA VIDA		DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES				
	NUNCA	AL MENOS UNA VEZ	NUNCA	MENOS DE UNA VEZ AL MES	MENSUALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE
a) Jugar a las cartas por dinero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Jugar a cara o cruz por dinero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Apostar en juegos de habilidad, como billar, golf o bolos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Apostar en deportes de equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Apostar en carreras de caballos o de perros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Jugar al bingo por dinero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Jugar a los dados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Jugar en máquinas tragaperras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Raspar cartones para ganar premios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Jugar a la bonoloto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que has apostado en los últimos 12 meses?

- Un euro o menos.....
- más de 1 euro y menos de 6.....
- Entre 6 y 30 euros.....
- Entre 30 y 60 euros.....
- Entre 60 y 120 euros.....
- 120 euros o más.....

3. ¿Alguno de tus padres practica algún juego con apuestas de dinero?

- Sí.....
- No
- No lo sé

En caso afirmativo, ¿cuál de ellos?

- Solamente mi madre
- Solamente mi padre
- Ambos

4. ¿Piensas que tus padres juegan/apuestan demasiado?

- Sí
- No
- No lo sé

En caso afirmativo, ¿cuál de ellos?

- Solamente mi madre
- Solamente mi padre
- Ambos

En los últimos 12 meses:

5. ¿Con qué frecuencia has vuelto a jugar otro día para intentar recuperar el dinero que habías perdido?

- Todas las veces
- La mayoría de las veces
- Algunas veces
- Nunca

6. Cuando estabas apostando, ¿has dicho alguna vez a los demás que estabas ganando dinero, cuando en realidad no era así?

- Sí No

7. ¿Tus apuestas con dinero te han causado problemas, como riñas con la familia y amigos o problemas en la escuela o en el trabajo?

- Sí No

8. ¿Alguna vez has jugado más de lo que tenías pensado?

- Sí No

9. ¿Alguien te ha criticado por apostar o te ha dicho que tienes un problema con el juego, independientemente de que tú pienses que es cierto o no?

- Sí No

10. ¿Alguna vez te has sentido mal pensando en la cantidad de dinero que apuestas o en lo que pasa cuando apuestas dinero?

- Sí No

11. ¿Has sentido alguna vez que te gustaría dejar de apostar dinero, pero crees que no podrías?

Sí..... No ..

12. ¿Alguna vez has ocultado a tu familia o amigos algún desliz en el juego, décimos de lotería, dinero que has ganado, u otras situaciones relacionadas con el juego?

Sí..... No ..

13. ¿Has tenido alguna discusión con tu familia o amigos centrada en el tema del juego?

Sí..... No ..

14. ¿Has pedido prestado dinero para apostar y no lo has devuelto?

Sí..... No ..

15. ¿Alguna vez te has escapado o has faltado al colegio o al trabajo para llevar a cabo actividades relacionadas con el juego?

Sí..... No ..

16. ¿Has tomado prestado dinero o has robado algo para poder apostar o para saldar tus deudas?

Sí..... No ..

En caso afirmativo, señala a quién o de dónde lo has conseguido:

- a) Padres.....
- b) Hermano/s o hermana/s.....
- c) Otros familiares.....
- d) Amigos.....
- e) Prestamista.....
- f) De la venta de alguna propiedad personal o familiar.....
- g) De un cheque sin fondos de tu cuenta ..
- h) Lo has robado ..

PUNTUACIÓN (Rango: 0-12).

A. Los ítems 1, 2, 3, 4 y 16a-16h no se puntúan.

B. Los ítems del 5 al 16, se puntúan con "0" cuando la respuesta es negativa y con "1" si la respuesta es afirmativa (el ítem 5 se puntúa con "1" cuando la respuesta es "todas las veces" o "la mayoría de las veces").

ANEXO 8.4.4.a

**Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del
Juego de Echeburúa y Báez, 1991
(Versión para el paciente)**

Nombre: _____ N°: _____ Fecha: _____

1. ¿Con qué frecuencia juega usted semanalmente a los siguientes juegos?

Máquinas tragaperras _____

Bingo _____

Casino _____

Lotería Nacional _____

Lotería Primitiva _____

Bono-Loto _____

ONCE _____

Quinielas _____

Apuestas en frontón _____

Cartas _____

Otros (especificar) _____

TOTAL _____ VECES

Considero que esta frecuencia es:

Muy grande

Grande

Mediana

Pequeña

Nula

2. Especifique cuánto dinero gasta semanalmente en cada uno de los juegos:

Máquinas tragaperras _____

Bingo _____

Casino _____

Lotería Nacional _____

Lotería Primitiva _____

Bono-Loto _____

ONCE _____

Quinielas _____

Apuestas en frontón _____

Cartas _____

Otros (especificar) _____

TOTAL _____ **EUROS**

Considero que esta cantidad de dinero es:

Muy grande

Grande

Mediana

Pequeña

Nula

3. ¿Cuánto tiempo dedica al juego semanalmente?

Máquinas tragaperras _____

Bingo _____

Casino _____

Lotería Nacional _____

Lotería Primitiva _____

Bono-Loto _____

ONCE _____

Quinielas _____

Apuestas en frontón _____

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 8.4.4.b

**Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del
Juego de Echeburúa y Báez, 1991
(Versión para el familiar)**

Nombre: **Nº:** **Fecha:**

1. Creo que la frecuencia con la que juega habitualmente es:

Muy grande Grande Mediana Pequeña Nula

2. Creo que la cantidad de dinero que gasta en juego es:

Muy grande Grande Mediana Pequeña Nula

3. Creo que el tiempo que dedica al juego es:

Muy grande Grande Mediano Pequeño Nula

4. Creo que la frecuencia con la que piensa en el juego es:

Muy grande Grande Mediana Pequeña Nula

5. Considero que su necesidad de jugar es:

Muy grande Grande Mediana Pequeña Nula

OBSERVACIONES:

ANEXO 8.4.5
Cuestionario de Juego de Massachussets (MAGS)
de Shaffer, LaBrie, Scanlan y Cummings, 1994
(Traducción de Secades y Villa, 1998)

Subescala 1

En los últimos doce meses:

1. ¿Has estado preocupado pensando en la forma de conseguir dinero para apostar o reviviendo experiencias pasadas relacionadas con el juego?
2. ¿Has apostado cantidades de dinero cada vez mayores para alcanzar el nivel de excitación deseado?
3. ¿Has comprobado que el mismo tiempo dedicado al juego te satisface menos que antes?
4. La eliminación del juego o su reducción, ¿te ha hecho sentirte inquieto e irritable?
5. ¿Has jugado con el fin de hacer desaparecer las sensaciones incómodas que aparecen cuando dejas de jugar o para evitar su aparición?
6. ¿Has utilizado el juego como forma de escapar de problemas o para aliviar los sentimientos de desamparo, culpa, ansiedad o depresión?
7. Después de haber perdido jugando, ¿alguna vez has vuelto a jugar otro día para recuperar lo que habías perdido?
8. ¿Has mentido a tu familia o a otras personas para ocultar el alcance de lo que has estado jugando?
9. ¿Has cometido algún acto ilegal (ejemplos: fraude, hurto, desfalco, etc para financiar el juego?)
10. ¿Has arriesgado o perdido una importante relación, trabajo u oportunidad en tu educación o carrera debido al juego?
11. ¿Has pedido a otras personas (por ejemplo, familia, amigos o compañeros de trabajo) que te diesen dinero para resolver alguna situación desesperada causada por tus apuestas en el juego?
12. ¿Has hecho algún esfuerzo, sin mucho éxito, para restringir, reducir o dejar de jugar?

Subescala 2.

1. ¿Has experimentado alguna vez presión social, psicológica o económica para jugar?
2. ¿Cuánto juegas habitualmente en comparación con la mayoría de las personas?
3. ¿Crees que la cantidad y la frecuencia con la que juegas es "normal"?
4. ¿Crees que tus amigos o parientes piensan que eres un jugador "normal"?
5. ¿Alguna vez has sentido un deseo intenso o una urgente necesidad de apostar?
6. ¿Te has sentido alguna vez culpable por lo que juegas?
7. ¿Algún miembro de tu familia se ha preocupado o quejado por lo que juegas?
8. ¿Has pensado alguna vez que deberías reducir o dejar de jugar?
9. ¿Eres capaz de dejar de jugar siempre quequieres?
10. ¿Te ha causado el juego algún problema con algún miembro de la familia o con amigos?
11. ¿Has tenido problemas en el trabajo o en los estudios debidos al juego?
12. ¿Alguna vez has descuidado tus obligaciones (familiares, laborales o escolares), durante dos o más días seguidos, porque estabas jugando?
13. ¿En alguna ocasión has pedido ayuda a alguien debido al juego?
14. ¿Has sido arrestado alguna vez por causa del juego?

ANEXO 8.4.6**Inventario de Pensamientos sobre el Juego de Echeburúa y Báez, 1991**

Nombre:		Nº:		Fecha:	
----------------	--	------------	--	---------------	--

A. CUANDO JUEGO:	SÍ	NO
1. Me fijo mucho en los resultados del juego para sacar conclusiones de cómo apostar, cuándo y cuánto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo un "sistema" para ganar en el juego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si gano, tiendo a pensar que mi "sistema" ha funcionado o que lo he hecho bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pienso que si juego el tiempo suficiente recuperaré mis pérdidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pienso que soy más listo que los demás y que a la larga ganaré.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No pienso en las consecuencias negativas, sólo en que me puede tocar o puedo ganar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Si pierdo, pienso que es debido a la mala suerte o a que no estoy concentrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cuando pierdo y he estado "cerca", pienso que "casi gano"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A veces voy con la "sensación" de que voy a ganar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Creo que ganar es una cuestión de suerte más que de probabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tengo manías, como llevar la misma ropa, amuletos, juegos mentales con números, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pienso en lo que puedo comprarme o regalar a alguien pues es así como me siento bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Considero el dinero robado para jugar como un préstamo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. SOBRE MI PROBLEMA PIENSO QUE:	SÍ	NO
14. Yo soy un jugador patológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Podré jugar como otras personas y no tendré problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Soy un enfermo y por lo tanto no tengo ninguna responsabilidad sobre lo que hago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. "Algo" me sucede y entonces pierdo el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Cuando algo me incita a jugar no puedo hacer otra cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Si me tocara mucho dinero se solucionarían mis problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| 20. Me siento culpable por muchas razones (situación económica familiar, relaciones familiares y de amigos tensas, problemas en el trabajo...) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 21. Siempre pienso que la vida será problemática en todos los aspectos | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 22. Aunque me recupere del problema del juego, tengo una serie de problemas a los que no podré hacer frente (deudas, relaciones con familiares y amigos deterioradas, causas judiciales pendientes, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 23. Si después de conseguir dejar de jugar, un día juego algo, volveré irremediablemente a jugarlo todo | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 24. Toda mi vida es un fracaso | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 25. Suelo malinterpretar los intentos de ayuda de familiares y amigos | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
-

DESCRIBA AQUELLOS PENSAMIENTOS QUE PASEN POR SU MENTE:

Antes de jugar:

Mientras juega:

Después de jugar:

ANEXO 8.4.7**Las diez cuestiones de Jugadores Anónimos para Adolescentes
(Adaptado por Secades y Villa, 1998)**

	SÍ	NO
1. ¿Has faltado o perdido clases debido al juego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez el juego ha hecho infeliz la vida en tu casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Afecta el juego a tu reputación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Has gastado alguna vez hasta el último euro, como lo destinado al billete del autobús para llegar a casa, a una hamburguesa o un refresco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez has mentido, robado o pedido prestado dinero para jugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Te cuesta gastar el "dinero del juego" en cosas normales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Después de perder, ¿sientes que debes volver a jugar lo antes posible para intentar recuperar lo perdido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Es el juego más importante que el colegio o el trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Te causa el juego problemas para dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez has pensado en suicidarte para solucionar tus problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 8.4.8**Cuestionario sobre Juego Compulsivo de New Jersey
(Adaptado por Secades y Villa, 1998)**

¿Tienes un problema con el juego?	SÍ	NO
1. ¿Has faltado a clases debido al juego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Han bajado tus calificaciones escolares debido al juego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Manifiestas un intenso interés en programas de televisión o libros relacionados con deportes de apuestas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se han incrementado las referencias al juego en tus conversaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Gastas mucho dinero o muestras un exagerado interés por la ropa o las joyas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Te has sentido alguna vez como si estuvieras fuera de ti cuando juegas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Has jugado alguna vez para evadirte de preocupaciones o problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha notado tu familia o amigos un cambio en tu comportamiento (irritabilidad, impaciencia, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Creen en ti una necesidad de jugar las discusiones o las frustraciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez has hecho algo ilegal para financiar el juego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 8.4.9
Autorregistro de Juego
(Secades y Villa, 1998)

NOMBRE:						Fecha:	
Hora (desde/hasta)	Situación (lugar y compañía)	Tipo de juego	Dinero gastado	Pensamientos	Consecuen- cias: ¿qué ocurrió?, ¿cómo me sentí?		

ANEXO 8.4.10
Autorregistro de deseo de jugar
(Secades y Villa, 1998)

NOMBRE:				
Fecha y Hora	Situación (lugar y compañía)	Pensamientos	Grado de deseo (1-10)	Autocontrol (sí/no)

ANEXO 8.4.11

Inventario de situaciones precipitantes de la recaída y estrategias de afrontamiento en el juego patológico (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1997)

NOMBRE:		Nº:	
TERAPEUTA:		Fecha:	

A continuación aparece una lista de situaciones que a algunas personas les producen ganas de jugar. Conteste a cada una de ellas en función de si usted considera que es una situación "muy peligrosa", "bastante peligrosa", "poco peligrosa" o "nada peligrosa" para volver a jugar. Si se le ha presentado alguna vez alguna de las situaciones que ha considerado como peligrosa, indique qué estrategias ha utilizado para afrontarla adecuadamente. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

1. Cuando paso por un local de juego o por un bar con máquinas tragaperras

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

--

2. Cuando estoy con otras personas que están jugando.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

--

3. Cuando me siento solo y pienso que a nadie le importa lo que me ocurre.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

--

4. Cuando estoy muy nervioso.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

--

5. Cuando empiezo a pensar que jugar una vez no me hará daño.

Muy peligrosa

Bastante peligrosa

Poco peligrosa

Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

6. Cuando me siento deprimido.

Muy peligrosa

Bastante peligrosa

Poco peligrosa

Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

7. Cuando tengo problemas en el trabajo.

Muy peligrosa

Bastante peligrosa

Poco peligrosa

Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

8. Cuando siento que me regañan injustamente.

Muy peligrosa

Bastante peligrosa

Poco peligrosa

Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

9. Cuando estoy muy contento.

Muy peligrosa

Bastante peligrosa

Poco peligrosa

Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

10. Cuando tengo dinero disponible para gastar.

Muy peligrosa

Bastante peligrosa

Poco peligrosa

Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

11. Cuando recuerdo los buenos tiempos en los que jugaba.

Muy peligrosa

Bastante peligrosa

Poco peligrosa

Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

12. Cuando hay riñas y peleas en casa.

Muy peligrosa

Bastante peligrosa

Poco peligrosa

Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

13. Cuando estoy irritado o me siento frustrado.

Muy peligrosa

Bastante peligrosa

Poco peligrosa

Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

14. Cuando hay ocasiones especiales como Navidad, cumpleaños, fiestas, etc.

Muy peligrosa

Bastante peligrosa

Poco peligrosa

Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

15. Cuando estoy aburrido.

Muy peligrosa

Bastante peligrosa

Poco peligrosa

Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

16. Cuando pienso en la posibilidad de ponerme a prueba y jugar una vez para ver si controlo mi juego.

Muy peligrosa

Bastante peligrosa

Poco peligrosa

Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

17. Cuando la máquina está "caliente".

Muy peligrosa

Bastante peligrosa

Poco peligrosa

Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

18. Cuando tengo una deuda que no me he atrevido a confesar.

Muy peligrosa

Bastante peligrosa

Poco peligrosa

Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

19. Cuando me encuentro con una nueva máquina que no conocía.

Muy peligrosa

Bastante peligrosa

Poco peligrosa

Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

A continuación especifique otras situaciones que no aparecen en este cuestionario y que a usted le han supuesto un alto riesgo de recaída.

Indique también cómo afrontó dichas situaciones.

Situación 1:

Estrategia de afrontamiento utilizada:

Situación 2:

Estrategia de afrontamiento utilizada:

Situación 3:

Estrategia de afrontamiento utilizada:

ANEXO 8.4.12
Registro de situaciones de alto riesgo para la recaída
(Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1997)

Situación	Grado de riesgo (0-10)	Capacidad subjetiva (0-10)	Estrategia de afrontamiento utilizadas
Observaciones:			

Anexo 8.4.13

Hoja de Justificación de gastos (ATABAL)

Paciente y nº de historia	
Familiar/Responsable	
Período:	Inicio: Fin:
Cantidad asignada:	

ASIGNADO	GASTADO	DIFERENCIA

Los abajo firmantes certifican la veracidad de los datos aportados.

Fdo.: _____

Fdo.: _____
Paciente.

Fecha de entrega de la Hoja de Justificación de Gastos:

Se adjuntan los tiquets/facturas originales.

8.5. HOJA INFORMATIVA

Esta hoja se entregará a los usuarios que acuden demandando ayuda por su problema de juego. Es interesante entregarla tras la primera consulta.

¿PROBLEMAS CON EL JUEGO?

Si ha llegado hasta aquí es que al menos se está planteando que el jugar dinero está perjudicando su vida y afectando a personas que a Vd. le importan.

El juego en sí mismo es algo bueno, nos puede divertir, emocionar, nos puede reportar dinero, pero en algunas personas y circunstancias se convierte en algo dañino. Se estima que hay entre un 0,5 y un 2,5 % de la población con serios problemas debidos al juego. Principalmente son las máquinas tragaperras las que más problemas producen, seguido después de los bingos y otros juegos de azar.

Cuando se empieza a jugar las ganancias que se obtienen por puro azar favorecen en algunos casos que poco a poco se aumenten las apuestas y el tiempo dedicado al juego. El jugar produce un placer especial, alivia el aburrimiento o el malhumor, ayuda a evadirse de los problemas. La persona piensa que tiene suerte, cree que puede sacar mucho dinero a esas máquinas en determinadas circunstancias, en definitiva cree que puede controlar el puro azar. A veces se gana pero muchas veces se pierde. Se llega a jugar a la desesperada con la idea de pagar deudas. Las mentiras son muy frecuentes pues la persona tiene ya la necesidad de jugar. Cuando se pierde el dinero en el juego, el estado emocional es muy negativo, la persona se considera mal padre, mal marido o mal hijo, se siente muy nervioso, con dificultades para dormir; pero al cabo de unas horas o días la persona piensa que puede recuperar lo perdido jugando y si consigue dinero se siente bien con ideas poco realistas sobre la posibilidad de obtener premio.

Abandonar totalmente el juego es la medida más utilizada para que la persona con adicción al juego comience a solucionar la mayor parte de sus problemas. Si considera que no va a ser capaz de conseguir este objetivo en este momento, intentaremos ayudarle en otras cuestiones que usted nos pida.

En este centro atendemos a personas con problemas relacionados con el juego. Entendemos que cada persona y familia tiene sus intereses u objetivos, por los que está dispuesta a esforzarse, y también tiene sus recursos o capacidades para resolver sus problemas. Los profesionales del centro favorecen la utilización de esos recursos, guían, refuerzan, apoyan ... pero el trabajo lo tiene que hacer la persona y sus allegados.

La duración del tratamiento es variable teniéndose en cuenta las circunstancias que concurren en cada caso. Pueden venir a las sesiones los familiares o personas allegadas que estén interesados en colaborar; se agradece su participación que es muchas veces

importantísima. En ocasiones es útil atender a algunas personas individualmente, en ciertas sesiones o en parte de las sesiones. Trabajamos en equipo, por lo que los profesionales del centro compartimos la necesaria información para la mejor atención terapéutica. De lo hablado en las sesiones guardamos confidencialidad ante personas ajenas al equipo, con los límites legales a los que estamos obligados todos. Si hay algo de lo que no quiere hablar no está obligado a hacerlo.

En ocasiones es recomendable el tratamiento con medicamentos para aliviar síntomas de tipo ansioso-depresivo y especialmente para controlar la impulsividad.

El control de estímulos es una técnica muy utilizada siempre en combinación con otras, siendo muy efectiva al principio para la abstinencia del juego si se realiza correctamente. Se refiere a la limitación estricta del dinero, tarjetas de crédito, acceso a cuentas bancarias y lugares de juego. Posteriormente ya se le explicarán otras técnicas, dado que limitar el acceso a bingos y casinos es posible, pero acceder a bares es algo que antes o después ocurrirá. Se abordarán los problemas específicos que presenta cada jugador, y se favorecerá un cambio en el estilo de vida, para saber afrontar las emociones o circunstancias que llevan a jugar, atender a la familia y al trabajo, realizar actividades gratificantes en el tiempo libre, e incluso aprender a tolerar el aburrimiento o rutina que sentimos todos en ocasiones.

Es importante que el jugador haga un listado de deudas y organice, junto al familiar, un proceso a largo plazo para abonarlas. Le suele costar mucho a los jugadores contarle a los familiares todas sus deudas, pero es importante conocerlas cuanto antes, para que éstas no lleven a estrés e intentos de pagarlas de cualquier forma.

Una vez alcanzados los objetivos del tratamiento se acuerda Alta Terapéutica estableciéndose generalmente sesiones de seguimiento para comprobar el mantenimiento de los logros, quedando a disposición de la persona y su familia en caso necesario.

(Firma del Equipo Terapéutico y sello del centro)

ANEXO 8.6

Evaluación de la atención prestada al Juego Patológico.

Indicadores de implantación y desarrollo del programa de atención al Juego Patológico.

- Nº mensual de inicios de tratamientos, desagregado por sexos.
- Jugadores cuyo juego principal son las máquinas recreativas (maquinas tragaperras).
- Jugadores cuyo juego principal sea el bingo o el casino.
- Jugadores cuyo juego principal sean otros. Especificar.
- Usuarios atendidos por otras adicciones comportamentales.
 - ✓ Nuevas tecnologías.
 - ✓ Móviles.
 - ✓ Otras.
- Nº mensual de reinicios, desagregados por sexo.
- Prevalencia (nº de pacientes en tratamiento en el mes notificado)
 - ✓ Con el objetivo de la Abstinencia.
 - ✓ Con el objetivo de la Reducción de Riesgo y Daño.
 - ✓ Con el objetivo del Juego Controlado.

Indicadores de resultados.

Indicadores de adherencia.

- Nº de abandonos en el mes notificado. (Se entiende abandono del tratamiento tras 90 días sin asistencia al programa).

Indicadores de eficacia.

- Nº de altas de pacientes del programa a criterio del profesional.

ANEXO 8.7
Autoprohibición de entrada en bingos y casinos

D/DÑA. _____,

vecino de _____, con domicilio en C/_____

provisto de DNI _____, (cuya fotocopia se acompaña), por medio del presente escrito,

SOLICITA: Le sea prohibida, a petición propia, por un periodo de tiempo de _____
(x años, indefinido) la entrada en:

Salas de Bingo de..... (Extremadura, España).

Casinos de Juego de..... (Extremadura, España).

Mérida a, _____ de _____ de 200_____

Se le previene, que de conformidad con lo establecido en el art. 5.1 y 7.3 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter personal, al cumplimentar el registro de Inscripción, sus datos personales quedarán incorporados y serán tratados en el fichero de juego de la Consejería de Administración Pública y Hacienda de la Junta de Extremadura, para su posterior cesión a las Empresas titulares de autorizaciones de Casinos y Bingos, quedando asegurada la confidencialidad. Igualmente, según señala la citada Ley, tiene garantizados los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales.

CONSEJERIA DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y HACIENDA.

DIRECCIÓN GENERAL DE HACIENDA.

Paseo de Roma s/n, Módulo B-2^a planta.

06800-MÉRIDA (BADAJOZ).

ANEXO 8.8

Organización de la Atención al Juego Patológico en Centros Públicos Ambulatorios de Atención a Drogodependencias.

A partir de la aprobación del Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas de Extremadura 2008-2012 (PIDCA), todos los centros de atención a drogodependencias y otras conductas adictivas, llevarán a cabo programas de atención a jugadores patológicos y a sus familiares.

Estos programas prestarán asistencia siguiendo la evidencia científica disponible, este "Manual de Intervención en Juego Patológico" publicado por el SES, y los sucesivos protocolos que desarrolle los profesionales de los centros en coordinación con la unidad responsable de drogodependencias y otras conductas adictivas del SES.

El equipo multidisciplinar del centro desarrollará un programa personalizado, una vez evaluada la situación problemática que presente la persona con problemas de juego, su entorno familiar y social.

Evaluación:

1ª Cita en el centro. Será atendido por el profesional dedicado a realizar la acogida, el/la T.S. o enfermero/a y posteriormente por el/la psicólogo/a:

Acogida: La acogida será breve. En ella se recogerán los datos básicos, siguiendo la hoja de acogida, y se explicará el funcionamiento del centro. Posteriormente pasará a:

1ª consulta con psicólogo/a. Se iniciará evaluación, se trabajará motivación al tratamiento, se consensuarán objetivos de tratamiento, se valorará sintomatología que pudiera beneficiarse de tratamiento farmacológico, se valorará abuso o dependencia de sustancias, así como otros trastornos mentales. Se completará la evaluación en las consultas posteriores.

El mismo día que se hace la acogida, será atendido por el/la psicólogo/a.

Dependiendo de las circunstancias de cada caso se considerará pertinente realizar una evaluación social y una evaluación médica.

Tratamiento:

Una vez evaluado el caso, el equipo desarrollará el programa de intervención para cada usuario que podrá tener como objetivo la Abstinencia, el Juego Controlado o la Reducción de Riesgos y Daños. En la mayor parte de los casos será el psicólogo el profesional de referencia del caso, sin menoscabo por ello del seguimiento farmacológico o la intervención social, según la evaluación del usuario por el equipo multiprofesional del centro, los objetivos y el programa de tratamiento a desarrollar.

Los programas de atención serán tanto individuales como grupales y la familia será incluida en el programa de atención. La duración del programa de tratamiento dependerá del caso y de los objetivos individualizados.

Seguimiento:

Una vez conseguidos los objetivos en el programa de tratamiento, se realizará seguimiento del caso durante un año.

Los centros públicos podrán derivar a usuarios a los centros convenidos que tienen programas de atención a Juego Patológico solamente cuando las circunstancias del caso consideren pertinente su tratamiento en centro convenido. Ejemplo de ello sería: horarios de atención incompatibles con la jornada laboral, predisposición del usuario a determinado tipo de intervención, estructura sociofamiliar del usuario que a priori plantee ventajas de realizar tratamiento en centro convenido, etc.

Puede darse también el caso de que el tratamiento se realice en coordinación entre el centro público y el centro convenido.

ANEXO 8.9

Organización de la Atención al Juego Patológico en Centros Convenidos.

Las Asociaciones, Fundaciones u otras entidades que convenien un programa para llevar a cabo su labor como centro de atención a Jugadores Patológicos deberán contar con una serie de requisitos en su estructura y en su programación para homogeneizar la atención a Jugadores Patológicos en Centros Convenidos.

1. Estructura:

- 1.1. Estructura Directiva de la Asociación, Fundación u otro tipo de entidad que se rija por la normativa actual en relación a su situación jurídica.

Corresponde a la estructura Directiva las competencias que legalmente tengan establecidas en cuanto a la dirección y organización de la entidad.

- 1.2. Estructura profesional, formada por un Equipo Técnico compuesto como mínimo por un/una Psicólogo/a y un/una T.S. para el desarrollo del programa como centro convenido para la atención a Jugadores Patológicos.

Corresponde al equipo técnico el diseño, desarrollo y evaluación de los programas de tratamiento tanto generales como individuales que lleve a cabo el centro, siguiendo la evidencia científica disponible, el "Manual de Intervención en Juego Patológico" publicado por el SES, y los sucesivos protocolos que desarrollen los profesionales de los centros en coordinación con la Unidad responsable de conductas adictivas del SES.

2. Desarrollo de programas de atención a Jugadores Patológicos:

- 2.1. Todos los programas serán gratuitos en los centros convenidos.

- 2.2. Todos los centros contarán con un profesional que realizará las tareas de Director Técnico cuya competencia será la coordinación técnica en el centro y la estructuración y organización de los programas de tratamiento. Será la persona que mantenga la coordinación técnica con la Unidad responsable de conductas adictivas del SES. Este profesional tendrá la titulación preferiblemente de psicólogo y en su defecto de trabajador social.

- 2.3. Todos los usuarios que acuden al centro serán evaluados por profesionales del equipo técnico antes de incorporarse a un programa de tratamiento.

- 2.4. Los usuarios que tras la evaluación se sospechara que pudieran beneficiarse de tratamiento farmacológico por la sintomatología relacionada con la ludopatía, especialmente por la impulsividad o por trastornos relacionados con sustancias, se derivarán al CEDEX correspondiente. Si se sospechara que la

sintomatología que pudiera beneficiarse de tratamiento farmacológico está relacionada con otro trastorno mental no relacionado con sustancias, se derivará al médico de atención primaria.

Independientemente de la derivación, siempre que presenten ludopatía se incluirán en un programa de tratamiento del centro convenido.

Los familiares que presenten sintomatología que pueda beneficiarse de tratamiento farmacológico, se derivarán a su médico de atención primaria.

- 2.5. A todos los usuarios se les debe ofrecer, en relación a su evaluación, los distintos programas de atención disponibles para el juego patológico, tanto en ese centro como en cualquier otro de nuestra comunidad autónoma.
- 2.6. El programa general de atención estará estructurado, con la flexibilidad pertinente, para adaptarse a las circunstancia de los usuarios.
- 2.7. Todos los programas contemplaran en su diseño la fase de evaluación, la fase de tratamiento y la fase de seguimiento.
- 2.8. Todos los centros dispondrán de programas de atención a familiares.
- 2.9. Los centros de atención a jugadores desarrollarán programas con el objetivo de la abstinencia, con el objetivo de la reducción de riesgos y daños y con el objetivo del juego controlado y serán convenidos en relación a los programas de tratamiento que desarrolle.
- 2.10. Todos los usuarios de los centros convenidos de atención al juego patológico podrán disfrutar de los derechos que les reconoce la legislación nacional y autonómica en cuanto a usuarios de los servicios del sistema sanitario público, convenido o concertado.

ANEXO 8.10

Normativa básica reguladora de los juegos de Azar de la Comunidad Autónoma de Extremadura

(*Hipervínculos de acceso en el formato digital del documento*)

LEY 6/1998, de 18 de junio, del juego de Extremadura. *DOE nº 82 de 18 de julio.*

Real Decreto 2110/1998, de 2 octubre, por el que se aprueba el Reglamento de Máquinas Recreativas y de Azar. *BOE nº 248, de 16 de octubre.* Normativa subsidiaria estatal a no existir normativa propia.

REAL DECRETO 58/1995, de 24 de enero, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Extremadura en materia de Casinos, Juegos y Apuestas. *BOE núm. 40, de 16 de febrero.*

RESOLUCIÓN de 6 de abril de 2000, de la Secretaría General Técnica del Ministerio del Interior, por la que se dispone la publicación del Convenio entre el Ministerio del Interior y la Junta de Extremadura en materia de juego. *BOE núm. 98, de 24 de abril.*

DECRETO 115/2000, de 16 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de Casinos de Juego de la Comunidad Autónoma de Extremadura. *DOE núm 59, de 23 de mayo.*

DECRETO 130/2007, de 22 de mayo, Decreto 130/2007, de 22 de mayo, por el que se aprueba el Catálogo de Juegos de la Comunidad Autónoma de Extremadura. *DOE núm. 61, de fecha 29 de mayo.*

DECRETO 131/2007, de 22 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento del Juego del Bingo de la Comunidad Autónoma de Extremadura. *DOE núm. 61, de fecha 29 de mayo.*

ANEXO 8.11

Fuentes de información sobre juegos de azar y juego patológico en Internet

(En el formato digital del documento)

- Entidades Públicas Estatales.
- Organizaciones empresariales españolas.
- Empresas de juegos de azar.
- Publicaciones.
- Legislación Nacional.
- Otras webs relacionadas con el juego de azar.
- Páginas de información sobre juego patológico.

ANEXO 8.12**Directorio de Centros de Atención a Juego Patológico en Extremadura****DIRECCIONES Y TELÉFONOS DE LOS CEDEX**

LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELEFONO
ALMENDRALEJO	Centro de Salud "San José"	924 66 03 54
AZUAGA	Centro de Salud. C/ Beato, 1	924 89 26 25
BADAJOZ "LOS PINOS"	C/ Ronda del Pilar, 22	924 01 02 12
BADAJOZ "VALDEPASILLAS"	C/ Jaime Montero de Espinosa, s/n	924 21 80 06
CÁCERES	C/ Reyes Huertas, 9	927 00 51 38
CASTUERA	Centro de Salud. C/ Federico García Lorca, s/n	924 76 00 00
CORIA	Avda. Extremadura, 8	927508164
DON BENITO	Centro de Salud "Don Benito Oeste". Avda del Pilar, esquina C/ Manzano s/n	924 81 22 84
FREGENAL	Centro de Salud. Urb. Juan Carlos I, nº 2	924 70 04 27
JARAIZ DE LA VERA	Avda. de la Constitución, 83	927 17 05 00
LLERENA	Centro de Salud, Paseo de San Antón, s/n	924 87 14 81
MÉRIDA	Centro de Salud Urbano II. Ctra. Don Alvaro, s/n	924 30 08 62
MIAJADAS	Centro de Salud "Apolinar Moreno" C/ Los Manzanos, s/n	927 16 03 88
PLASENCIA	Centro de Especialidades Luis de Toro. Avda. de la Salle, 24-3m planta	927 42 71 29
VILLAFRANCA DE LOS BARROS	C/ Cuba, s/n	924 52 54 86
ZAFRA	Bda Antonio Zoido s/n	924 55 01 87

Tf. de información gratuito de drogodependencias y otras conductas adictivas 900 210 994

**DIRECCIONES Y TELEFONOS DE ONG CONVENIDAS CON EL SES PARA PRESTAR ATENCIÓN
A JUGADORES PATOLÓGICOS**

LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELEFONO
ACAJER	Instituto Municipal de Bienestar Social. C/ Atahualpa, s/n Cáceres. Apdo. de Correos 32	610 39 24 97 927 21 2335
ADAT	C/ Republica Argentina, 6. Don Benito (Badajoz)	924 81 12 81
AEXJER	C/ San Roque, 3. Almendralejo (Badajoz). Apdo. de Correos 321	924 66 44 76 658 77 39 44
AJER	Carretera del Puerto, s/n Centro de Menores Valcorchero. (Hogar nº 11). Paraje Valvorchero s/n Plasencia (Cáceres). Apdo. de Correos, 446	927 42 10 11
ATABAL	Plaza de Cervantes 6, 10 B. Badajoz	924 24 83 83



Servicio
Extremeño
de Salud

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia