



Centro Universitario
Cardenal Cisneros

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Programa de intervención en juego patológico en adolescentes

María Luisa Pereira Moreno

Directora: Marta González de la Cámara

Máster en Psicología General Sanitaria
Centro Universitario Cardenal Cisneros
Universidad de Alcalá
Año 2020

Índice

1. Resumen y palabras clave	3
2. Introducción y justificación	3
3. Objetivos	5
4. Marco teórico.....	6
4.1. Método de búsqueda de información	6
4.2. Juego patológico.....	6
4.2.1 Clasificación y evaluación.....	6
4.2.2. Tipología de la persona jugadora	7
4.2.3. Estudios epidemiológicos.....	7
4.2.4. Factores de riesgo, de mantenimiento y de protección	8
4.2.5. Bases neurobiológicas del juego patológico	10
4.3. Juego patológico en adolescentes	11
4.4. Tratamientos de juego patológico	13
4.4.1. Tratamientos en adolescentes	17
5. Propuesta de intervención.....	18
5.1. Presentación de la propuesta.....	18
5.2. Objetivos que persigue la propuesta	19
5.3. Contexto en el que se podría aplicar la propuesta	19
5.4. Metodología y recursos.....	20
5.5. Cronograma de aplicación.....	21
5.6. Actividades	23
5.7. Evaluación de la propuesta	33
6. Conclusiones.....	33
7. Referencias.....	35
8. Anexos.....	44
8.1. Criterios diagnósticos DSM- 5	44
8.2. Pautas control juego.....	45
8.3. Autorregistro pensamientos sobre el juego.....	46
8.4. Detención del pensamiento	47
8.5. Registro de situaciones de alto riesgo para la recaída.....	48
8.6. Instrucciones exposición	49

8.7. Autorregistro exposición	50
8.8. Evaluación de la intervención	51
8.9. Evaluación de la propuesta de intervención	53

1. Resumen y palabras clave

Durante los últimos años el juego patológico está cobrando un mayor interés debido al incremento de la prevalencia en adolescentes observado en los estudios epidemiológicos más recientes. El presente proyecto expone una propuesta de un modelo de intervención dirigido a este trastorno en población de entre 12 y 18 años, basada en una revisión bibliográfica y en las características específicas de los jóvenes. Ésta se desarrolla a través de nueve sesiones individuales, con intervención de un coterapeuta que ayude en el control externo, que seguirán una orientación cognitivo conductual. La última sesión estará encaminada a la prevención de recaídas.

Palabras clave: juego patológico, adolescentes, intervención.

Abstract:

In the last few years, pathological gambling has been attracting more attention due to the increase in its prevalence in adolescents, according to the most recent epidemiological researches. This project aims to set out a proposal for intervention on this disorder in populations between 12 and 18 years old, based on a bibliographic review and the specific characteristics of young people. This is developed through nine individual sessions, with the intervention of a cotherapist to assist in external control, according to a cognitive-behavioral approach. The last session will be focussed on relapse prevention.

Key words: Pathological gambling, teenagers, intervention.

2. Introducción y justificación

El juego ha acompañado al ser humano a lo largo de su existencia, utilizándose como elemento social, de entretenimiento e incluso de aprendizaje. Sin embargo, cuando estas conductas de juego se escapan del control del jugador e interfieren negativamente en las relaciones sociales, escolares, familiares o laborales se deja de hablar de jugadores sociales para dar paso al término jugador patológico.

En los últimos años el juego ha experimentado un notable cambio en su expansión, su formato y en la población que más hace uso de él. Como se verá a lo largo de este trabajo, España ha experimentado un incremento de la prevalencia de adolescentes que sufren esta adicción, además de un mayor uso del juego de azar *online*.

Para entender la evolución de los juegos de azar es necesario remontarse a 1977. Año en que se despenaliza el juego de azar en España (Real Decreto-ley 16/1977, de 25 de febrero).

En el año 2003, según la Comisión Nacional del Juego, el dinero destinado a juegos de azar en España ascendió a los 4 billones de pesetas, lo que supera los 24 mil millones de euros.

Actualmente, con la irrupción de las apuestas y el juego *online* es la Ley 13/2011, de 27 de mayo, la que guía la regulación del juego en España (Ley 13/2011, de 27 de mayo), que empieza a operar en junio de 2012. Tras este acontecimiento se crea la Dirección General de Ordenación del Juego (DGOJ), quien publica trimestralmente informes sobre la evolución del mercado del juego *online*. Analizando estos informes se puede observar como el juego de azar es una actividad de enorme relevancia económica para España.

El segundo informe trimestral de 2019 muestra un margen o *Gross Gaming Revenue* (GGR) de 178,35 millones de euros, suponiendo un aumento del 6,69% respecto del mismo trimestre en 2018. Estas ganancias se distribuyen sobre todo en apuestas (48,47%) y casinos (38,71%).

Comparando los datos obtenidos en enero de 2013 con los obtenidos en enero de 2019, se observa una fuerte subida del GGR en todos los tipos de juego, especialmente en las apuestas, que suben (de 9.940.011 a 27.566.400 euros) y el casino (de 2.839.150 a 21.245.578 euros). Además, en relación a la cantidad de dinero jugada, en 2013 se jugaron 163.330.985 euros en apuestas, en comparación a los 622.844.728 de 2019.

Estos datos avalan una realidad cada vez más evidente: la cantidad de jugadores de juegos de azar está incrementando considerablemente en España. La gravedad de este asunto aumenta cuando se observa, como se expondrá posteriormente, que muchos de los nuevos jugadores son menores de edad. Esto permite afirmar que, en la actualidad, el juego patológico forma un grave problema social que implica cada vez a un mayor número de jóvenes, provocando importantes problemas sociales, escolares, laborales, familiares y económicos.

Uno de los factores que explicarían este auge es la utilización de las nuevas tecnológicas como herramienta para el juego *online*, ya que dotan de una mayor disponibilidad y accesibilidad.

Otro elemento a destacar dentro de este negocio es la inversión en marketing, cuyo crecimiento anual es del 1,18 % según los datos de la DGOJ (2019). Las nuevas estrategias de marketing han puesto la mira en los jóvenes como un nicho de mercado en auge, tal y como se desprende del análisis de los diversos anuncios y las promociones que están dirigidas en exclusiva a esta población (Chóliz, 2017).

Los adolescentes son más vulnerables ante esta presencia incontrolada de máquinas tragaperras, casas de apuestas, bingos, etc. Además, la edad de acceso al juego en estos últimos años ha descendido y cada vez son más los adolescentes que buscan tratamiento por problemas de ludopatía desde la legalización del juego *online* (Chóliz, 2016).

Que la publicidad se centre en aquellos juegos más adictivos no es casualidad, ya que la exposición a este tipo de anuncio publicitarios es uno de los factores que induce el problema del juego en menores (Fried, Teichman y Rahan, 2010).

Una de las últimas novedades en la legislación del juego ha sido la aprobación en junio de 2015 de las tragaperras *online*, es decir, uno de los juegos más adictivos en la plataforma más adictiva y utilizada por los jóvenes.

Es debido a este incremento del número de jóvenes que, o bien ya están sufriendo esta adicción o están al borde, por lo que la Comisión Europea en 2014 exhortó a los Estados miembros a promover medidas que ayudasen a minimizar los riesgos que suponen los juegos de azar *online*. En todo lo anteriormente recogido se refleja la relevancia y actualidad del tema de esta propuesta de trabajo de fin de máster, que consiste en un modelo de intervención en juego patológico en adolescentes, con el fin de poder intervenir en aquellos afectados por este trastorno, que según varios autores de prestigio va a ir en aumento en los próximos años. (Griffiths y Parke, 2010).

3. Objetivos

Teniendo en cuenta el contexto mencionado en el apartado anterior, el objetivo general de este proyecto consiste en proponer un nuevo modelo de intervención en juego patológico en adolescentes de entre 12 a 18 años. La edad elegida se ha establecido en base a los últimos estudios sobre la incidencia del juego patológico en menores de edad, que muestran un mayor repunte del problema en ese intervalo.

Como objetivos específicos previos a la propuesta del modelo de intervención y con el objetivo de que ésta sea lo más acertada posible, se han definido los siguientes:

- Analizar el marco regulatorio legal actual de los juegos de azar en España.
- Conocer la expansión actual del juego patológico en España, junto a las implicaciones socioeconómicas que acarrea.
- Conocer el origen y evolución del término juego patológico dentro de los manuales de diagnóstico.
- Identificar los principales factores de riesgo, mantenimiento y protección del juego patológico.
- Conocer la prevalencia en población general, poniendo especial foco en la población joven y adolescente.
- Identificar y conocer las bases neurobiológicas del juego patológico.
- Conocer los instrumentos de medida del juego patológico más utilizados.

4. Marco teórico

4.1. Método de búsqueda de información

Para poder realizar el presente proyecto han sido varias las fuentes empleadas, como los recursos electrónicos *PsycINFO*, *Dialnet* y *Google Académico*.

Los operadores booleanos utilizados fueron “OR” y “AND”.

Los criterios de inclusión y exclusión de las publicaciones fueron los siguientes:

- Idioma: solo se seleccionaron aquellos artículos escritos en inglés o español.
- Editoriales: no se excluyó ninguna.
- Fecha de publicación: mayoritariamente el rango seleccionado fue de 2010 a 2020, sin embargo, para determinada información, como la evolución del juego patológico como trastorno, se amplió bastante el rango de años.
- Tipo de publicación: mayoritariamente artículos de revistas científicas y libros, incluyendo alguna tesis doctoral.
- Para determinadas búsquedas se seleccionaron solo publicaciones por autor.

Además, en esta búsqueda se utilizaron los siguientes descriptores: “juego patológico”, “adolescentes”, “tratamientos juego patológico”, “*pathological gambling*” y “eficacia tratamientos”.

4.2. Juego patológico.

4.2.1 Clasificación y evaluación

No es hasta 1980 cuando la Asociación de Psiquiatría Americana incluye como trastorno al juego patológico en su tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III) (APA, 1980), en el apartado de trastornos de control de impulsos no clasificados en otras categorías o trastornos residuales.

Con la revisión del manual en 1987 (DSM III-R), los criterios diagnósticos sufren un importante cambio. La abstinencia y la tolerancia van a tomar un mayor peso al ser incluidos como síntomas fisiológicos del juego patológico.

Una nueva categoría se propone en el DSM-5 (APA, 2013), la denominada Trastornos adictivos y relacionados a sustancias, dentro del cual el *Gambling Disorder* o Trastorno de Juego se describe en la categoría Trastornos adictivos no relacionados a sustancias. Esto se traduce en que los problemas relacionados con el juego constituyen una adicción y no simplemente un trastorno de control de impulsos como había sido definido hasta entonces.

Los criterios diagnósticos de *Gambling Disorder* (F63.0) del DSM-5 quedan recogidos en la Tabla 1 (Anexo 8.1). Su evaluación se realiza a través de varios instrumentos: la entrevista clínica y motivacional, los autorregistros, el Cuestionario de juego de South Oaks -cuya validación española fue realizada por Echeburúa et al. (1994)- el Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego de Echeburúa y Báez (1991), el Inventario de Pensamientos sobre Juego de Echeburúa y Báez (1991), y el NODS (NORC DSM Screen for Gambling Problems) de Gerstein, Hoffman y Larison (1999).

En el caso de adolescentes, los instrumentos de medida más frecuentes son el *South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents* - SOGS-RA (Winters, Stinchfield y Fulkerson, 1993) cuya validación española realizó Becoña (1997), *Massachusetts Gambling Screen*-MAGS (Fisher, 1992), *Canadian Adolescent Gambling Inventory*-CAGI (Tremblay, Stinchfield, Wiebe y Wynne, 2010), y el *Gambling Addictive Behaviors Scale for Adolescents* - GABSA (Park y Jung, 2012).

4.2.2. Tipología de la persona jugadora

A la hora de estudiar la tipología de las personas jugadoras, la propuesta realizada por Ochoa y Labrador (1994) es la que hoy en día más se maneja. Distingue entre cuatro tipologías principales de jugadores:

- Jugador social: juega a juegos legales de manera ocasional y por entretenimiento.
- Jugador profesional: vive de los ingresos obtenidos por el juego, manteniendo unas conductas racionales y no guiadas simplemente por el azar.
- Jugador problema: juega de manera diaria o muy frecuente y, aunque el juego no le acarree grandes problemas, tiene riesgo de convertirse en jugador patológico por tener menos control de los impulsos de juego en comparación a un jugador social.
- Jugador patológico: persona con dependencia emocional del juego y una pérdida de control respecto a éste que, además, padece una gran interferencia en el funcionamiento adecuado de su vida. Presenta una frecuencia de juego y una cantidad de dinero invertido muy elevadas.

4.2.3. Estudios epidemiológicos

La frecuencia de juego patológico está experimentando un incremento desde su legalización en estas últimas décadas. Aunque este crecimiento afecta a toda la población, existe una mayor atención en el grupo más joven, ya que el porcentaje de adolescentes que padecen dicho trastorno es más elevado que el de los adultos (Muñoz-Molina, 2008).

En 1974 se publicó en Estados Unidos el primer estudio sobre la incidencia del juego patológico en la población general, mostrando como existían 3,3 millones de potenciales jugadores compulsivos, casi un 2,33% de la población adulta (Kallick et al., 1979).

En España estos estudios llegaron un poco más tarde, pero el resultado fue prácticamente el mismo: la incidencia de este problema es grave tanto en población adolescente como en adultos (Rodríguez y Ávila, 2008).

Las cifras más recientes de prevalencia del juego patológico en la población adulta varían entre 0,4% y el 7,6% (Becoña, 2009; Petry et al., 2005; Sussman, Lisha y Griffiths, 2011).

La incidencia del juego patológico en adolescentes ha sido estudiada desde 1989 (Jacobs, 1989), pero es difícil estipular un dato concreto, ya que éste varía dependiendo de diversos factores (Becoña, 2004; Volberg et al, 2011).

Con todo esto se puede hablar de una prevalencia que fluctuaría entorno a un 3% y un 18%. Esta prevalencia es entre dos y cinco veces mayor que en el caso de los adultos (Petit, Karila y Lejoyeux, 2015) y aumenta hasta un 7,5% en jugadores *online* (Olasonet *al.*, 2011).

Aunque estos datos tienen que servir para guiar futuras investigaciones, hay que tener en cuenta que los nuevos criterios diagnósticos y los instrumentos de evaluación que se han utilizado en cada uno de los estudios han podido influir en los resultados obtenidos y que hay que continuar investigando para poder obtener una aproximación lo más real posible a la epidemiología de este trastorno.

4.2.4. Factores de riesgo, de mantenimiento y de protección

La Dirección General de Ordenación del Juego (DGOJ) coordinó en 2017 un estudio sobre los factores de riesgo del trastorno de juego en población clínica española. Los resultados de mayor relevancia fueron los siguientes:

- Los hombres presentan mayores niveles de severidad y afectación por la conducta de juego (mayores deudas y apuestas), además de puntuar más alto en la escala de distorsiones cognitivas que las mujeres.
- Las mujeres escogen en su mayoría las máquinas recreativas como juego preferente, seguido por la lotería y el bingo, mientras que los hombres tragaperras, loterías y apuestas.
- En mujeres la mayor severidad está relacionada con un mayor número de problemas de salud, el inicio precoz en el juego y un mayor sesgo cognitivo sobre el juego.
- En hombres la mayor severidad se encuentra en las puntuaciones altas en impulsividad, edad temprana de inicio y mayor sesgo cognitivo asociado a la conducta de juego. La

motivación para jugar es distinta dependiendo del sexo: los hombres juegan para obtener un dinero fácil y excitación, mientras que las mujeres buscan aliviar un malestar emocional o intentar disminuir el sentimiento de soledad (González-Ortega et al., 2013).

- Los hombres comienzan a jugar a una edad más temprana que las mujeres, aunque éstas desarrollan más rápidamente la adicción.

Finalmente, la DGOJ expone que, respecto a la edad, hay una tendencia lineal negativa: la severidad es mayor en jóvenes (18-35 años) y va disminuyendo a medida que la edad aumenta. Dentro de este grupo de edad joven se presenta una mayor diversidad en cuanto al tipo de juego.

El inicio precoz de la conducta de juego incrementa la severidad, y la facilidad de acceso al juego, especialmente gracias a las nuevas tecnologías, es un factor en el origen del problema (Ólason et al., 2011). Para los adolescentes la cantidad del bote, las luces y los colores, la publicidad, las reglas del juego, la privacidad, la velocidad y gráficos, el número de situaciones cercanas a ganar o la música (Kuss y Griffiths, 2012) son factores que inciden en su disposición a empezar o mantener la conducta.

Aquellos menores con antecedentes familiares de juego patológico u otro tipo de adicción que han sido expuestos a ellos son más vulnerables a sufrir el mismo trastorno de juego (Castrén et al., 2015; Dowling et al., 2017). El acceso a través de amigos con conductas de juego también incrementa el riesgo de presentar ludopatía (Wickwire, et al., 2007).

Como factores mantenedores han sido principalmente cuatro los que se han estudiado: los refuerzos-tanto positivos (dinero, refuerzo social...) como negativos (logra alejar malestar)- de la conducta; los estímulos discriminativos que atraen la atención del jugador hacia la conducta de juego, los sesgos y creencias irracionales y, por último, la falta de habilidades para frenar el impulso de jugar (Domínguez, 2009).

Entre los factores de protección que impedirían o modularían la conducta de juego se encontrarían: los valores alternativos (renunciar a satisfacciones actuales por el futuro, colaborar con los demás...), las actividades alternativas (deporte, religión, ocio...), la integración familiar (contar los problemas en casa, hablar sobre el riesgo de las adicciones...) y, finalmente, el entorno y prevención (integración en el barrio, asistir a programas de prevención...) (EDIS, 2003).

4.2.5. Bases neurobiológicas del juego patológico

En 2014 Navas y Perales publicaron una investigación sobre el juego patológico concebida desde la neurociencia del aprendizaje. La base de su trabajo residía en varias anomalías encontradas en el cerebro de jugadores patológicos, como las encontradas en:

- Los sistemas orbitofrontales, que explicarían la rigidez en el aprendizaje, la alteración en la toma de decisiones y la hiposensibilidad al castigo.
- Los sistemas prefrontales dorsolateral y dorsomedial, que se traduce en una pobre capacidad de planificación de conductas alternativas al juego y una baja regulación de los impulsos, en concreto del deseo intenso de jugar o *craving*.

Para entender mejor por qué se establece el *craving*, varios autores se apoyan en la Teoría del Incentivo de Tolman (Dickinson y Balleine, 2002), quien expone que el gran motivador de la conducta, en este caso de juego, es la anticipación de la recompensa. Jugar estará guiado por la representación cognitiva de la meta. Otros autores, en cambio, afirman que sería el *craving* lo que motivaría la conducta (Berridge, 2007) y no tanto la recompensa.

El papel que desempeñan las recompensas y pérdidas es de vital relevancia en el origen y mantenimiento del trastorno. Debido a la dificultad para aprender de su historia individual de pérdidas en el juego (Vanes et al., 2014), no son capaces de poder generar un sistema de ganancias y pérdidas alternativo.

Es la vía mesolímbica la más vinculada a los mecanismos de reforzamiento. El incremento de dopamina en esta vía no solo se produce al obtener la recompensa sino que además también se produce ante los estímulos contextuales de esa conducta (Navas y Perales, 2014). Es en esto donde reside la explicación al por qué se produce este deseo tan intenso si ya la conducta de jugar no resulta placentera por sus consecuencias (Robinson y Berridge, 2008).

Algunos autores señalan que los jugadores patológicos son hipersensibles a las recompensas e intolerantes a la demora de la gratificación (Michalczuk et al., 2011). Esta teoría se apoya en la evidencia encontrada en estudios con pacientes con Parkinson que habían sido tratados con fármacos precursores de dopamina en los que se pudo observar que tras la toma del fármaco eran más vulnerables a desarrollar problemas con el juego, y que tras el cese de la toma de medicamento esos problemas desaparecían (Ambermoon, et al. 2011).

Respecto al papel que tiene la incertidumbre de la recompensa se ha estudiado el potencial cortical que tiene lugar en el intervalo entre la predicción de la conducta de juego y la ocurrencia o no del resultado que se predice, llamado *stimulus preceding negative* (SPN). El SPN es mayor cuanto menos se sabe sobre la aparición de la recompensa que se ha asociado a un determinado estímulo (Morís et al., 2013).

El origen de estas alteraciones en jugadores patológicos no es claro, pero desde hace unos años se estudia con fuerza la posibilidad de que resida en factores de incidencia temprana durante la infancia y adolescencia (Navas y Perales, 2014).

Apoyándose en este último repunte, es importante reincidir en la importancia que tendría aplicar un programa de intervención en aquellos adolescentes que sufren este trastorno.

4.3. Juego patológico en adolescentes

Aunque actualmente en España los menores de 18 años tienen el acceso prohibido a las actividades de juego de azar, en loterías, salones de juego y máquinas tragaperras el control es casi nulo (Chóliz y Lamas, 2017). Esto conlleva un enorme peligro debido a que estos tipos de juego son los potencialmente más adictivos (Chóliz, 2010), y es el periodo de la adolescencia uno de los más vulnerables para cualquier tipo de adicción, ya que varias de las funciones regidas por las funciones ejecutivas, como la planificación o la valoración de las consecuencias de los actos, no se han terminado de desarrollar neurológicamente (Gladwin et al., 2011; Granero et al., 2014).

Chóliz y Lamas (2017) publicaron una investigación que mostró que el 62,1% de la muestra había jugado alguna vez a un juego legal de azar en los últimos meses, pese a tenerlo prohibido por la edad.

En la encuesta europea NetValue (2002) se informó que el 17% de las personas que visitaron los sitios *online* de juegos de azar eran personas menores de edad. Es más, el juego *online* es el causante del mayor número de casos de adicción al juego en menores de 26 años en España (Chóliz, 2016).

La sospecha de que las conductas de juego se desarrollan a edades tempranas ha sido motivo de estudio en varios países. Ya en 1981, Dell, Ruzicka y Palisi, encontraron que un 33% de los jugadores patológicos mayores de edad habían comenzado a jugar antes de los 10 años.

En España no es hasta 1996 cuando se comienzan a publicar estudios sobre menores y juego patológico (Arbinaga, 1996; Becoña y Gestal, 1996; Villa, Becoña y Vázquez, 1997), observándose que la tasa de juego más alta y problemática es a partir de los 13 años. El inicio precoz de estas conductas avalan la idea transmitida en este trabajo: es necesario estudiar y analizar dichas conductas en menores para lograr prevenir futuros problemas de más gravedad. Respecto a la evolución que sufren las conductas de juego, se establece cómo en las primeras edades (8-13 años) hay una prevalencia de jugadores ocasionales, mientras que a partir de los 13 años incrementa el número de jugadores patológicos. Más recientemente se ha apuntado

que los adolescentes se inician en los juegos de azar *online* entre los 10 y los 13 años (Gupta y Derevensky, 2014; EUnet, 2012).

Arbinaga (2000) expuso que las motivaciones alegadas para jugar eran entretenerse, ganar dinero, las sensaciones obtenidas por el juego y la influencia de los amigos. La falta de actividades gratificantes no relacionadas con el juego podría ser uno de los principales factores de riesgo que presenta esta población. Este dato es vital a la hora de realizar tanto un programa de prevención como de intervención con adolescentes.

El factor económico también influye en esta población ya que la escasez de dinero entre los jóvenes provocaría la búsqueda de una fuente de ingreso, como pueden ser los juegos de azar con recompensas económicas. Además la tardía emancipación de los jóvenes en España, significaría tener cierto dinero, pero sin ninguna responsabilidad económica (Domínguez, A., 2009).

Sarabia et al. (2014) aportaron un nuevo dato: la sencilla accesibilidad que tienen los menores a este tipo de juego, sobre todo al juego *online*. La accesibilidad no solo se refiere a la facilidad con la que los jóvenes acceden a las plataformas que son ilegales para ellos, sino también a la cada vez mayor oferta de juegos existentes. Además, las redes sociales forman uno de los mayores cauces de acceso a los juegos de azar más populares entre los adolescentes (King et al., 2014).

Las conductas de juego se han normalizado hasta tal punto que son muchos los famosos que prestan su imagen a empresas del sector del juego para publicitarlo, mostrando una imagen amable y segura del juego. Aparece publicitado en los partidos de fútbol, la televisión, las marquesinas de los autobuses e incluso casas de apuestas son patrocinadores de equipos de fútbol (Zapata et al. 2011).

Se podría decir que la generación actual de adolescentes ha crecido en una sociedad en la que los juegos de azar están ampliamente aceptados y son reconocidos como entretenimiento (Derevensky y Gilbeau, 2015).

Respecto al tipo de juego predominan el bingo, las máquinas recreativas o tragaperras, rascar cartones, lotería y las apuestas deportivas (Arbinaga, 2000; Engwall, et al., 2004). Los menores de edad reportan que son las apuestas deportivas y timbas de póker los tipos de juego que más llevan a cabo, especialmente con amigos. El auge de las apuestas deportivas podría estar relacionado con la proliferación de casas de apuestas (Sarabia, et al., 2014) y la falsa ilusión de control producida por la creencia de que el uso de habilidades y conocimientos pueden dar cierta ventaja sobre otros jugadores e influir en el resultado (Griffiths, 2009).

Una de las principales características del estilo de juego en adolescentes es el juego en grupo (Sarabia et al., 2014), ya que dota de una sensación de que no son horas de juego sino horas de

ocio. El apostar dinero es visto como una forma de generar tensión para tomarlo más en serio y conseguir obtener un beneficio económico. Para muchos el juego puede ser un medio para poder escapar del control parental y establecer una relación de igualdad con otros adolescentes (Fröberg, 2006).

Además, en algunos estudios se nombra como factor a tener en cuenta el consumo de sustancias, viéndose que el 71,4% de jugadores patológicos consumían una o más sustancias (Arbinaga, 2000).

Al igual que en la población adulta, los hombres juegan más que las mujeres prácticamente en todos los tipos de juego de azar, especialmente en apuestas deportivas (Chóliz y Lamas, 2017).

4.4. Tratamientos de juego patológico

A continuación, se hará una breve exposición de las principales corrientes y líneas de intervención empleadas hasta el momento.

La orientación psicoanalista fue la primera en intentar identificar el origen de este trastorno en la primera mitad del siglo pasado, relacionándolo con complejos edípicos (Freud, 1948) y el narcisismo. Hasta los años cincuenta fue el enfoque que predominó, pero ha dejado de aplicarse casi por completo ante unos resultados poco satisfactorios.

En los años sesenta los autores conductistas explicaron el trastorno como el resultado de una conducta aprendida por refuerzos. Skinner definió el juego de azar como una conducta controlada por un programa de reforzamiento de razón variable (Habib y Dixon, 2010). Los primeros estudios apuntaban a un refuerzo externo, como la recompensa económica. Más tarde, se empezaron a estudiar los refuerzos internos como el estado de excitación provocado por el juego (Brown, 1986). Sería el *mecanismo de ejecución conductual* el que explicaría el mantenimiento del trastorno. Según éste, una vez que la conducta de jugar se ha convertido en rutina cualquier estímulo relacionado con dicha conducta provocaría una gran necesidad de llevarla a cabo, dando lugar a un gran malestar si no se juega. La evitación de este malestar llevaría al manteniendo de las conductas de juego (McConaghy, et al., 1991; Hodgins y Holub, 2007).

Las técnicas de intervención que se utilizan en las terapias conductuales son principalmente las siguientes:

- Las técnicas reductoras de ansiedad, como la desensibilización imaginada y la relajación, que intervienen sobre el *mecanismo de ejecución conductual* anteriormente nombrado.
- El control de estímulos y la exposición en vivo con prevención de respuestas, cuyos objetivos son evitar riesgo de recaída y enseñar a resistir las ganas de jugar, debilitando

el poder de los estímulos asociados y enseñando estrategias alternativas para manejar el malestar emocional.

En cuanto a los autores cognitivos, éstos señalan la importancia de las distorsiones cognitivas como factor del desarrollo y mantenimiento de la conducta. Aunque los jugadores no patológicos también muestran algunas de estas distorsiones, varios estudios apuntan en que la diferencia reside en la frecuencia y tipo de éstas (Toneatto et al., 1997). Son los jugadores patológicos los que presentan mayores distorsiones cognitivas relacionadas como la predicción de resultados, personificación de la máquina y consideración del azar como proceso autocorrectivo (Mañoso et al., 2004). La explicación propuesta sobre la pregunta de por qué una persona sigue jugando patológicamente a pesar de los problemas que esto le acarrea reside en los pensamientos del jugador. Es éste quien tiene una serie de ideas irracionales sobre el juego y su posibilidad de influir en sus resultados. Van a tender a evaluar los resultados de su conducta de una manera sesgada, creyendo que las pérdidas continuadas son el presagio de una ganancia inminente con las que recuperarán lo perdido o incluso ganarán dinero (Ladouceur, 2005).

Los tratamientos cognitivos van a centrarse en modificar estas creencias irracionales y distorsiones cognitivas con el fin de disminuir las ganas y conductas de juego. Esto se intenta lograr a través de mostrar al jugador cómo hacer frente a ese tipo de pensamientos, estableciendo una relación adaptativa entre los pensamientos, las emociones y las conductas, además de aprender a controlar las ansias de juego y las emociones que éstas provocan a través de técnicas de solución de problemas.

Las terapias motivacionales son unas terapias breves que están basadas en los manuales de autoayuda, los recursos *online* y el apoyo telefónico. La técnica más utilizada es la entrevista motivacional, cuyo objetivo es promover el cambio a través de la motivación intrínseca del paciente y aumentar la percepción de control sobre su recuperación (Hodgins y Holub, 2007). Su efectividad ha sido demostrada con pacientes con problemas menos severos de juegos (Hodgins et al., 2001).

Las terapias grupales combinan la intervención conductual con técnicas de reestructuración cognitiva y prevención de recaídas. Los datos recogidos apuntan a que son útiles a la hora de detectar y modificar creencias irracionales (Bujold et al., 1994).

Como grupo de autoayuda destaca Jugadores Anónimos, donde se considera al juego patológico como una enfermedad que no puede ser curada, pero sí detenidas. En estos tratamientos las tasas recaídas y abandonos suelen ser altas (Stewart y Brown, 1988), aunque más recientemente se apuntó a que los sujetos que acudían a Jugadores Anónimos tenían mejores resultados que los que no acudían (Petry et al., 2006).

Respecto a la terapia farmacológica, los fármacos más utilizados son los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina, los antagonistas opiáceos, los neurolépticos atípicos y los estabilizadores del estado ánimo, todos ellos buenos como tratamientos complementarios a una terapia psicológica (Potenza, 2012).

Actualmente la terapia cognitivo-conductual es la terapia más recomendada en tratamiento de juego patológico basada en la evidencia (Grant y Odlaug, 2012). Es en este modelo de intervención donde se dan tasas de éxito de entre el 50 y 80 por ciento en un seguimiento a largo plazo (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014).

La desensibilización imaginada, la terapia motivacional, la reestructuración cognitiva, el control de estímulos y la exposición en vivo con prevención de respuesta son actualmente las técnicas que más se han estudiado y aplicado en este tipo de pacientes (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014).

La entrevista motivacional es una técnica que se utiliza en la terapia cognitivo conductual como refuerzo (Carlbring y Smith, 2008). En los últimos años esta técnica ha tomado fuerza y ya son varios los autores que afirman que el tratamiento cognitivo conductual unido a la entrevista motivacional supone una mejora en varios problemas asociados a la conducta de juego como la impulsividad, además de una mejora en la calidad de vida, las actividades en casa, las relaciones sociales y la satisfacción global (Yakovenko et al., 2015; Caballero et al., 2018).

Aunque el objetivo principal de estos tratamientos ha sido la abstinencia total (Ladouceur, 2005) hoy en día esta meta se está reconsiderando al plantear un juego controlado (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014).

Como el objetivo de este trabajo es realizar una propuesta de un programa de intervención a continuación se presenta una tabla resumen (tabla 2) con los programas de intervención existentes, sus debilidades y fortalezas, con el fin de basar sobre ellas la propuesta.

El nivel y fuerza de la evidencia se ha establecido en función de los criterios para los tratamientos empíricamente validados según Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000), y han sido recogidos en la "Guía clínica: Actuar ante el Juego Patológico" editada por la Junta de Andalucía (2007).

Tabla 2: Tabla resumen de fortalezas y debilidades de programas de intervención en juego patológico. Elaboración propia.

Tratamientos	Fortalezas	Debilidades
Tratamientos conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento bien establecido • Evidencia científica de calidad. • Disminuye poder de los estímulos. • Aumenta control ansiedad. (Villahoz, 2007; Pallesen et al., 2005) 	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene en cuenta los sesgos cognitivos y esto dificulta la intervención. (Labrador, Fernández y Mañoso, 2008).
Tratamientos cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento bien establecido • Elimina o reduce pensamientos irracionales. (Villahoz, 2007) 	<ul style="list-style-type: none"> • La eliminación de ideas irracionales no conlleva necesariamente la eliminación del problema. • Nivel de abandono alto (Echeburúa et al., 2014; Echeburúa, 2005; Labrador et al., 2008)
Tratamientos cognitivo-conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento bien establecido • Evidencia científica de calidad. • Ayuda en la prevención de recaídas. • Elimina o reduce pensamientos irracionales • Reduce conductas de juego (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014; Raylu et al., 2018) 	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene en cuenta las diferencias en cuanto al sexo. (Echeburúa, 2005)
Tratamientos cognitivo-conductuales + Entrevista motivacional	<ul style="list-style-type: none"> • Eficacia en la reducción de las conductas de juego y aumento de calidad de vida. • Promueve motivación intrínseca. • Mejora la retención de los pacientes durante el tratamiento. • Disminuye la impulsividad. (García-Caballero et al., 2018; Hodgins et al., 2009). 	<ul style="list-style-type: none"> • La entrevista motivacional no es tan efectiva con pacientes graves. (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014)
Tratamientos farmacológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye impulsividad • Eleva el estado de ánimo. • Potencia la terapia psicológica (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014; Villahoz, 2007) 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidencia de baja calidad • Escasamente evaluados • Tasas de abandono altas • Apoyo empírico reducido (Potenza, 2012; Villahoz, 2007)
Terapia de grupo	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinado por un profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidencia de calidad moderada. (Villahoz, 2007)

	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento probablemente eficaz. (Villahoz, 2007) 	
Grupos de autoayuda	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliamente utilizada y eficaz • Facilita la introspección y motivación • Apoyo emocional (Villahoz, 2007) (Hodgins y Holub, 2007). 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidencia de baja calidad • Coordinados por una persona no profesional • Pérdida del anonimato • Tasas de abandono altas (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014). (Villahoz, 2007).

4.4.1. Tratamientos en adolescentes

Hoy en día la terapia cognitivo conductual, en todos sus formatos (individual o grupal), es la primera línea de tratamiento del juego patológico (Gooding y Tarrier, 2009). Sin embargo, no son muchas las investigaciones que aportan datos sobre la eficacia de los distintos tipos de tratamiento en adolescentes.

Pese a no haber casi nada escrito en la literatura científica, lo que hasta ahora sí se ha descrito es que los jugadores patológicos adolescentes presentan una serie de sesgos cognitivos, como el sesgo del experto o la ilusión de control, e ideas irracionales que fomentan y mantienen esta conducta (Gobet y Schiller, 2014).

Será el tratamiento cognitivo conductual el elegido por la mayoría de los terapeutas para tratar esta adicción en adolescentes, ya que intervendrá sobre estas distorsiones e ideas irracionales. En el apartado 4.3. (Juego patológico en adolescentes) se han descrito una serie de características específicas que presenta esta población. A la hora de adecuar un tratamiento estas variables deben de ser tomadas en cuenta, con el fin de crear un tratamiento que se adapte a los más jóvenes para obtener un buen resultado. Actualmente no se dispone de esto.

Una nueva línea de investigación apunta en la dirección de considerar el juego controlado como alternativa terapéutica para los jugadores más jóvenes (Echeburúa y De Corral, 2008). Establecer unas pautas que distingan entre una afición y una adicción, junto a esclarecer las señales de alarma del juego patológico ayudaría a los adolescentes tanto en la prevención del trastorno como en su intervención.

En resumen, pese a la actual demanda de intervenciones por parte de los adolescentes, aún hace falta un tratamiento específico para ellos.

5. Propuesta de intervención

5.1. Presentación de la propuesta

La presente propuesta busca exponer un tratamiento cognitivo conductual de juego patológico especializado en adolescentes de entre 12 y 18 años. Esta propuesta surge como respuesta a la falta de tratamientos especializados en adolescentes, una población que acude, como hemos visto en el apartado teórico, cada vez con más frecuencia en búsqueda de ayuda.

Los jóvenes presentan una serie de diferencias, tanto cognitivas como conductuales respecto a los adultos. Incluso el tipo de juego o método a partir del cual logran jugar es distinto. Por eso proponer un tratamiento que se adecue a sus características y necesidades cubriría el hueco que actualmente hay.

Algo importante de cara al tratamiento aquí presentado será la planificación y el control de impulsos, de modo que el paciente cuando se comprometa a realizar la intervención sea capaz de ver los beneficios a largo plazo de dejar de jugar, resistiendo la gratificación inmediata del impulso del juego.

Uno de los mayores desafíos que tiene el tratamiento son las recaídas, muy frecuentes en los primeros meses, por lo que se trabajará sobre las situaciones precipitantes de recaídas más relevantes según Echeburúa, Fernández-Montalvo y Baéz (2001). Estas son, por orden de relevancia, las siguientes: el manejo inadecuado del dinero, los estados emocionales negativos (aburrimiento, tristeza, ansiedad, ira...), el consumo abusivo de alcohol, el ansia de juego y la presión social.

Para ello se dotará al paciente de habilidades para identificar situaciones de alto riesgo (presión del grupo de amigos, estados emocionales negativos, discusiones con los padres o profesores...) y se enseñarán estrategias de afrontamiento adecuadas, como el entrenamiento en solución de problemas que tendrá como objetivo trabajar la impulsividad, el ansia por jugar y resolver dificultades emocionales que estaban siendo reguladas a través del juego.

Como ya se ha expuesto en este proyecto, el entretenimiento es la principal motivación de los jóvenes para jugar, por lo que para que la recuperación sea duradera habrá que trabajar un nuevo estilo de vida donde haya actividades de ocio gratificantes incompatibles con la adicción. Por último, cabe exponer que serán los contratos conductuales, la terapia motivacional y la terapia cognitivo-conductual los instrumentos prioritarios que se utilizarán para lograr, tanto la adherencia al tratamiento como la intervención y prevención de recaídas.

5.2. Objetivos que persigue la propuesta

La presente propuesta de intervención tiene como objetivo general lograr el cese absoluto de juego. Esto se logrará extrapolando lo practicado en consulta a la vida diaria.

Por otro lado, los objetivos específicos son los siguientes:

- Adquirir conciencia de gravedad del problema.
- Adherencia a pautas de juego controlado.
- Facilitar disposición y motivación intrínseca para el cambio a partir de la entrevista motivacional.
- Enseñar técnicas de manejo de malestar emocional.
- Enseñar a controlar ansia de juego con diferentes técnicas como la relajación.
- Mejora de habilidades o destrezas personales como el autocontrol, la impulsividad o la tolerancia a la frustración.
- Trabajar la detección de autoverbalizaciones que hace el paciente relacionadas con el juego y aplicar reestructuración cognitiva sobre ellas.
- Reestructurar ideas irracionales y distorsiones cognitivas más específicas de esta edad.
- Disminuir el poder de los estímulos asociados al juego a partir de la exposición con prevención de respuestas.
- Aplicar técnicas entrenamiento de solución de problemas.
- Entrenamiento en habilidades sociales y gestión de presión grupal.
- Promover actividades gratificantes no relacionadas con el juego.
- Trabajar la prevención de recaídas.

5.3. Contexto en el que se podría aplicar la propuesta

Los pacientes que entrarán en esta propuesta de intervención serán aquellos que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

- Tener entre 12 y 18 años, ambos inclusive.
- Cumplir los criterios diagnósticos para Trastornos de juego del DSM-5.
- Obtener una puntuación de 4 o más en el SOGS-RA.

Quedarán exentos de participar en el programa aquellos pacientes que presenten las siguientes condiciones y/o patologías:

- Riesgo de suicidio.
- Desesperanza muy elevada.
- Elevada agresividad.

- Trastorno de personalidad.
- Esquizofrenia.
- Trastorno bipolar.

Para la puesta en marcha de este programa se contará con la colaboración de FEJAR (Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados). Se instaurará el programa en sus distintas asociaciones dentro de España, con el fin de que se beneficien de ella aquellos miembros que cumplan los criterios de inclusión del programa.

Los directores de cada centro derivarán, al profesional que lleve a cabo esta intervención, a aquellos jóvenes que crea que cumplen con los criterios de inclusión. Una vez concertada una primera cita con el psicólogo éste determinará, a través de una evaluación inicial, si el adolescente es apto para beneficiarse de la terapia. En el caso de que tras esta evaluación inicial el paciente no cumpla con los criterios para ser incluido, se derivará a un profesional que pueda solventar su problema. Si por el contrario sí cumple con los criterios de inclusión y no con los de exclusión, se le dará una cita para tener la primera sesión.

5.4. Metodología y recursos.

Esta propuesta de intervención está planificada para desempeñarse en diversas sesiones individuales, concretamente en nueve. En ellas participará un terapeuta, el paciente y un coterapeuta. Este coterapeuta será una persona cercana al paciente que ayudará durante toda la intervención en varias tareas. Una de las más importantes será en el control externo, ya que será el encargado de gestionar el dinero del paciente.

La temporalización será de una sesión individual a la semana. La duración de cada intervención será de aproximadamente una hora, a excepción de aquellas en las que se haga exposición con prevención de respuestas cuya duración ascenderá a una hora y media.

La duración total del programa será de 9 semanas, aunque se ajustará a la demanda del paciente.

El lugar de la intervención, como se ha nombrado antes, serán los distintos locales de las asociaciones pertenecientes a FEJAR. Sin embargo, para alguna sesión cabe la posibilidad de que se desarrolle fuera de allí, puesto que se harán exposiciones a los circuitos de mayor riesgo del paciente.

Para valorar los cambios obtenidos en el paciente con la aplicación del programa se hará una evaluación inicial y final.

Una vez concluida la intervención se mantendrá un seguimiento con el paciente. Se comenzará con una toma de contacto al mes, y se irá separando paulatinamente dicho contacto hasta

dejarse de dar. Este seguimiento debe ser personalizado con el paciente por lo que no se puede estipular cuánto tiempo durará.

5.5. Cronograma de aplicación

El cronograma de aplicación que se expone a continuación está dividido en 9 sesiones. Sin embargo, una terapia psicológica debe ser un proceso personal y adaptado a las necesidades que surgen en cada momento, por ello este cronograma puede experimentar variaciones en cuanto al número de sesiones. Sobre todo, en las últimas sesiones, donde hay exposiciones con prevención de respuestas, una única sesión puede tener que repetirse varias veces.

Sesión 1: Introducción

- Recogida de datos básicos.
- Explicación al coterapeuta del papel que va a desempeñar.
- Explicación de la necesidad de un coterapeuta al paciente.
- Evaluación inicial.
- Explicación del programa.
- Informar en qué consiste el juego de azar.
- Explicación y entrega de pautas de control del juego.
- Reforzar.
- Tareas para casa.

Sesión 2: Estilo atribucional y sensibilización

- Revisar tareas.
- Reforzar lo conseguido hasta el momento.
- Motivar y sensibilizar a través de la entrevista motivacional.
- Recalcar la importancia de seguir las instrucciones.
- Tareas para casa.

Sesión 3: Ideas irracionales

- Revisar tareas y reforzar.
- Conversación con el coterapeuta.
- Explicación de las ideas irracionales relacionadas con el juego y su papel en el mantenimiento del problema.
- Reestructuración cognitiva.
- Reforzar.
- Tareas para casa

Sesión 4: Distorsiones cognitivas

- Conversación con el coterapeuta.
- Revisar las tareas y reforzar.
- Reestructurar ideas irracionales y distorsiones cognitivas que aparezcan en el autorregistro y en el Inventario de Pensamientos sobre el Juego que rellenó en la primera sesión.
- Realizar un listado de ideas irracionales junto al pensamiento racional correspondiente.
- Explicación modelo A-B-C.
- Preparación de plan para la devolución de deudas.
- Reforzar.
- Tareas para casa.

Sesión 5: Entrenamientos en autocontrol

- Conversación con el coterapeuta.
- Revisar tareas y reforzar.
- Reestructurar ideas irracionales y distorsiones cognitivas que aparezcan en el autorregistro.
- Entrenamiento en control de ansia por el juego.
- Entrenamiento en relajación.
- Entrenamiento en parada de pensamiento.
- Seguimiento de la devolución de deudas.
- Reforzar.
- Tareas para casa.

Sesión 6: Exposiciones

- Revisar las tareas y reforzar.
- Reestructurar ideas irracionales y distorsiones cognitivas que aparezcan en el autorregistro.
- Comenzar con la exposición a los circuitos de riesgo (lugares donde el paciente jugaba).
- Entrenamiento en solución de problemas respecto al juego.
- Seguimiento devolución deudas.
- Reforzar.
- Tareas para casa.

Sesión 7: Habilidades sociales

- Revisión de las tareas.

- Explicación al coterapeuta de pautas de la exposición.
- *Roleplay* exposición.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Técnicas para afrontar la presión social.
- Reforzar.
- Tareas para casa.

Sesión 8: Actividades gratificantes alternativas

- Revisar tareas para casa.
- Revisión exposiciones.
- Búsqueda actividades gratificantes alternativas.
- Exposición a juego más habitual acompañado del terapeuta.
- Reforzar.
- Tareas para casa.

Sesión 9: Previsión de recaídas

- Revisar las tareas para casa.
- Prepararle para saber afrontar los momentos de decaimiento.
- Prevención de recaídas.
- Reforzar.
- Técnicas afrontamiento estados emocionales negativos.
- Registro de situaciones de alto riesgo para las recaídas.
- Tareas de seguimiento.
- Evaluación final.

5.6. Actividades

Sesión 1:

Esta primera sesión comenzará con el psicólogo, paciente y coterapeuta en consulta, ya que para la realización de este programa hace falta la colaboración de un coterapeuta. Lo ideal sería que fuese un familiar o persona cercana que viviese con el paciente. Su papel será el de ayuda en los momentos más difíciles y en el cumplimiento de las pautas de control externo, esto se le explicará un poco más adelante en esta sesión.

Se recogerán los datos básicos (edad, con quien convive, cuánto tiempo hace del comienzo del problema, intentos anteriores de dejar el juego con ayuda de un profesional o él solo, etc.). Posteriormente se pasará a explicar el tratamiento, haciendo hincapié en qué es el juego

patológico, su prevalencia y la posibilidad real de rehabilitarse. En esta breve explicación del programa se expondrá y darán las pautas de control externo del juego (Anexos 8.2) y la importancia de cumplimentarlas desde ese mismo momento. Si tiene alguna duda o problema se resolverá en ese momento, igual que si hay que modificar alguna pauta.

Se le explicará más detalladamente al coterapeuta cuál va a ser su tarea y que en las próximas sesiones va a tener que acudir a consulta para comentar al terapeuta qué tal le ha ido al paciente con el control externo y la puesta en marcha de las nuevas técnicas aprendidas en sesión.

Una vez realizado todos los pasos anteriores se seguirá con la evaluación inicial, compuesta por:

- Entrevista semiestructurada: ideada para la recogida de datos básicos, como los nombrados y recogidos al comienzo de este apartado.
- Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1994).
- Adaptación Española del South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents - SOGS-RA (Becoña, 1997).

Se finalizará la sesión valorando el esfuerzo que ha tenido el paciente para acudir a terapia, empatizando con su problema y recalcando de nuevo la importancia de trabajar conjuntamente en sesión. Como tareas se mandarán las siguientes:

- Si tiene 18 años traer firmada hoja de autoexclusión de salas de juego.
- Empezar a aplicar las pautas de control del juego.
- Hacer autorregistro del alcance actual del problema (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997): rellenando las preguntas con la media de las últimas semanas (cantidad de dinero gastado, frecuencia y tiempo invertido en las conductas de juego).
- Hacer registro de los problemas que el juego ha causado en la actualidad (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997): donde el paciente anotará los problemas que el juego ha causado a diferentes niveles como el personal, familiar, económico...

Sesión 2:

Esta segunda sesión comenzará preguntando al paciente y coterapeuta qué tal le ha ido con el cumplimiento de las pautas de control externo. Si tiene alguna duda o durante esta semana ha tenido alguna dificultad se tratará en este momento. Seguramente será la primera vez que el paciente tiene prohibido tener el control de su dinero, y esto puede ser algo difícil de aceptar. Si es necesario se trabajará este punto antes de seguir con la sesión ya que el comprender qué beneficios vamos a obtener con el seguimiento de las pautas ayudará en su cumplimiento.

Una vez aclarado el tema de las pautas el coterapeuta saldrá de sesión y se leerá y comentará conjuntamente los autorregistros. Cada vez que entregue una tarea, se reforzará y animará por

ello. En el caso de que no los haya traído hechos se volverá a recalcar la importancia de las tareas para el buen funcionamiento de la terapia, ya que es una terapia activa. Si en algún momento de la terapia el paciente no ha hecho alguna tarea siempre se preguntará la causa, para trabajarla.

Esta sesión se va a centrar principalmente en motivar y sensibilizar. Para ello se aplicará la entrevista motivacional (Miller y Rollnick 1999), con el fin de encaminar al paciente a encontrar una motivación intrínseca.

Se observará qué estilo atribucional tiene el paciente, cuál es su *locus de control* respecto a su problema, y sobre ellos se encaminará la intervención.

Para terminar, se asignarán las siguientes tareas para casa y se valorará la participación en la sesión de hoy.

- Seguir con las pautas de control externo.
- Autorregistro de las ventajas e inconvenientes de la conducta de juego.

Sesión 3:

Se comenzará la sesión hablando con el coterapeuta sobre lo ocurrido durante la semana y resolviendo dudas.

Antes de empezar a ver el resto de tareas se preguntará al paciente qué tal le ha ido con el cumplimiento de las pautas de control externo. Si tiene alguna duda o durante esta semana ha tenido alguna dificultad se tratará en este momento.

Tras esto, y la salida del coterapeuta de la sala, se irá viendo conjuntamente que ventajas e inconvenientes de la conducta de juego ha seleccionado el paciente en el autorregistro que tenía de tarea.

Para poder empezar a reestructurar las ventajas de mantener la conducta de juego se explicará qué es el juego patológico y cuáles son las ideas irracionales que mayoritariamente se dan en jóvenes de su edad. De manera clara y pedagógica se explicará que papel desempeñan estas ideas en el mantenimiento del problema, cómo vamos a trabajar en ellas y que resultado obtendremos al hacerlo.

Si en el autorregistro de las ventajas e inconvenientes apareciese alguna idea irracional se empezará a trabajar sobre ella a través de la reestructuración cognitiva, técnica de la Terapia Cognitiva de Beck (Beck et al., 1979). Esta técnica permitirá que el paciente identifique y cuestione aquellos pensamientos desadaptativos, con el fin de sustituirlos por unos más racionales y adaptativos, eliminando de este modo su malestar emocional.

Se le entregará un autorregistro que va a tener que cumplimentar para la siguiente cita. En esa hoja va a tener que apuntar qué pensamientos y sentimientos sobre el juego ha tenido, dónde y qué ha hecho tras tenerlos (Anexos 8.3).

Para finalizar la sesión se reforzará todo lo logrado hasta el momento y se mandarían las siguientes tareas:

- Seguir con las pautas de control externo.
- Hacer autorregistro sobre pensamientos significativos sobre el juego.

Sesión 4:

Se comenzará la sesión hablando con el coterapeuta sobre lo ocurrido durante la semana y resolviendo dudas. Tras esto el coterapeuta abandonará la sala y se pasará a la revisión de las tareas.

Conjuntamente se leerá que pensamientos ha apuntado en el autorregistro, y sobre aquellos irracionales se trabajará reestructurándolos. Para aplicar la técnica de reestructuración cognitiva se identificará que idea irracional hay detrás de cada pensamiento escrito en el autorregistro. Una vez identificada se refutará buscando su alternativa racional. Si hubiera algún pensamiento positivo se utilizará como refuerzo. Como siempre que traiga la tarea hecha se le validará.

Una vez trabajado el autorregistro se expondrán las distorsiones encontradas en el Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Echeburúa y Báez, 1994) que rellenó en la primera sesión.

Poco a poco se irán corrigiendo todas las creencias y distorsiones erróneas del paciente. Algunas de estas distorsiones pueden estar relacionadas con la percepción errónea de control del juego (“el juego es un método fiable de conseguir dinero” o “el juego es una buena alternativa de ocio”).

Como estrategia se realizará una lista a modo de recordatorio, que tendrá que llevar encima, con todas las ideas irracionales identificadas con el pensamiento racional al lado.

La explicación del modelo A-B-C (Ellis, 1979) ayudará a esclarecer la importancia de los pensamientos frente a la situación. Se explicará este modelo de un modo pedagógico con un ejemplo sencillo. Posteriormente se le pedirá al paciente que ponga otro ejemplo personal, para de esta forma comprobar que ha entendido la explicación y que vea cómo se puede aplicar a su caso personal.

En este momento de la terapia se comenzará a realizar un plan personalizado para la devolución de las deudas, en el caso de que existan. Este plan será comentado con el coterapeuta, ya que es quien maneja el dinero del paciente de momento.

Para finalizar la sesión se reforzará todo lo logrado hasta el momento y se mandarán las siguientes tareas:

- Seguir con las pautas de control externo.
- Seguir con el autorregistro sobre pensamientos significativos sobre el juego.
- Leer recordatorio idea irracional-pensamiento racional mínimo una vez al día.
- Poner en marcha el plan de devolución de deudas.

Sesión 5:

Se comenzará la sesión hablando con el coterapeuta sobre lo ocurrido durante la semana, si hay alguna duda se resolverá en ese momento. En este punto de la terapia se informará al coterapeuta que ya no hará falta que asista a todas las sesiones. En el caso que durante las próximas semanas ocurriese algo de relevancia si podrá acudir o ponerse en contacto con el terapeuta, pero si no ya no hará falta que acuda a todas las sesiones.

Tras esto el coterapeuta abandonará la sala y se pasará a la revisión de las tareas con el paciente. Para esta sesión tenía que haber traído completado el autorregistro. Siguiendo con la línea de la intervención se irán reestructurando todas aquellas ideas irracionales que vayan apareciendo. Si apareciese algún pensamiento nuevo se añadiría a la lista de pensamientos irracionales-pensamientos racionales que el paciente lleva encima a modo de recordatorio y ayuda en los momentos que dichos pensamientos aparezcan.

Se preguntará por la devolución de las deudas, si ha tenido alguna dificultad con la que no se contaba inicialmente o si hay que rehacer algún punto del plan.

La mayor parte de esta sesión se va a centrar en el entrenamiento del control del ansia del juego. Este entrenamiento se basará en el concepto de necesidad vs apetencia. Se argumentará como las ganas de jugar son una apetencia no una necesidad, por lo cual podemos rechazarlas.

Para poder sobrellevar, sobre todo al comienzo del tratamiento, las ansias por el juego, se entrenará la respiración diafragmática o de Jacobson. Dependiendo del paciente se podrá buscar otra modalidad de relajación que se adecue más a sus necesidades si vemos que la respiración no le ayuda. Para ayudar al paciente a llevar a cabo esta técnica, aparte de practicarla en sesión, se le entregará una hoja con las instrucciones sobre cómo desempeñarla correctamente.

Se explicará al paciente cómo habrá veces que solo con la relajación, distracción y pensar en el juego como algo no necesario no va a bastar para disminuir las ganas de jugar. Para estos casos se aplicarán las técnicas de detención del pensamiento de Labrador (1995) y se dará estas técnicas escritas (Anexos 8.4.).

Se finalizará la sesión valorando el esfuerzo que ha tenido el paciente para acudir a terapia, empatizando con su problema y recalcando de nuevo la importancia de trabajar conjuntamente en sesión. Como tareas se mandarán las siguientes:

- Seguir con las pautas de control externo.
- Seguir con el autorregistro sobre pensamientos significativos sobre el juego.
- Leer recordatorio idea irracional-pensamiento racional mínimo una vez al día
- Poner en marcha el plan de devolución de deudas.
- Practicar relajación una vez al día.
- Practicar parada de pensamiento.

Sesión 6:

Se comenzará la sesión revisando las tareas con el paciente. Para esta sesión tenía que haber practicado en casa la relajación y la parada de pensamiento. Se preguntará por la puesta en marcha de estas estrategias, qué tal le han funcionado, cuándo ha tenido que utilizarlas y si ha tenido alguna duda. Si hiciera falta se volvería a practicar en sesión.

Se preguntará por la devolución de las deudas, si ha tenido alguna dificultad con la que no se contaba inicialmente o si hay que modificar algún punto del plan.

Tras esto se pasará a leer conjuntamente el autorregistro de pensamientos significativos del juego, y todas aquellas ideas irracionales se irán reestructurando. Como se ha venido haciendo en las anteriores sesiones, si apareciese algún pensamiento nuevo se añadiría a la lista de pensamientos irracionales-pensamientos racionales que el paciente lleva encima a modo de recordatorio y ayuda en los momentos que dichos pensamientos aparezcan.

En este momento se le explicará al paciente una de las tareas que va a tener que realizar durante la próxima semana. Se va a levantar una de las pautas del control externo, aquella que indicaba la evitación de los lugares donde el paciente solía jugar. Siempre teniendo presentes las estrategias otorgadas para controlar las ansias de juego, el paciente no evitará pasar por los circuitos de riesgo en su día a día. Es relevante recordarle la importancia que tiene que siga rellenando el autorregistro de pensamientos, sobre todo ahora tras esta nueva pauta.

Para evitar posibles complicaciones se hará un entrenamiento en solución de problemas. Imaginando como se sentirá y qué pensará al pasar cerca de los lugares donde solía jugar, el paciente pensará que posible dificultad podría encontrarse. Conjuntamente se irán viendo que alternativas o soluciones a dicho problema podría implantar el paciente. Algo importante es que este entrenamiento en solución de problemas sea realizado de manera escrita para que así el paciente pueda llevarse esa hoja a modo de resumen de la sesión. De esta forma si en su día a

día ocurre algún problema que ya había sido planteado, en la hoja dispone de una posible solución o estrategia que utilizar.

Se explicará como en la siguiente sesión hará falta que venga su coterapeuta, ya que se expondrán las pautas para realizar una exposición con prevención de respuestas a su juego más habitual.

Se finalizará la sesión valorando y reforzando el esfuerzo que ha tenido el paciente para acudir a terapia y realizar la tarea. Se recalcará de nuevo la importancia de trabajar conjuntamente en sesión. Como tareas se mandarán las siguientes:

- Avisar a su coterapeuta de que tiene que venir la semana siguiente.
- Seguir con las pautas de control externo, exceptuando pasar por circuitos de riesgo.
- Seguir con el autorregistro sobre pensamientos significativos sobre el juego.
- Leer recordatorio idea irracional-pensamiento racional mínimo una vez al día
- Seguir con el plan de devolución de deudas.
- Practicar relajación una vez al día.
- Practicar parada de pensamiento.
- Pasar una vez al día por circuito de riesgo.

Sesión 7

Se comenzará la sesión explicando al paciente y al coterapeuta en qué consiste la exposición con prevención de respuestas. Se expondrán cuáles son los pasos que van a tener que seguir, cual es la eficacia de esta técnica y por qué es adecuado su uso para este caso. La exposición en vivo con prevención de respuestas tiene como objetivo evitar riesgos de recaídas y enseñar a resistir las ansias de jugar, esto se logrará debilitando el poder de los estímulos asociados al juego y enseñando estrategias alternativas para manejar el malestar emocional.

Se les entregará una hoja (Anexos 8.5.) con todas las instrucciones detalladas. Para una mejor comprensión se hará un *roleplay* en consulta para de este modo ver si hay alguna duda. Además, también se les dará un registro (Anexos 8.6.) que tendrá que cumplimentar tras cada exposición. Una vez resueltas todas las dudas respecto a la exposición el coterapeuta abandonará la sala y se pasará a revisar las tareas.

Para esta sesión tenía que haber practicado en casa la relajación y la parada de pensamiento. Se preguntará por la puesta en marcha de estas estrategias, qué tal le han funcionado, cuándo ha tenido que utilizarlas y si ha tenido alguna duda.

Tras esto se pasará a leer conjuntamente el autorregistro y todas aquellas ideas irracionales se irán reestructurando. Como se ha venido haciendo en las anteriores sesiones, si apareciese algún pensamiento nuevo se añadiría a la lista de pensamientos irracionales-pensamientos

racionales que el paciente lleva encima a modo de recordatorio, y ayuda en los momentos que dichos pensamientos aparezcan. Al ser esta la primera semana de exposición a su circuito de riesgo, se incidirá en cómo se ha sentido, qué pensamientos tuvo y si hubo alguna dificultad.

Se preguntará por la devolución de las deudas, si ha tenido alguna dificultad con la que no se contaba inicialmente o si hay que modificar algún punto del plan.

Por último, en esta sesión se tratará la presión social, puesto que al empezar con la exposición en los circuitos de riesgo cabe la posibilidad de volver a retomar el contacto con aquellas personas con las que solía jugar. Para trabajar esto se realizará un autorregistro de frases para afrontar la presión de grupo.

En una hoja con título “Autorregistro de frases para afrontar la presión de grupo” se pensarán y escribirán frases que se puedan decir cuando el paciente se sienta presionado por su grupo de amigos. Para facilitarle la tarea se pondrá algún ejemplo, se le ayudará a redactar algunas frases y se hará un *roleplay* imaginando un caso real.

A partir de ahora se irán retirando paulatinamente las pautas de control externo.

Como tareas para casa tendrá las siguientes:

- Seguir con las pautas de control externo, exceptuando aquellas acordadas en sesión.
- Seguir con el autorregistro sobre pensamientos significativos sobre el juego.
- Leer recordatorio idea irracional-pensamiento racional mínimo una vez al día
- Seguir con el plan de devolución de deudas.
- Practicar relajación una vez al día.
- Practicar parada de pensamiento.
- Hacer un registro de las exposiciones que haga esa semana (Anexos 8.6).
- Cumplimentar el autorregistro de frases para afrontar la presión social.

Sesión 8

Se comenzará la sesión hablando con el paciente sobre las exposiciones que haya hecho esa semana. Se leerá conjuntamente el autorregistro, resolviendo dudas, reestructurando los pensamientos irracionales que aparezcan, viendo que estrategias ha utilizado y reforzando el enorme esfuerzo que le ha supuesto.

Tras esto se pasará a leer conjuntamente el autorregistro de pensamientos significativos del juego, y todas aquellas ideas irracionales se irán reestructurando. Si apareciese algún pensamiento nuevo se añadiría a la lista de pensamientos irracionales-pensamientos racionales que el paciente lleva encima a modo de recordatorio y ayuda en los momentos que dichos pensamientos aparezcan.

Se preguntará por la devolución de las deudas, si ha tenido alguna dificultad con la que no se contaba inicialmente o si hay que modificar algún punto del plan. A partir de este momento el paciente recuperará el control de su dinero y tendrá que gestionar él solo la devolución de las deudas.

Esta semana también tenía que haber rellenado el autorregistro de frases para afrontar la presión de grupo. Se leerá conjuntamente en sesión, viendo la utilidad de cada una de ellas.

Para la próxima semana deberá cumplimentar un nuevo autorregistro de actividades alternativas al juego. Estas actividades alternativas deberán ser incompatibles con las conductas de juego. Realizar este autorregistro ayudará, además de a organizarse el tiempo de ocio, a controlar las ansias de jugar, ya que el realizar actividades agradables hará que los pensamientos rumiativos sobre el juego disminuya, disminuyendo de este modo las ganas de jugar.

Por último, se hará una exposición en vivo al juego más habitual del paciente, ya que durante la próxima semana deberá realizar exposiciones, pero esta vez sin el coterapeuta y con dinero. Si fuera posible se realizará en el entorno más realista posible. Durante esta exposición el terapeuta observará que estrategias utiliza el paciente, corrigiendo si hubiera algún fallo.

Estas sesiones son muy pesadas y duras para el paciente por lo que el refuerzo tendrá que ser mayor. Se ayudará al adolescente a visualizar la meta de la intervención y todos los logros que ha conseguido hasta el momento.

Como tareas para casa tendrá las siguientes:

- Seguir con las pautas de control externo, exceptuando aquellas que se han acordado en sesión.
- Seguir con el autorregistro sobre pensamientos significativos sobre el juego.
- Leer recordatorio idea irracional-pensamiento racional mínimo una vez al día
- Seguir con el plan de devolución de deudas.
- Practicar relajación una vez al día.
- Practicar parada de pensamiento.
- Hacer un registro de las exposiciones que haga esa semana (Anexos 8.6).
- Cumplimentar el autorregistro de actividades alternativas al juego.

Sesión 9

Se comenzará revisando las tareas que el paciente tenía que haber realizado para la sesión. La parte más cognitiva de hoy se centrará en la reestructuración de una o dos ideas irracionales del autorregistro.

Por otro lado, se trabajará cómo han ido las exposiciones de los días anteriores, ya que tenían una nueva dificultad que era ir sin coterapeuta y con dinero. Debido a la gran dificultad que esto ha supuesto se reforzará mucho.

En el caso de que el paciente hubiera jugado en la exposición se trabajará esta nueva situación en terapia. Se explicará la diferencia entre una caída y una recaída. Además, se realizará un registro de las consecuencias que tendría volver a jugar y que beneficios estaba obteniendo en este periodo sin juego.

Esta última sesión estará enfocada a la prevención de recaídas, para ello se leerá conjuntamente la hoja de ideas irracionales que el paciente ha ido construyendo a lo largo de la terapia con el pensamiento racional correspondiente. Esto servirá de ayuda en aquellos momentos más difíciles donde surjan esas ideas.

Además, se volverá a recalcar la importancia de los pensamientos en nuestro estado de ánimo, a través del modelo A-B-C. Esto es importante debido a que el paciente, en su rehabilitación, pasará por momentos tristes o decaídos y es importante que no lo atribuya a que ha dejado de jugar, si no que se dé cuenta del gran peso que tiene el pensamiento en la emoción. De este modo tendrá una sensación de control sobre su estado anímico, ya que, como ha trabajado en terapia, ha adquirido estrategias para refutarse aquellas ideas irracionales y desadaptativas y cambiarlas por otras racionales.

Se hará en consulta un registro de todas las situaciones con mayor riesgo de recaída y se trabajará sobre ellas.

Para poder evaluar la intervención que se acaba de seguir se pedirá al paciente que rellene un cuestionario (Anexos 8.7).

Para terminar, se recordará al paciente todo lo que ha conseguido en estas semanas. Como ha sido capaz de identificar sus pensamientos irracionales y cambiarlos por otros adaptativos y de adquirir nuevas estrategias de afrontamiento para determinadas situaciones. Son herramientas con las que él va a contar y utilizar cuando lo necesite, sobre todo en aquellas situaciones de más riesgo de recaída.

Al coterapeuta se le agradecerá todo el esfuerzo y dedicación que ha dado al paciente y se le indicará que ya no va a tener que llevar ningún control sobre él.

Cómo últimas tareas se mandaron las siguientes:

- Seguir realizando actividades de ocio agradables sin los amigos con los que jugaba.
- Practicar todas las estrategias que ha aprendido (relajación, solución de problemas, parada de pensamiento...).
- Seguir completando el registro de pensamientos irracionales-racionales y leerlo una vez al día.

- Seguir con la devolución de deudas.

Finalmente se le dará cita para dentro de un mes para hacer un seguimiento. Como ya sé indicó, el seguimiento comenzará con una toma de contacto una vez al mes y paulatinamente se irá espaciando hasta desaparecer.

5.7. Evaluación de la propuesta

La evaluación de la intervención se llevará a cabo realizando el cuestionario “Evaluación de la intervención” (Anexos 8.7.). En este cuestionario el paciente marcará las casillas indicando sí o no dependiendo de si está o no de acuerdo con la afirmación del ítem. En función del paciente se eliminarán o añadirán ítems para que se adapte más al caso. Con más del 85% de las casillas marcadas con un “Sí” se considerará que la intervención ha sido aprovechada.

Para la evaluación de la propuesta, el terapeuta encargado de la intervención cumplimentará el cuestionario “Evaluación de la propuesta de intervención” (Anexos 8.8.). En este cuestionario se cumplimentarán las casillas marcando “Sí” si se ha cumplido con ese objetivo y “NO” en el caso contrario. Con el 85% de las casillas marcadas con un “Sí”, se considerará que la propuesta es adecuada para el paciente.

6. Conclusiones

El juego patológico es la adicción sin sustancia más estudiada y con mayor prevalencia en la población española. Se ha hablado en numerosos estudios cómo ésta afecta a los adictos, dando lugar a graves problemas familiares, económicos, laborales, sociales o emocionales.

Sin embargo, en los últimos años un dato ha sobresalido de manera alarmante: el número de adolescentes que sufren adicción al juego aumenta día tras día.

Aunque son varios los autores que han publicado artículos y trabajos sobre este tema, aún es un campo sobre el que hace falta trabajar mucho ya que, si bien la terapia cognitivo conductual ofrece los mejores resultados, aún se ha abordado muy poco esta problemática en menores y, por tanto, existe una necesidad urgente de profundizar en nuevos modelos de intervención.

Debido a esta observación surge la propuesta de intervención presentada en este trabajo.

Una de las fortalezas de este proyecto recae en el hecho de que está basado en las características específicas de la población a la que va dirigida además de en los últimos estudios publicados. Dichos estudios reflejan inequívocamente que esta situación afecta a los jóvenes, quienes son especialmente vulnerables.

Al comienzo de este trabajo se han mostrado una serie de objetivos como:

- Analizar el marco regulatorio legal actual de los juegos de azar en España.
- Conocer la expansión actual del juego patológico en España, junto a las implicaciones socioeconómicas que acarrea.
- Conocer el origen y evolución del término juego patológico dentro de los manuales de diagnóstico.
- Identificar los principales factores de riesgo, mantenimiento y protección del juego patológico.
- Conocer la prevalencia en población general, poniendo especial foco en la población joven y adolescente.
- Identificar y conocer las bases neurobiológicas del juego patológico.
- Conocer los instrumentos de medida del juego patológico más utilizados
- Realizar una propuesta de intervención.

Todos los objetivos han sido alcanzados en la creación del trabajo. Sin embargo, de cara a validar la viabilidad de este programa y comprobar en qué medida éste ha conseguido cubrir las deficiencias detectadas en los principales métodos cognitivo-conductuales actuales, será necesario llevar a cabo una primera experiencia de puesta en marcha en una muestra de población real, sirviendo la evaluación de los resultados de esta como punto de partida para la implementación de mejoras y rediseños en el modelo de intervención aquí expuesto.

Como aportaciones finales, cabe resaltar las siguientes:

- Importancia de desarrollar e implantar políticas de regulación del juego mucho más estrictas con los menores de edad, con el fin de prevenir que estos jóvenes logren saltarse las restricciones y así prevenir el problema, sobre todo en medios *web*.
- Seguir desarrollando líneas de investigación sobre el juego patológico en adolescentes, ya que los últimos estudios en población joven se centran más en redes sociales.
- Fomentar estudios que sigan durante años a un grupo de jóvenes con problemas con el juego para ver su evolución y obtener datos más concretos de las variables específicas de esta población.

7. Referencias

- Ambermoon, P., Carter, A., Hall, W. D., Dissanayaka, N. y O'Sullivan, J. D. (2011). Impulse control disorders in patients with Parkinson's disease receiving dopamine replacement therapy: evidence and implications for the addictions field. *Addiction*, 106, 283-293.
- American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd.ed.). Washintong DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd.ed.R). Washintong DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1995): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (IV). Washintong DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Edition* (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arbinaga, F. (2000). Estudio descriptivo sobre el juego patológico en estudiantes (8-17 años): Características sociodemográficas, consumo de drogas y depresión. *Adicciones*, 12 (4), 493-505.
- Becoña, E. (1991). *La prevalencia del juego patológico en Galicia (España)*. Santiago de Compostela, España: Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia y Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. (1993). *El juego compulsivo en la comunidad autónoma gallega*. Santiago de Compostela, España: Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia.
- Becoña E. (1997) Pathological gambling in Spanish children and adolescents: an emerging problem. *Psychological Reports*, 81, (1), 275-287. Doi:10.2466/pr0.1997.81.1.275
- Becoña, E. (2004). El juego patológico: prevalencia en España. *Salud y Drogas*, 4, (2), 9-34.
- Becoña, E. (2009), Spain. En: Meyer, G. Hayer, T. y Griffiths, M. (Eds.), *Problem Gambling in Europe, Challenges, Prevention, and Interventions* (pp. 281-298). Nueva York, NY: Springer Science.
- Becoña, E. y Gestal, C. (1996): El juego patológico en niños del 2º ciclo de EGB. *Psicothema*, 8, 13-23.
- Becoña, E., Míguez, M. C. y Vázquez, F. (2001). El juego problema en los estudiantes de Enseñanza Secundaria. *Psicothema*, 13, (4), 551-556.
- Beck, A. T., Rush, A. J. Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Berridge, K. C. (2007). The debate over dopamine's role in reward: the case for incentive salience. *Psychopharmacology*, 191, 391-431.

- Brown, R. (1986). Arousal and sensation seeking components in the general explanation of gambling and gambling addictions. *IntAdiccit*, 21.
- Bujold, A., Ladouceur, R., Sylvain, C. y Boisvert, J. M. (1994). Treatment of pathological gamblers: An experimental study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 25,275-82.
- Carlbring, P., y Smith, F. (2008). Randomized trial of Internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1090-1094.
- Carpio, C. (2009): "Aspectos psicológicos del juego comercial. Tratamientos y programas preventivos. Hacia el juego responsable", *Docencia e Investigación: Revista de la Escuela Universitaria de Magisterio de Toledo*, 34 (19), 25-58.
- Castrén, S., Grainger, M., Lahti, T., Alho, H., y Salonen, A. H. (2015). At-risk and problem gambling among adolescents: a convenience sample of first-year junior high school students in Finland. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 10(1), 9. Doi: 10.1186/s13011-015-0003-8
- Chambless, D. L. et al. (1996). An update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51 (1), 3-16.
- Chóliz, M. (2010). Experimental analysis of the game in pathological gamblers: effect of the immediacy or the reward in slot machines. *Journal of Gambling Studies*, 26, 249-256.
- Chóliz, M. (2016). The challenge of online gambling: The effect of legalization on the increase in online gambling addiction. *Journal of Gambling Studies*, 32, 749-756.
- Chóliz, M. (2017). *Ludens: programa de prevención de la adicción al juego de azar*. Valencia, España: Psylicom Ediciones.
- Chóliz, M. y Lamas, J. (2017). "¡Hagan juego, menores!" Frecuencia de juego en menores de edad y su relación con indicadores de adicción al juego. *Revista Española de Drogodependencias*, 42 (1) 34-47.
- Chóliz, M. y Sáiz-Ruiz, J. (2016a). Regular el juego para prevenir la adicción: hoy más necesario que nunca. *Adicciones*, 28, 174-181. doi:10.20882/adicciones.820.
- Chóliz, M. y Sáiz-Ruiz, J. (2016b). ¿Por qué (también) es tan difícil legislar sobre el juego en España? Un "dejàvu" de lo ocurrido con el alcohol. *Adicciones*, 28, 189-193. doi:10.20882/adicciones.886.
- Comisión Europea (2014): *Recommendation on principles for the protection of consumers and players of online gambling services and for the prevention of minors from gambling online web*. Disponible en: https://ec.europa.eu/growth/sectors/gambling_en.
- Comisión Nacional del Juego (2003). Memoria de Juego 2002. Ministerio del Interior, Comisión Nacional del Juego (en www.mir.es).
- Dell, L. J., Ruzicka, M. F. y Palisi, A. T. (1981). Personality and other factors associated with the gambling addiction. *International Journal of Addictions*, 16, 149-156.

DGOJ, Dirección General de Ordenación del Juego (2017). *Estudio y análisis de los factores de riesgo del trastorno de juego en población clínica española 2017*. Dirección General de Ordenación del Juego. Madrid: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Recuperado de la web: <https://www.ordenacionjuego.es/es/estudio-prevalencia>.

DGOJ, Dirección General de Ordenación del Juego (2019 T2). *Análisis Global del Mercado Nacional del Juego Online. Informe 2 trimestre 2019*. Dirección General de Ordenación del Juego. Madrid: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Recuperado de la web: <https://www.ordenacionjuego.es/es/informes-trimestrales>.

Derevensky, J. L., y L. Gilbeau (2015): "Adolescent Gambling: Twenty-five Years of Research", *Canadian Journal of Addiction*, 6 (2), pp. 4-12.

Dickinson, A. y Balleine, B. (2002). The role of learning in the operation of motivational systems. En C. R. Gallistel (Ed.), *Steven's handbook of experimental psychology: Learning, motivation and emotion* (pp. 497-534.). New York: John Wiley y Sons.

Domínguez, A. M. (2009). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de Psicología*, 27 (1), 3-20.

Domínguez, A. M., Fernández, R., Paz, M., Sicilia, E. y Villahoz, J. (2007). *Guía clínica: "Actuar ante el juego patológico"*. España: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.

Echeburúa, E. (2005). Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, 17 (1), 11-16.

Echeburúa, E. y Báez, C. (1994). Concepto y evaluación del juego patológico. En J. L. Graña (Ed.). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. y Báez, C. (1991). Enfoques terapéuticos en el tratamiento psicológico del juego patológico. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8, 127-146.

Echeburúa, E., Báez, C., 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., Becoña, E., Labrador, F. y Gaudium (Coords.) (2010). *El juego patológico. Avances en la clínica y en el tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E., de Corral, P. (2008). Juego responsable: ¿Una alternativa para la prevención y el tratamiento de la ludopatía? *Adicciones*, 20 (4), 321-325.

Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2003). Nuevas perspectivas en el tratamiento del juego patológico. *Revista Thomson de Psicología*, 1, 139-155.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., y Báez, C. (2000). Relapse prevention in the treatment of pathological gambling: long-term outcome. *Behavior Therapy*, 31, 351-364.

- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J y Báez, C. (1997) citado en Echeburúa, E., de Corral, P., y Amor, P. J. (2004). Prevención de recaídas en las ludopatías. *Salud y drogas*, 4(2), 97-116.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Nuevos Retos en el Tratamiento del juego Patológico. *Terapia Psicológica*, 32, 31-40.
- EDIS (2003). *Los jóvenes andaluces ante las drogas y las adicciones 2002*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.
- Ellis, A. (1979). The theory of rational-emotive therapy. En *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 33-60). Monterrey, CA: Brooks/Cole.
- Engwall, D., Hunter, R. y Steinberg, M. (2004). Gambling and other risk behaviors on university campuses. *Journal of American College Health*, 52, 245–255.
- EU.net (2012): *Investigación sobre conductas adictivas a Internet entre los adolescentes europeos*. Disponible en: http://www.protegeles.com/docs/estudio_conductas_internet.pdf.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual Práctico del Juego Patológico*. Madrid: Pirámide.
- Fisher, S. (1992). Measuring pathological gambling in children: The case of fruit machines in the UK. *Journal of gambling studies*, 8(3), 263-285. doi: 10.1007/BF01015923.
- Fisher, S. (2000). Developing the DSM-IV criteria to identify adolescent problem gambling in non-clinical populations. *Journal of gambling studies*, 16 (2-3), 253-273. doi: 10.1023/A:1009437115789.
- Freud, S. (1948). *Obras completas*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Fried, B. G., Teichman, M. y Rahav, G. (2010). Adolescent gambling: Temperament, sense of coherence and exposure to advertising. *Addiction Research y Theory*, 18(5), 586-598.
- Fröberg, F. (2006): *Gambling among young people, a knowledge review*, Estocolmo: Swedish National Institute of Public Health.
- García, P., Buil, P. y Solé, M. J. (2016). Consumo de riesgo: menores y juegos de azar online. El problema del juego responsable, *Política y Sociedad*, 53 (2), pp. 551-575.
- García-Caballero, A., Torrens-Lluch, M., Ramírez-Gendrau, I., Garrido, G., Vallès, V. y Aragay, N. (2018). Eficacia de la intervención Motivacional y la Terapia Cognitivo-conductual para el tratamiento del Juego Patológico. *Adicciones*, 30 (3), 219-224.
- Gerstein, D., Hoffman, J., Larison, C. et al. (1999). *Gambling Impact and Behavior Study*. Chicago: National Gambling Impact Study Comisión.
- Gladwin, T. E., Figner, B., Crone, E.A. y Wiers, R.W. (2011). Addiction, adolescence, and the integration of control and motivation. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 1(4), 364-376.
- Grant, J. E., y Odlaug, B. L. (2012). *Psychosocial Interventions for Gambling Disorders. Increasing the odds* (pp. 38-51). Boston: National Center for Responsible Gaming.

Grupo de Investigación en Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo (2016). *Estudio de evaluación del impacto del juego patológico en Asturias*. Informe realizado para la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Oviedo.

Gobet, F. y Schiller, M. (2014). *Problem gambling: cognition, prevention and treatment*. Hampshire: Palgrave Macmillan.

González-Ortega, I., Echeburúa, E., Corral, P., Polo-López, R., y Alberich, S. (2013). Predictors of pathological gambling severity taking gender differences into account. *European Addiction Research*, 19, 146-154.

Gooding, P. y Tarrier, N. (2009). A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? *Behaviour Research and Therapy*, 47, 592-607.

González, A. y Volberg, R. A. (2008). *Estudiepidemiològic de prevalença del jocpatològic en població adulta de Catalunya (2007-2008)*. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Generalitat de Catalunya.

Griffiths, M. (2002): *Gambling and Gaming Addictions in Adolescence. Pacts 2. Parent, Adolescence and Training Skills*, Londres: Blackwell.

Griffiths, M. (2009): *Problem gambling in Europe: an Overview*. Division of psychology Nottingham Trent University.

Griffiths, M. y Parke, J. (2010). Adolescent gambling on the internet: A review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22(1), 58-75.

Griffiths, M., H. Wardle, J. Orford, K. Sproston y B. Erens (2009): "Sociodemographic correlates of internet gambling: Findings from the 2007 British Gambling Prevalence Survey", *Cyber Psychology and Behavior*, 12 (2), pp. 199-202.

Gupta, R. y Derevensky, J. L. (2014): Reflections of underage gambling, *Responsible Gambling Review*, 1 (1), pp. 37-50.

Habib, R. y Dixon, M. R. (2010). Neurobehavioral evidence for the "near-miss" effect in pathological gamblers. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 93, 313-328.

Hodgins, D. C., Currie, S. R., Currie, G., y Fick, G. H. (2009). Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: More is not necessary better. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 950-960.

Hodgins, D. C., Currie, S. R., y el-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 50-57.

Hodgins, D. C. y Holub, A. (2007). Treatment of Problem Gambling. En Smith, G., Hodgins D., y Williams R. (eds), *Research and Measurement Issues in Gambling Studies* (pp. 372-397). Elsevier: Amsterdam.

- Humphrey, J. y Richard, D. C. (2013). Brain–Behavior Interactions in Disordered Gambling. En Richard, D., Blaszczynski, A. y Nower L. (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Disordered Gambling* (pp. 98-116). Somerset: John Wiley y Sons.
- Jacobs, D. F. (1989). Illegal and undocumented: A review of teenage gambling and the plight of children of problem gamblers in America. En *Compulsive gambling. Theory, research, and practice* (pp. 249-292). Lexington, MA: Lexington Books.
- Jacobs, D. F. (2000). Juvenile gambling in North America: An analysis of long-term trends and future prospects. *Journal of Gambling Studies*, 16 (2), 119-152.
- Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (2007). Guía Clínica: Actuar ante el juego patológico.
- Kallick, M., Smits, D., Dielman, T. y Hybels, J. (1979). *A survey of gambling attitudes and behavior*. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research.
- King, D. L., Delfabbro P., Kaptis D. y Zwaans T. (2014): “Adolescent simulated gambling via digital and social media: An emerging problem”, *Computers in Human Behavior*, 31, pp. 305-313.
- Kuss, D. y M. Griffiths (2012): “Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research”, *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10 (2), pp. 278-296.
- Labrador, F. J. (1995). *El Estrés. Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). Guía para la elección de los tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica. Madrid: Dykinson.
- Labrador, F., Mañoso, V. y Fernández, A. (2008). Distorsiones cognitivas y resultado del tratamiento en el juego patológico. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8 (3), 387-399.
- Ladouceur, R. (2005). Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21, 49-57.
- Ladouceur, R., Dubé, D. y Bujold, A. (1994). Gambling among primary school students. *Journal of Gambling Studies*, 10, 363-370.
- Ladouceur, R., Ferland, F., Roy, O., Bussieres, E.L. y Auclair, A. (2004). Prevention of pathological gambling in adolescents: A cognitive approach. *Journal de Therapie Comportamentale et Cognitive*, 14, 124-130.
- Ladouceur, R., Lachance, S., y Fournier, P. M. (2009). Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling? *Behaviour Research and Therapy*, 47, 189-197.
- 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.

- Livingstone, S. y B. Moira (2013): *Children and their changing media environment: A European comparative study*, Londres, Routledge.
- Mañoso, V., Labrador, F. J., y Alba, A. F. (2004). Tipo de distorsiones cognitivas durante el juego en jugadores patológicos y no jugadores. *Psicothema*, 16(4), 576-581.
- McConaghy, N., Blaszczynski, A., y Frankova, A. (1991). Comparison of imaginal desensitization with other behavioral treatments of pathological gambling. A two-to nine-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 159, 390-393.
- Michalczuk, R., Bowden-Jones, H., Verdejo-Garcia, A. y Clark, L. (2011). Impulsivity and cognitive distortions in pathological gamblers attending the UK National Problem Gambling Clinic: a preliminary report. *Psychological Medicine*, 41, 2625-2635.
- Millar, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Morís, J., Luque, D. y Rodríguez, A. (2013). Learning-induced modulations of the stimulus-preceding negativity. *Psychophysiology*, 50, 931-939.
- Muñoz-Molina, Y. (2008). Meta-análisis sobre juego patológico 1997-2007. *Revista de Salud Pública*, 10 (1), 150-159.
- Navas, J. F., y Perales, J. C. (2014). Comprensión y tratamiento del juego patológico: aportaciones desde la Neurociencia del Aprendizaje. *Clínica y Salud*, 25(3), 157-166.
- NetValue (2002). *Europeans take a gamble online*. NetValue Survey. Recuperado de www.nua.ie/surveys/analysis/weekly_editorial/archives/issue1no307.html.
- Ochoa, E. y Labrador, F. J. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Ólason, D. T., Kristjansdottir, E., Einarsdottir, H., Haraldsson, H., Bjarnason, G. y Derevensky, J. (2011) Internet Gambling and problem gambling among 13 to 18 year old adolescents in Iceland. *Journal Mental Health Addiction*, 9, (3), 257-263. Doi: 10.1007/s11469-010-9280-7.
- Orgaz, C., Estévez, A. y Matute, H. (2013). Pathological gamblers are more vulnerable to the illusion of control in a standard associative learning task. *Frontiers in psychology*, 4,306.
- Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B. H., y Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis. *Addiction*, 100, 1412-1422.
- Park, H. y Jung, S. (2012). Development of a Gambling Addictive Behavior Scale for Adolescents in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42 (7), 957-964. Doi:10.4040/jkan.2012.42.7.957
- Petit, A., Karila, L. y Lejoyeux, M. (2015). Adolescent pathological gambling. *Archives de Pédiatrie*, 22(5), 564-568. Doi: 10.1016/j.arcped.2015.01.008
- Petry, N., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch y Gay, H. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 555-567.

- Petry N., Stinson F., y Grant B. (2005). Comorbidity of DSM-IV Pathological Gambling and Other Psychiatric Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (5), 564-574.
- Potenza, M. N. (2012). *Pharmacological Approaches to Treating Pathological Gambling. Increasing the Odds (vol 7). What Clinicians Need to Know About Gambling Disorders*, vol 7, pp. 52-60. National Center for Responsible Gaming: Washington DC.
- Raylu, N., Po, T., Loo, J. y Shun Tsai, J., (2018). Prueba de validez de un modelo cognitivo conductual para el juego patológico. *Revista de Toxicomanía*, 81, 21-33.
- Real Decreto 13/2011 de 27 de mayo, (Boletín Oficial del Estado núm. 127, 2011).
- Real Decreto 2695/1986 de 19 de diciembre. ((Boletín Oficial del Estado núm. 3, 1986).
- Real Decreto- Ley 16/1977 de 25 de febrero. (Boletín Oficial del Estado núm. 56, 1977).
- Robinson, T. E. y Berridge, K. C. (2008). The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. *Philosophical Transactions of The Royal Society* 363, 3137-3146.
- Rodríguez, J. M. y Ávila, A. M. (2008). Distorsiones cognitivas en la percepción del juego patológico por adolescentes: un estudio preliminar. *RET, Revista de Toxicomanías*, 53, 14-20.
- Sarabia, I., Estévez, A. y Herrero, D. (2014). Perfiles de jugadores patológicos en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 39, (2), 46- 58.
- Sarabia, I., Herrero, D. y Estévez, A. (2014). Situación actual del juego con dinero en jóvenes y adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 39, (3), 57-68.
- Stewart, R. y Brown, R. (1988). An outcome study of Gamblers Anonymous. *British Journal of Psychiatry*, 152, 284-288.
- Sussman, S., Lisha, N., y Griffiths, M. (2011). Prevalence of the Addictions: A Problem of the Majority or the Minority. *Evaluation and the Health Professions*, 34 (1), 3-56.
- Toneatto, T., Blitz-Miller, T., Calderwood, K., Dragonetti, R. y Tsanos, A. (1997). Cognitive distortions in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies*, 13, 253-266.
- Tremblay, J., Stinchfield, R., Wiebe, J., y Wynne, H. (2010). *Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI) Phase III Final Report*: Alberta Gaming Research Institute.
- Vanes, L. D., Holst, R. J., Jansen, J. M., Brink, W., Oosterlaan, J. y Goudriaan, A. E. (2014). Contingency Learning in Alcohol Dependence and Pathological Gambling: Learning and Unlearning Reward Contingencies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38, 1602-1610.
- Villa, A., Becoña, E y Vázquez, F. (1997): Juego patológico con máquinas tragaperras en una muestra de escolares de Gijón. *Adicciones*. 9, 195-208.
- Villahoz, J. (2007). Eficacia de los tratamientos. En *Guía clínica: "Actuar ante el juego patológico"* (pp 125-133). España: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.

- Volberg, R. A., Gupta, R., Griffiths, M., Ólason, D. y Delfabbro, P. (2011). An international perspective on youth gambling prevalence studies. *International journal of adolescent medicine and health*, 22, (1), 3 – 38.
- Wickwire, E., Whelan, J., Meyers, A., and Murray, D. (2007). Environmental correlates of gambling behavior in urban adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(2), 179-190. Doi: 10.1007/s10802-006-9065-4.
- Winters, K., Stinchfield, R., and Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of gambling studies*, 9(1), 63-84. Doi: 10.1007/BF01019925.
- Yakovenko, I., Quigley, L., Hemmelgarn, B., Hodgins, D. y Ronksley, P. (2015). The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling: systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 43, 72–82. Doi:10.1016/j.addbeh.2014.12.011.
- Zapata, M., Torres, Y. y Montoya, L. (2011). Riesgo de juego patológico. Factores y trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín, Colombia. *Adicciones*, 23, (1), 17 – 25.

8. Anexos

8.1. Criterios diagnósticos DSM- 5

De acuerdo con las indicaciones del manual, para poder diagnosticar dicho trastorno es necesario cumplir al menos cuatro de los nueve criterios contemplados.

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el Gambling Disorder según el DSM -5 (American Psychiatric Association, 2013)

A- Conducta problemática de juego de apuestas recurrente y persistente, que lleva a incapacidad o distrés clínicamente significativos, como sucede cuando el individuo exhibe cuatro (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 12 meses:

- 1.- Necesidad de jugar cantidades crecientes de dinero para lograr la excitación deseada.
- 2.- Está inquieto o irritable cuando intenta interrumpir o detener el juego.
- 3.- Ha efectuado reiterados esfuerzos no exitosos para controlar, interrumpir o detener el juego.
- 4.- Está frecuentemente preocupado por el juego de apuestas (Ej.: pensamientos persistentes de revivir experiencias pasadas, planear la próxima sesión, pensar maneras de obtener el dinero para apostar)
- 5.- Juega frecuentemente cuando se siente con distrés.
- 6.- Después de perder dinero en el juego, vuelve con frecuencia otro día para intentar recuperarlo.
- 7.- Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
- 8.- Ha arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, oportunidades de trabajo y educativas o profesionales debido al juego.
- 9.- Confía en que los demás le proporcionen el dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.

B- La conducta de juego de apuestas no puede ser atribuible a un episodio maníaco

Especificadores:

- Episódico: Reúne los criterios diagnósticos y luego pueden pasar meses sin síntomas.
- Persistente: los síntomas son continuos y persisten por años.
- En remisión temprana: Luego de haber sido diagnosticado, no reúne luego ninguno de los criterios durante un periodo de entre 3 a 12 meses.
- En remisión sostenida: similar al anterior, pero luego asintomático por más de 12 meses.

En función del número de criterios se consideran los siguientes niveles de severidad:

- Leve (reúne 4 a 5 de los 9 criterios)
- Moderado (reúne de 6 a 7 criterios)
- Severo (reúne de 8 a 9 criterios)

8.2. Pautas control juego

1. Firmar hoja de autoexclusión.
2. No llevar dinero ni tarjetas de crédito encima.
3. En el caso de tener que llevar dinero para realizar una compra pedir siempre el ticket y entregárselo al coterapeuta junto con el cambio.
4. Si eres mayor de edad entregar el DNI o NIE al coterapeuta para evitar la solicitud de préstamos.
5. Evitar los bares o lugares donde solías jugar.
6. Limitar el contacto con aquellas personas con las que solías jugar.

8.3. Autorregistro pensamientos sobre el juego

Día	Lugar y compañía	¿Qué piensas? y ¿Qué sientes?	Situación concreta que produce ese pensamiento	¿Qué haces?

8.4. Detención del pensamiento

(Labrador, 1995)

Utilizaremos esta técnica cuando nos encontremos ante un bucle de pensamientos del que no consigamos salir:

- Cuando note alguna sensación de malestar (estado de intranquilidad o desasosiego de origen no muy claro), párese y analice qué está pasando.
- Una vez identificados los pensamientos negativos trate de hacerlos explícitos, expresándolos verbalmente. Hágalo como si pensara en voz alta de forma que la verbalización sea lo más parecida posible a los pensamientos.
- Para la detención del pensamiento negativo necesita de un estímulo suficientemente intenso que usted pueda producir a voluntad y que sea capaz de atraer inmediatamente la atención, como un ruido intenso (por ejemplo, una palmada) o un grito (como ¡Basta!, ¡Stop!, ¡No!), o ambas cosas, un ruido y una palabra.
- Una vez conseguido detener el pensamiento realizaremos cualquier actividad ajena al juego que nos ayude a distraernos.*

*Este paso no se contempla en la técnica propuesta por Labrador (1995).

8.5. 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 UTILIZADA

8.6. Instrucciones exposición

- 1º. Elije un lugar donde solías jugar con mucha frecuencia.
- 2º. Junto a tu coterapeuta entra en ese lugar.
- 3º. Acércate a la máquina (móvil, ruleta, máquina tragaperras...) con la que solías jugar acompañado de tu coterapeuta. Colócate cómodamente cerca de ella, mirándola y concentrándote en todas las sensaciones que esté experimentando tu cuerpo en ese momento.
- 4º. En ese momento puedes notar ansias por jugar, malestar... no evites ningún pensamiento ni sentimiento, simplemente concéntrate en lo que estás viendo y sintiendo. Intenta no hablar con tu coterapeuta.
- 5º. Para facilitar el flujo de sensaciones puedes recordar las veces que has jugado en ese mismo lugar y con esa misma máquina, y evocar que sensaciones y pensamientos experimentabas en ese momento.
- 6º. Estate un mínimo de 15 a 20 minutos ante la máquina cada día.
- 7º. Si notas ansiedad realiza los ejercicios de respiración que hemos practicado en consulta.
- 8º. Evoca como te sentías inmediatamente después de jugar, que consecuencias tenía el haber jugado y compara con las ventajas que actualmente estas teniendo sin jugar.
- 9º. Establece una escala subjetiva de ansiedad donde 0 será la ausencia de ansiedad y 10 el máximos de ansiedad experimentada.
- 10º. Cuando la ansiedad disminuya hasta 0-2 podrás abandonar el lugar.
- 11º. Cuando salgas inmediatamente rellena la siguiente hoja (Anexo 8.7.).

8.7. Autorregistro exposición

DÍA Y LUGAR	TIEMPO EMPLEADO	ANSIEDAD		PENSAMIENTO	EMOCIONES
		Máxima	Al terminar exposición		

8.8. Evaluación de la intervención

OBJETIVO	CONSEGUIDO	
	SÍ	NO
He adquirido mayor conciencia de mi problema.		
He logrado cumplir las pautas de juego controlado.		
He adquirido más motivación intrínseca para el cambio.		
He aprendido técnicas para manejar mejor mi malestar emocional.		
He logrado controlar mi ansia de juego.		
He logrado mejorar mis destrezas personales como el autocontrol, la impulsividad...		
He logrado detectar autoverbalizaciones e ideas irracionales relacionadas con el juego y aplicar reestructuración cognitiva sobre ellas.		
He conseguido disminuir el poder de los estímulos asociados al juego a partir de la exposición con prevención de respuestas.		
Me han enseñado a aplicar el entrenamiento de solución de problemas.		
He realizado un entrenamiento en habilidades sociales.		
He logrado buscar y promover actividades gratificantes que no estuvieran relacionadas con el juego.		

Programa de intervención en juego patológico en adolescentes

Me han enseñado estrategias para gestionar la presión del grupo.		
Me han enseñado estrategias para trabajar la prevención de recaídas.		

8.9. Evaluación de la propuesta de intervención

OBJETIVO	CONSEGUIDO	
	SÍ	NO
¿Se han cumplido los plazos estipulados en la propuesta?		
¿Se ha logrado una adherencia al tratamiento por parte del paciente?		
¿Se ha conseguido una buena alianza terapéutica?		
¿Se ha logrado trabajar en todos los objetivos de la intervención?		
¿Se ha obtenido éxito en más del 85% de los objetivos de la intervención?		
¿Se ha logrado que el paciente no abandone la terapia?		
¿Se ha logrado que el paciente se comprometa con el seguimiento para la prevención de recaídas?		
¿Se ha logrado que el paciente realizara las tareas para casa?		
¿El paciente ha disminuido la frecuencia del juego?		