



UNIVERSIDAD PONTIFICIA COMILLAS

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

EL JUEGO PATOLÓGICO: UNA ADICCIÓN OCULTA

Trabajo Fin de Grado

Grado en Trabajo Social

CURSO 2019/2020

Autora: Macarena Jiménez Romero

Tutora: Carmen Meneses Falcón

JUNIO DE 2020

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	OBJETIVOS	7
III.	PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	7
IV.	METODOLOGÍA	8
V.	MARCO TEÓRICO	10
1.	Introducción al fenómeno de la ludopatía	10
1.1	Conceptualización y contextualización del juego patológico	10
1.2	Tipología de los juegos de azar	16
1.3	Tipos de jugadores	21
1.4	Factores que predisponen el desarrollo del juego patológico	26
1.5	Evolución de los criterios diagnósticos	29
2.	Perfil sociodemográfico del jugador con problemas y consecuencias derivadas del juego patológico	35
2.1	Perfil sociodemográfico del jugador con problemas	35
2.2	Perfil del jugador en función del tipo de juego	37
2.3	Consecuencias derivadas del juego patológico	42
3.	Análisis de los programas de prevención e intervención actuales	47
3.1	Evaluación del juego patológico	47
3.2	Prevención del juego patológico	49
3.3	Tratamiento del juego patológico	52
3.4	El papel del trabajador social	59
VI.	CONCLUSIONES	60
VII.	BIBLIOGRAFÍA	62
VIII.	ANEXOS	75

ABREVIATURAS

APA: American Psychiatric Association (Sociedad Americana de Psicología).

OMS: Organización Mundial de la Salud.

FEJAR: Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales).

CIE: Clasificación Internacional de las Enfermedades.

ASAJER: Asociación Alavesa de Jugadores en Rehabilitación.

DGOJ: Dirección General de Ordenación del Juego.

SELAE: Sociedad Estatal de Loterías y Apuestas del Estado.

ONCE: Organización Nacional de Ciegos Españoles.

TDAH: Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

LARPA: Ludópatas Asociados en Rehabilitación del Principado de Asturias.

RGIAJ: Registro General de Interdicciones de Acceso al Juego.

SOGS: South Oaks Gambling Screen.

SOGS-RA: South Oaks Gambling Screen-Versión Revisada para Adolescentes.

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

AGRAJER: Asociación Granadina de Jugadores de Azar en Rehabilitación.

AONUJER: Asociación Onubense de Jugadores de Azar en Rehabilitación.

APAL: Asociación para la Prevención y Ayuda al Ludópata.

AZAJER: Asociación Aragonesa de Jugadores de Azar en Rehabilitación.

RESUMEN

Con el presente trabajo se pretende analizar el trastorno del juego patológico y fomentar la sensibilización social del mismo, contribuyendo a la desaparición de la visión estigmatizada que impera en la sociedad actual. Para ello, se ha utilizado una metodología de corte cualitativo, habiendo realizado un análisis y una profunda revisión bibliográfica del trastorno en sí, llevando a cabo su conceptualización y contextualización y atendiendo a otras cuestiones relacionadas como las consecuencias que genera, la tipología, tanto de los juegos de azar como de los jugadores, los factores que predisponen la conducta, el perfil del ludópata, los criterios diagnósticos y la evaluación y, posteriormente, las modalidades existentes de prevención y tratamiento desarrollados con este colectivo. Tras la realización de este trabajo se puede concluir que falta mucha investigación e intervención con este colectivo, de igual manera, se debería potenciar más la figura del trabajador social.

Palabras clave: juego patológico, adicción, ludopatía y juegos de azar.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the pathological gambling disorder and promote its social awareness, contributing to the disappearance of the stigmatized vision that prevails in today's society. For this, a qualitative methodology has been used, having carried out an analysis and a thorough bibliographic review of the disorder itself, carrying out its conceptualization and contextualization and attending to other related issues such as the consequences it generates, the typology, both of the games of chance as of the players, the factors that predispose the behavior, the profile of the gambler, the diagnostic criteria and the evaluation and, later, the existing prevention and treatment modalities developed with this group. After carrying out this work, it can be concluded that much research and intervention are lacking with this group, in the same way, the figure of the social worker should be further promoted.

Key words: pathological gambling, addiction, ludopathy and gambling.

I. INTRODUCCIÓN

El juego, en su sentido más amplio, es una de las actividades más enriquecedoras que está presente durante prácticamente todo el ciclo vital, dado que fomenta algunas funciones esenciales tales como: el desarrollo de habilidades sociales, comunicativas y/o cognitivas, la proporción de herramientas para el control emocional, el desarrollo personal y/o el aprendizaje de algunas normas sociales básicas. No obstante, el abuso de este genera múltiples consecuencias que se expondrán en el segundo bloque del presente trabajo.

Hoy en día, principalmente existen dos tipos de adicción a los juegos: la adicción a los juegos de azar y la adicción a los videojuegos. El desarrollo de este trabajo se va a centrar exclusivamente en el primer bloque.

Durante los últimos años los medios de comunicación han transmitido la idea de que ha aumentado la cantidad de dinero invertida por los jugadores en juegos de azar, de lo que se puede deducir que aumenta el consumo de juegos de azar. Sin embargo, durante el presente trabajo se demostrará que, a pesar del aumento de consumo, la sociedad española no tiene niveles tan elevados de jugadores patológicos. Además, este consumo ha variado mucho en los últimos años, prevaleciendo actualmente un perfil de jugador joven y la modalidad de juegos online (DGOJ, 2018).

En este sentido, el abuso de esta actividad comienza a considerarse un problema de salud pública, pues como se acaba de comentar, las cifras de consumo incrementan, aunque no con tanta frecuencia ni intensidad como nos hacen creer los medios de comunicación, y la escasa visibilidad de esta problemática dificulta mucho su tratamiento, disminución o erradicación. Esta falta de visibilidad se explica en que, a diferencia de las adicciones tóxicas, no se muestran signos externos determinantes y también en la negación por parte del sujeto.

Esta problemática no afecta solo a nivel individual o familiar, sino también a nivel comunitario. Por ello, todo individuo debe aportar su granito de arena para poder combatirla, y una buena forma de empezar puede ser liberando esta enfermedad de los prejuicios a los que se somete diariamente, como puede ser, la asociación del juego patológico al vicio. Además, juega en contra que a la Administración no le interesa frenar

este crecimiento, ya que se lucra económicamente de esta actividad a través del dinero que obtiene en forma de impuestos de las ganancias.

España, junto a EE. UU y Filipinas, es uno de los países con mayor número de instalaciones públicas destinadas al juego (casinos y salas de juego principalmente), así como de número de máquinas tragaperras, las también llamadas máquinas de tipo B (en 2018 se registraron 192.062 según los datos del Mercado Español de Juego). Estas instalaciones se pueden encontrar en cualquier ciudad española. Francia, por el contrario, solo cuenta con estas instalaciones en ciudades turísticas, como Montecarlo y Niza (Alonso-Fernández, 1996).

Además, la publicidad contribuye, en cierta medida, a expandir esta problemática, pues constantemente se pueden encontrar atractivos anuncios en diversos medios de comunicación (televisión, radio, internet, etc.), gran parte de ellos protagonizados por personas famosas y adineradas.

Y nos preguntaremos ¿hasta dónde abarca la adicción a los juegos de azar? ¿Un individuo es un ludópata por ir al bingo todas las semanas? ¿Cómo saber si se tiene adicción al juego? A lo largo de este trabajo se irán respondiendo todas estas cuestiones, dado que la finalidad del presente trabajo es estudiar el trastorno de la ludopatía desde una perspectiva sistémica y fomentar la sensibilización social de dicha problemática.

Para ello, el presente trabajo constará de tres partes. La primera será una aproximación del tema desde una perspectiva social mediante una revisión literaria académica. La segunda parte se centrará en el perfil sociodemográfico del jugador y en las principales consecuencias derivadas del juego patológico. Por último, en la tercera parte se hará un análisis de los programas de atención desarrollados con este colectivo, tanto de intervención como de prevención. La segunda y la tercera parte se desarrollarán a partir de las memorias anuales de diversas asociaciones destinadas al juego patológico y de estudios de investigación.

La motivación por ahondar en esta temática se sustenta en la situación actual de nuestro país respecto a las casas de apuestas. En los últimos años se ha podido ver cómo estas han crecido exponencialmente, atrayendo cada vez a un número mayor de público de todas las edades. En estas casas de apuestas podemos encontrar desde menores de edad hasta personas de la tercera edad, personas de todas las nacionalidades y pertenecientes a un

diverso rango de estatus socioeconómico, compartiendo una actividad común, estar horas y horas jugando a diferentes juegos de azar. Me llama la atención la cantidad infinita de anuncios que puedo ver en un día de las casas de apuestas y la aglomeración de gente que hay en estos locales en mi municipio, Tres Cantos, en el cual actualmente hay tres casas de apuestas diferentes (Juegging Apuestas Deportivas, SPORTIUM y Salon de Juegos Win Win) tratándose de un municipio con una población de 47.722 habitantes (INE, 2019).

Fue a raíz de la asignatura “Trabajo Social y Adicciones” de quinto curso del grado de Trabajo Social cuando comencé a interesarme sobre este tema. Simultáneamente al curso de esta asignatura, varias personas de mi círculo de amistad tuvieron problemas con el abuso de esta tipología de juego, lo que me llevó también a querer estudiar este tema.

Hoy en día existe gran controversia sobre si el juego patológico se considera una conducta adictiva o un trastorno mental, por lo que el desarrollo del presente trabajo busca poder arrojar algo de luz sobre esta disyuntiva.

II. OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar el juego patológico y fomentar la sensibilización social libre de prejuicios.

Objetivos específicos:

- Contextualizar y conceptualizar el trastorno de la ludopatía.
- Definir el perfil del ludópata, así como los factores de riesgo del juego patológico.
- Determinar las consecuencias principales del juego patológico.
- Analizar los programas actuales de intervención y prevención desarrollados con este colectivo.

III. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Predomina el juego patológico en los hombres sobre las mujeres?
- ¿Se asocia la ludopatía con la pérdida de control de impulsos?
- ¿Está relacionada la ludopatía con la falta de oportunidades laborales y/o con el fracaso escolar?
- ¿Contribuyen las campañas publicitarias al aumento de las conductas ludópatas?
- ¿Influye el estatus socioeconómico del individuo en una mayor o menor actividad del juego patológico?
- ¿Existe una correlación directa entre el juego patológico y el consumo de alcohol y drogas?

IV. METODOLOGÍA

El presente trabajo se ha desarrollado siguiendo una metodología de corte cualitativo, partiendo de una profunda revisión bibliográfica por autores y expertos en la materia como antropólogos, psicólogos, juristas, trabajadores sociales, sociólogos y terapeutas entre otros, se pretende conocer profundamente el fenómeno del juego patológico y diversas cuestiones relacionadas con este.

Por tanto, se ha realizado una investigación documental siguiendo un método de búsqueda exploratorio de diferentes fuentes, entre ellas, artículos científicos, libros, revistas y otros trabajos académicos, a partir de las cuales se ha analizado la información y se han extraído ideas útiles para la realización del presente trabajo.

Esta investigación ha sido realizada entre los meses de diciembre del 2019 y abril del 2020, utilizando material físico, como libros y revistas encontrados en la Universidad Pontificia Comillas Madrid, material encontrado en internet a través de Google Scholar y de varias bases de datos, principalmente Dialnet y EBSCO.

Tanto en las bases de datos como en Google Scholar el criterio de búsqueda para la obtención de material ha sido, en algunas ocasiones, el título o el autor del documento y, en otras, se ha buscado información a partir de los siguientes términos: juego patológico, adicción, ludopatía, juegos de azar y Trabajo Social.

Posteriormente, se ha hecho un análisis de las memorias de los últimos años de FEJAR y otras asociaciones federadas, con el objetivo de revisar los programas desarrollados con las personas afectadas por el juego patológico y detectar las consecuencias de este trastorno, de esta manera se ha obtenido la mayor parte de la información relativa a la prevención y al tratamiento de la adicción al juego.

V. MARCO TEÓRICO

BLOQUE 1: INTRODUCCIÓN AL FENÓMENO DE LA LUDOPATÍA

En este primer capítulo de contenido se pretende conocer y comprender el fenómeno de la ludopatía a partir de una revisión literaria de corte académico, para posteriormente poder analizar las posibles consecuencias de esta adicción y poder plantear diversas alternativas de intervención.

1.1 Conceptualización y contextualización del juego patológico

La ludopatía o juego patológico se considera un trastorno en el control de impulsos, es decir, un trastorno mental, pero para poder comprender este concepto es preciso partir de una serie de definiciones, tales como, salud, salud mental, trastorno mental o adicción, entre otras.

La OMS define la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948: 100).

En 2001, la OMS definió la salud mental como: “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2001:1).

El psiquiatra Miguel Gutiérrez Fraile define en una entrevista realizada por la Asociación Alavesa de Jugadores en Rehabilitación (ASAJER), el trastorno mental como: “Una disfunción psíquica, una pérdida del equilibrio psíquico. Trastorno no es un término preciso, pero lo utilizamos para identificar un comportamiento o un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar psíquico o interfieren con la actividad del individuo” (Gutiérrez, 2013: 5).

El término adicción, en la mayoría de sus acepciones, está vinculado al consumo de sustancias tóxicas. Sin embargo, cada vez es más frecuente aplicarlo a otros contextos, tales como, el juego, las compras, el sexo, el trabajo etc. De ahí surge un gran debate entre los académicos sobre si considerar la ludopatía una adicción o no. En mi opinión y, tras leer una publicación de Chóliz (2007) en la cual expone las principales diferencias y semejanzas entre las adicciones no tóxicas y las drogodependencias (adicciones con

sustancia tóxica), el juego patológico si se puede considerar una adicción, dado que comparten la mayoría de rasgos, incluyendo la dependencia, la tolerancia y la abstinencia, rasgos esenciales de una adicción, siendo las únicas diferencias significativas entre ellas que no existe una sustancia química responsable de la adicción, por ello se considera una adicción no tóxica, y que la ludopatía tiene una menor frecuencia de policonsumo, siendo también habitual relacionar el juego con el consumo de alcohol, tabaco y drogas. El ludópata, al igual que el drogodependiente, siente el impulso de jugar para conseguir un estado de bienestar y aliviar la tensión acumulada aun siendo consciente de las consecuencias negativas que acarrea la ejecución reiterada de dicha conducta. “La adicción está integrada básicamente por un impulso que no se puede autocontrolar, una tendencia a la reiteración y una implicación nociva para el sujeto. Toda actividad que cumpla estas tres condiciones es una adicción” (Alonso-Fernández, 1996: 12).

Profundizando en el concepto en cuestión, se han seleccionado una serie de definiciones, a partir de las cuales voy a aportar una definición propia basada en las características comunes a todas ellas:

La Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR) considera que la ludopatía consiste en una alteración progresiva del comportamiento que lleva al individuo a sentir una necesidad de jugar incontrolable y a desestimar cualquier consecuencia negativa. Se trata de una adicción donde no se consume ninguna sustancia, aunque en muchas ocasiones va acompañada de otras sustancias como tabaco, alcohol u otras drogas (FEJAR, 2018).

Según la CIE-10 el juego patológico es un trastorno que: “consiste en episodios frecuentes e iterativos de juego, que dominan la vida de la persona en detrimento de sus obligaciones y de sus valores sociales, ocupaciones, económicos y familiares” (OMS, 1992: 350).

Según Garrido (2006), la ludopatía consiste en: “la incapacidad progresiva de una persona para resistir el impulso de jugar, sintiendo una incontrolable necesidad de ello, lo que ocasiona grandes perjuicios personales, familiares y profesionales” (p.228).

Basándome en estas definiciones y en algunas otras, aporto la siguiente definición de juego patológico: La ludopatía o el juego patológico consiste en un trastorno progresivo en el control de impulsos, concretamente en la incapacidad de controlar la necesidad de

participar en juegos de azar e impidiendo a su vez la valoración real de las consecuencias negativas que puede acarrear dicha conducta.

Hoy en día, la ludopatía ha sido clasificada de múltiples formas, entre ellas, se ha considerado como una enfermedad de la negación (caracterizada por la incapacidad de reconocer la existencia de un problema), enfermedad invisible (caracterizada por la tendencia a pasar desapercibidas durante un largo periodo de tiempo), como una adicción no tóxica, sin sustancia, psicológica o comportamental (Alonso-Fernández, 1996; Chóliz, 2007).

El juego patológico, a pesar de ser una enfermedad muy antigua, habiendo sido probado desde cientos de años atrás con ejemplos de varios personajes históricos, tales como, algunos emperadores y reyes que apostaban su patrimonio (Enrique VII de Inglaterra o Luis XIV de Francia), Descartes o Luis de Góngora, no ha alcanzado un gran interés hasta principios del siglo XX. La primera referencia que consta sobre este tema es una publicación de Kraepelin en la cual describe la “manía del juego” recogida en 1924 por Bleuler en su manual de psiquiatría. No obstante, esta enfermedad no es reconocida oficialmente hasta 1980, cuando la American Psychiatric Association (APA) la incluye por primera vez en su *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-III) bajo la denominación de juego patológico, delimitando los criterios diagnósticos de dicho trastorno (Ibáñez y Sáiz, 2001).

Fue a raíz de este reconocimiento oficial cuando se empezó a investigar y a publicar bibliografía sobre este tema, creando diversos organismos y congresos para el estudio de este trastorno, como por ejemplo el *National Council on Problem Gambling*, el congreso mundial en Reno en 1988 o el congreso en Londres en 1990. El crecimiento de la bibliografía científica hizo que el interés por este trastorno aumentase exponencialmente, lo que llevó a revisar los criterios expuestos en el DSM-III. En el DSM-III se utilizaban los mismos criterios diagnósticos para el juego patológico que los criterios para el abuso de sustancias tóxicas. En 1987 se publicó el DSM-III-R, donde la categoría de adicciones se limitaba a la ingesta de alcohol y drogas. Posteriormente, en 1994 actualizaron este último DSM dando paso al DSM-IV, en el cual incluyeron el juego patológico en el epígrafe de los *trastornos en el control de impulsos* y mejoraron los criterios de diagnóstico del ludópata. Posteriormente, no se dieron cambios significativos en las siguientes modificaciones del DSM hasta la última actualización existente, el DSM-V de

2013, a partir del cual el juego patológico deja de estar incluido en el apartado de los *trastornos en el control de impulsos* y pasa a formar parte del epígrafe de los *trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos* (Ibáñez y Sáiz, 2001; APA, 2013; Alonso-Fernández, 1996).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) no incluye el juego patológico en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) hasta 1992 en la actualización del CIE-10, correspondiendo al bloque *Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos* (OMS, 1992).

Y nos preguntaremos ¿en qué momento pasa de ser una actividad de ocio saludable a ser una conducta perjudicial? Pues en el momento en el que perdemos el control de la situación, es decir, cuando el objetivo de jugar ya no es ocioso sino necesario, cuando se juega por jugar y ni siquiera por ganar o cuando el juego se apodera de nuestra vida convirtiéndose progresivamente en el único motor de nuestras acciones, causando grandes perjuicios en múltiples ámbitos (familiar, laboral, social, económico etc.). Otra pregunta interesante para cuestionarse sería: ¿qué características tiene la sociedad actual que genera adicción al juego? El tipo de sociedad que favorece la adicción al juego es una sociedad capitalista y de consumo, donde el dinero adquiere gran valor por parte de los individuos y además se mueve a velocidad vertiginosa. Junto con esto, la tendencia generalizada a la gratificación inmediata genera un entorno favorable a la adicción al juego.

A pesar de ser una actividad cuyo origen se remonta a miles de años atrás y ha estado presente en casi todas las culturas, hoy en día la adicción no se da por igual en todas las sociedades y culturas, sino que la cultura y sociedad occidental ejercen gran presión de control sobre los individuos, generando en estos una actitud positiva frente al juego, por ejemplo, mediante la visión que muestran los medios de comunicación (Alonso-Fernández, 1996).

Además, cabe destacar los tres grandes hitos que hicieron de nuestra sociedad el caldo de cultivo idóneo para desarrollar actualmente graves problemas de juego. En primer lugar, la represión legal que tuvo el juego durante mucho tiempo, siendo percibido por la sociedad como un vicio y una actividad desadaptativa. En segundo lugar, la aparición de las loterías marcó un punto de inflexión, que favoreció la despenalización del juego por la aprobación de la normativa a partir de 1977, con un objetivo claramente recaudatorio

y para favorecer el turismo. Por último, marcó un antes y un después la transferencia de las competencias respecto al juego desde el ámbito estatal al autonómico, lo que generó una mayor dispersión normativa y problemas de coordinación (Chóliz, 2007).

Como hemos comentado anteriormente, cuando el juego llega a ser un problema puede incluso aparecer la tolerancia y la abstinencia. De forma que, la persona siente la necesidad de aumentar la conducta para obtener los efectos deseados y, a su misma vez, surge un gran malestar físico y psicológico si no se realiza la conducta, propio del síndrome de abstinencia.

Concretando un poco más, la ludopatía es una adicción no tóxica a los juegos de azar. Esta tipología de juego resulta muy atractiva puesto que se trata de conseguir un bien material sin realizar apenas esfuerzo, generando cierta tensión y excitación. Dentro de esta tipología, la más extendida son las máquinas tragaperras debido a su fácil acceso (Garrido, 2006).

Por otra parte, siguiendo a Alonso-Fernández (1996) y a Chóliz (2007) el jugador compulsivo, por regla general, sigue el siguiente proceso cíclico:

La primera fase consiste en la conversión de una conducta deseable, que a priori no tiene porqué ser perjudicial, en una conducta demasiado frecuente, que termina transformándose en un impulso incontrolable e irresistible.

Debido a la sensación placentera que el sujeto experimenta cuando ejecuta la acción se pasa a una segunda fase. En esta fase, el periodo de ejecución de la conducta es cada vez menor, por lo que el sujeto comienza a dejar otras actividades de lado y va perdiendo el control sobre dicha conducta. La sensación placentera que el sujeto experimentaba al realizar la acción se va transformando en una sensación de autorrelajación, es decir, el sujeto ya no realiza la conducta por placer, sino para relajarse, ya que sino ejecuta la acción tiende a desencadenarse una sintomatología similar a la del síndrome de abstinencia. Es durante esta etapa cuando el individuo empieza a desarrollar la negación del problema.

Durante la tercera fase comienzan a aparecer diversas consecuencias negativas, producto de la frecuente conducta, tales como, irritabilidad, falta de interés por otras actividades, deterioro físico y mental, distanciamiento social, pérdidas económicas y, en algunos casos, deudas y/o consumo de drogas entre otras. Pero el sujeto está tan enfocado en el

juego que le impide asociar todas estas consecuencias a la conducta compulsiva. Por tanto, el individuo sigue jugando bajo la creencia de que mediante el juego podrá recuperar las pérdidas económicas y esto le permitirá solucionar el resto de los problemas.

Finalmente, la adicción se retroalimenta a sí misma, por lo que la conducta se va consolidando.

Además, este proceso suele caracterizarse por la resistencia al cambio, la negación del problema y el frecuente fracaso tras intentar renunciar al impulso. Por ello, suele ser necesario solicitar ayuda profesional.

En última instancia, se exponen los principales tipos de juegos existentes en nuestra sociedad, para posteriormente centrarnos en los juegos de azar (Domínguez et al, 2007):

- Juegos de competición: Son juegos organizados en los que las personas compiten partiendo de una igualdad de oportunidades con el objetivo de vencer al contrincante, ya sea este individual o colectivo. Por ejemplo: Una competición deportiva.
- Juegos de destreza: Son aquellos en los que el resultado depende de las habilidades y/o experiencia del jugador/es, por lo tanto, requieren un aprendizaje. Por ejemplo: el ajedrez.
- Juegos de azar: aquellos en los que se va a centrar el siguiente epígrafe, donde queda definido este término. Por ejemplo: la lotería.

1.2 Tipología de los juegos de azar

Los juegos de azar son aquellos en los que la posibilidad de ganar o perder no depende exclusivamente de la experiencia o habilidad del jugador, sino que también interviene el azar. Habiendo juegos en los que a pesar de la importancia del azar si influye la experiencia y/o habilidad del jugador (también llamados juegos activos), como es el caso de los naipes, y habiendo otros juegos en los que exclusivamente interviene el azar (llamados juegos pasivos), como es el caso de los juegos de azar puros, por ejemplo, la lotería o el bingo (Chóliz, 2007).

Chóliz (2007) plantea una serie de características de los juegos de azar que favorecen el abuso de los mismos:

- Obviamente son azarosos, es decir, el resultado no depende de la experiencia y/o habilidad del jugador. Lo que hace que sean incontrolables, generando en el jugador cierta excitación.
- La mayoría se basan en la ley de los grandes números, por lo que al jugador le resulta imposible analizarlas totalmente.
- Suele apostarse dinero o bienes materiales valiosos, lo que actúa como reforzador positivo para el jugador, motivándole fuertemente.
- Tras ellos hay grandes estrategias publicitarias y de marketing que los hace parecer atractivos y que ocultan la finalidad real que estos juegos suelen tener, la finalidad recaudatoria.
- El jugador tiende a convertirse en un agente pasivo respecto al juego.
- La espera que existe entre la apuesta y la obtención potencial del premio genera en el jugador cierta tensión que resulta excitante.
- La mayoría tienen fácil acceso, existiendo muchos locales destinados a los juegos de azar (salones de juego, casas de apuestas, casinos, bingos, bares con máquinas de tipo B etc.) y recientemente pudiendo jugar a la gran mayoría de estos juegos de forma online. Cabe destacar que, por ejemplo, en los casinos exigen una indumentaria formal y en la mayoría de estos locales supuestamente es preciso identificarse a la entrada para verificar la mayoría de edad, pero en la realidad esto no es del todo cierto.
- En la mayoría de los juegos de azar la apuesta mínima es de coste bajo.

- La inmediatez en la recompensa es probablemente la característica más motivacional y la que más adicción genere. Pero esta no se da en todos los juegos de azar, como es el caso de la lotería, la bonoloto o la quiniela.
- El hecho de que cuanto más cantidad de dinero inviertas más probabilidad tengas de obtener el premio hace que el jugador no tenga deseo de parar de jugar e invertir dinero.
- La gran variabilidad del premio. Esta puede ir desde cantidades pequeñas hasta grandes cantidades de dinero, lo que hace que el jugador quiera apostar más dinero para poder optar a los grandes premios.

Es importante destacar las diferencias de género en cuanto a la adicción. En general, las mujeres desarrollan conductas compulsivas con respecto al juego a edades más tardías que los hombres, de igual manera, la edad de inicio también es más tardía en el sexo femenino. Además, estas suelen centrar su adicción en juegos como el bingo y la lotería, mientras los hombres experimentan mayor diversidad en cuanto a las preferencias de juego, siendo los más frecuentes las máquinas de tipo B, loterías, quinielas, salas de juego y las apuestas de diversa índole (DGOJ, 2017). También podemos encontrar diferencias en las principales motivaciones que los llevan a jugar a unos y a otros, siendo en el caso de las mujeres la socialización y el entretenimiento, y en el caso de los hombres el ganar dinero y la satisfacción de ganar (Gómez et al, 2015). Por último, las mujeres desarrollan problemas con el juego en menor medida que los hombres, siendo respectivamente los porcentajes de afectados 7,6% y 92,4% (DGOJ, 2017).

A continuación, se van a clasificar los principales tipos de juegos de azar legalizados en nuestro país (DGOJ, 2018; LRJ 13/2011, de 27 de mayo):

- ❖ En función de su gestión podemos clasificarlos de la siguiente manera:
 - Juegos de gestión privada (bingos, casinos, máquinas tragaperras¹, apuestas, juego online etc.)

¹ Las máquinas tragaperras pueden ser: Máquinas de tipo B o recreativas con premio programado y máquinas especiales para salas de juego, bingos y casinos, y máquinas de tipo C o de azar. Las máquinas de tipo B son “aquellas que, a cambio del precio de la partida, conceden al usuario un tiempo de uso o de juego y, eventualmente de acuerdo con el programa de juego, un premio en metálico. Además, se considerarán también como máquinas de tipo B, las máquinas que por incluir algún elemento de juego, apuesta, envite o azar incluya en este tipo el Ministerio del Interior, siempre que no estén afectadas por alguna de las exclusiones contempladas en el artículo 2” (RDL 2110/1998, de 2 de octubre).

- Juegos de gestión pública:
 - Juegos gestionados por la ONCE (Cupón, Cuponazo, Superonce, Eurojackpot, Rascas, 7/39, El sueldazo, Sorteos extraordinarios)
 - Juegos gestionados por el Estado (Lotería Nacional, Lotería Primitiva, Euromillones, El gordo de la primitiva, El Quinigol, Lototurf, Quíntuple Plus, Quiniela futbolística y Bonoloto). Son gestionados por la Sociedad Estatal de Loterías y Apuestas del Estado (SALAE).
- ❖ En función de la modalidad del juego:
 - Juegos comercializados por SALAE:
 - Apuestas
 - Hípicas
 - Deportivas (Quíntuple Plus, Quiniela y El QuiniGol)
 - Loterías
 - Juego activo (Bonoloto, El Gordo de la Primitiva, Euromillones, Lotería Primitiva, Lototurf)
 - Lotería Nacional (Jueves, Sábado, Sorteo de Navidad y Sorteo del Niño)
 - Sorteos de loterías celebrados por Cruz Roja.
 - Juegos de la ONCE (Cupón, Cuponazo, Superonce, Eurojackpot, Rascas, 7/39, El sueldazo, Sorteos extraordinarios)
 - Juegos de casino
 - Presencial
 - Juegos en mesa (Póquer, Blackjack, Ruleta francesa y americana, Treinta y cuarenta, Bola, Punto y banca, Bacarrá, Dados o craps, Ruleta de la fortuna)
 - Máquinas tipo C
 - Online (slots, punto y banca, juegos complementarios, blackjack, ruleta en vivo, ruleta convencional, póquer cash y póquer torneo)
 - Bingo:
 - Bingo tradicional

Las máquinas de tipo C o de azar son “aquellas que, de acuerdo con las características y límites establecidos en este Reglamento, a cambio de una determinada apuesta, conceden al usuario un tiempo de uso o de juego y, eventualmente, un premio que dependerá siempre del azar” (RDL 2110/1998, de 2 de octubre).

- Bingo de cartón físico (también llamado BES, maxibingo, dinámico, plus, mixto, eplus, derivado etc.)
- Bingo electrónico.
- Máquinas de tipo B: Estas pueden encontrarse en bingos, hostelería (mayor proporción de estas), salones de juego y salas de apuestas.
- Máquinas auxiliares de apuestas.
- Rifas y concursos en los que la participación se realiza mediante una contraprestación económica.

Además de estos tipos de juegos legales, también se dan adicciones a otros tipos de juegos de azar ilegales y privados, como pueden ser, apuestas de carreras de coches o de peleas ilegales o apuestas en el ámbito privado, por ejemplo, apuestas jugando al golf, al mus o al dominó.

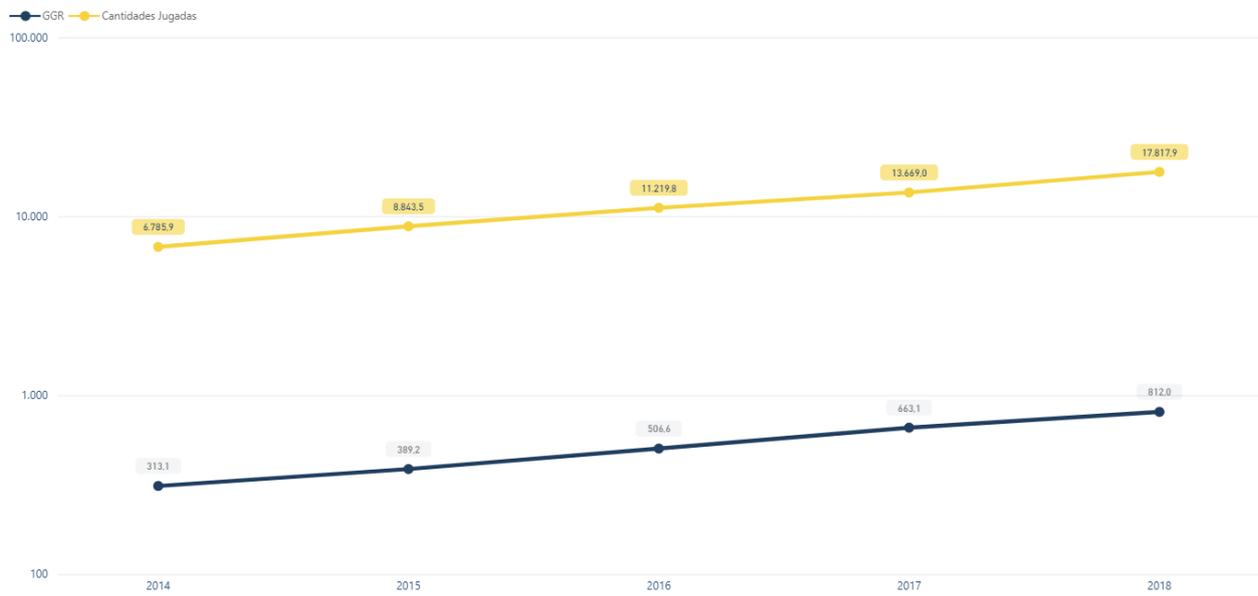
Entre todos los tipos de juegos de azar mencionados previamente cabe destacar la notoria importancia del juego online. Esta importancia adquirida en los últimos años viene dada por la aprobación de la Ley 13/2011 de 28 de mayo, de regulación del juego, a partir de la cual se regulan las apuestas online².

Esta situación acrecentada en los últimos años es especialmente preocupante debido a las características de este juego online. Este ofrece una accesibilidad mucho mayor al convencional dando 24 horas al día de servicio sin desplazarse siquiera de casa. Ofrece una oferta y disponibilidad de juego inmensa, una privacidad y anonimato que por razones obvias el juego en lugares públicos no permite. Junto con esto, la facilidad de acceso justificada con el hecho de que solo es necesario un número de tarjeta bancaria para comenzar a jugar y el uso de medios electrónicos de pago provoca que se juegue a una velocidad mucho mayor y que se ejerza un control mucho más laxo sobre el gasto producido por parte del jugador y del cumplimiento de la normativa vigente por parte de la administración.

² El término “apuestas online” se refiere a todas las formas de juegos de azar que implican la apuesta de dinero en algún tipo de suceso fortuito y que se hace a través de Internet, ya sea desde el ordenador, el teléfono móvil o cualquier otro dispositivo con acceso a la Red (Castilla et al, 2013: 4)

Todo esto ha provocado un aumento tanto en el número de jugadores como en la cantidad de tiempo y dinero invertidos por los mismos (Gráfico 1), lo que a su vez puede generar un incremento en el número de personas con problemas de juego. Además, esta nueva coyuntura ha traído consigo una modificación en el perfil del jugador patológico convencional. Años atrás predominaba el perfil de una persona de entre 30-40 años con estudios elementales o primarios, mientras ahora se trata de jóvenes de entre 15-35 años mayormente estudiantes o con títulos universitarios (Castilla et al, 2013).

Gráfico 1: Estimaciones sobre el mercado de juego online en España.³
Millones de euros.



Fuente: DGOJ (2018: 23)

³ Cuentas jugadas: “importe pagado por el usuario a cambio de la contraprestación” (DGOJ, 2018: 4). GGR: “*Gross Gaming Revenue* o Margen de juego. Variable comúnmente utilizada como referencia económica fundamental en el mercado de juego, al considerarse como aquella que más fielmente refleja la actividad económica, y con ello, el gasto real agregado de los consumidores. Diferencia entre cantidades jugadas y premios otorgados. En el caso del juego online, se deducen también los bonos” (DGOJ, 2018: 4).

1.3 Tipos de jugadores

Existen múltiples clasificaciones de los tipos de jugadores que hay realizadas por diversos autores, por lo que voy a tratar de condensar las que más han llamado mi atención en una tabla resumen. A continuación, expondré más detalladamente la clasificación elaborada por Ochoa y Labrador (1994), ya que es la más compartida entre los académicos y me ha resultado la más completa. También he escogido esta clasificación debido a que está basada en el tipo de conducta, la importancia que da el jugador al juego y en los efectos que esta conducta puede tener.

La siguiente tabla es una elaboración propia a partir de las ideas aportadas por Garrido, Jaén, y Domínguez (2004); ASAJER (2001) y Alonso-Fernández (1996) principalmente, y consiste en un resumen de los principales autores y tipologías, así como de los criterios utilizados en cada una.

Tabla 1: Resumen tipos de jugadores

Autores	Criterios	Tipos de jugadores
Alonso-Fernández (1996)	Rasgos individuales y psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> - Jugador social - Jugador problema - Jugador patológico simple - Jugador patológico adicto
Bergler (1957)	Características de personalidad	<ul style="list-style-type: none"> - El clásico - El hombre pasivo-femenino - El pseudosuperior defensivo - El jugador motivado por una culpa inconsciente - El jugador imposible - Mujer jugadora
Morán (1970)	Motivos para caer en un juego problemático o patológico	<ul style="list-style-type: none"> - Jugador patológico/psicótico - Jugador psicopático - Jugador neurótico - Jugador impulsivo - Jugador subcultural

Moody (1990)	Tiempo de juego, motivaciones, control y consecuencias	<ul style="list-style-type: none"> - Jugador serio - Jugador dependiente - Jugador compulsivo
González (1989)	Motivaciones y consecuencias	<ul style="list-style-type: none"> - Jugador social - Jugador profesional - Jugador patológico
Custer y Milt (1985)	Tipo de motivación	<ul style="list-style-type: none"> - Jugador social serio - Jugador de alivio y escape
McCormick y Taber (1987)	Factores de personalidad	<ul style="list-style-type: none"> - Prototipo de jugador patológico 1 (rasgos obsesivo-compulsivos, depresión endógena grave, traumas vitales relevantes e identificables, abuso de alcohol y drogas y buena socialización. - Prototipo de jugador patológico 2 (Compulsividad relativamente elevada, depresión y ansiedad moderadas, escasos traumas vitales, abuso de alcohol y drogas moderado y/o esporádico y baja socialización) - Prototipo de jugador patológico 3 (Alta compulsividad, bajo afecto negativo, gran hostilidad, moderados traumas vitales, no abuso de alcohol y drogas y muy baja socialización.
Blaszczynski y Nower (2002)	Variables biológicas, variables de la personalidad, del desarrollo, cognitivas, de aprendizaje y ambientales	<p>Tres tipos de jugadores patológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jugador puro/normal - Jugador con alta vulnerabilidad emocional - Jugador con predisposición biológica a la impulsividad
Becoña (1993)	Frecuencia de juego, cantidad de dinero y control personal sobre la conducta	<ul style="list-style-type: none"> - Jugador ocasional - Jugador social - Jugador social excesivo - Jugador profesional - Jugador problema - Jugador patológico

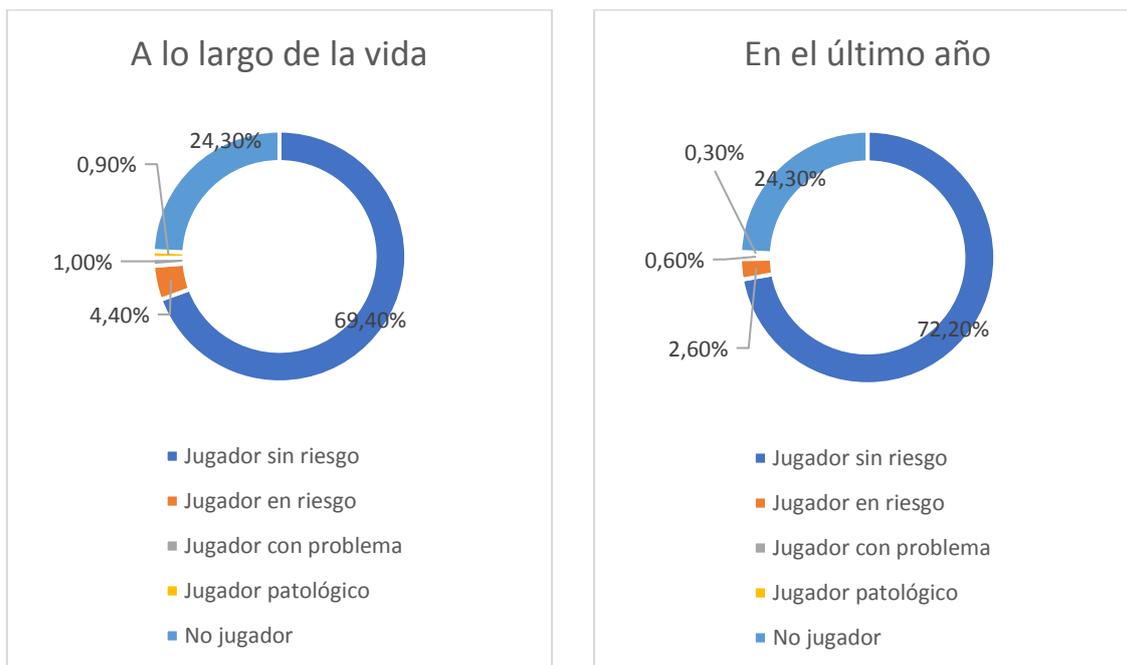
Prieto (2003)	Tipo de motivación o reforzador que lleva a un jugador a jugar de una manera excesiva	<ul style="list-style-type: none"> - Jugador buscador de activación - Jugador buscador de dinero - Jugador de escape/alivio
---------------	---	--

La clasificación más utilizada es la elaborada por Ochoa y Labrador (1994), la cual distingue cuatro tipos de jugadores:

- Jugador social (también denominado jugador habitual o controlado): Es aquel que participa ocasional o regularmente en juegos legales o populares aceptados socialmente. La característica esencial es el control de la conducta, lo que significa que el jugador puede interrumpir o dejar de realizar totalmente esta conducta cuando lo desee. La motivación de este jugador es placentera, ociosa o por interacción social. Por tanto, en este tipo de jugador no existe la dependencia al juego ni este interfiere en su vida diaria.
- Jugador profesional: El juego para este tipo de jugador es una forma de vida, un empleo, por lo que su único objetivo con esta conducta es ganar dinero. No apuestan al puro azar, sino que previamente hacen un análisis racional de la jugada. Esto evita jugar impulsivamente o dejarse llevar por la parte emocional, lo que facilita tener el control total sobre la conducta. Por eso, suelen participar en juegos en los que la habilidad y/o la experiencia del jugador son relevantes.
- Jugador problema: Es aquel que participa en juegos de azar frecuente o diariamente. Tiene menos control sobre la conducta que los jugadores sociales y profesionales, aunque suelen mantener la normalidad en el ámbito laboral y familiar. Este tipo de jugadores se consideran de alto riesgo de convertirse en jugadores patológicos, ya que es fácil que aumenten el tiempo y el dinero destinado al juego.
- Jugador patológico: Es aquel que tiene una dependencia emocional del juego, lo que le lleva a perder el control sobre este, alterando el funcionamiento normal de su vida diaria y causando consecuencias negativas sobre los diferentes ámbitos de su vida. Invierte una cantidad de tiempo y dinero muy elevada en el juego y existe una necesidad subjetiva de jugar para recuperar el dinero perdido y evitar que aparezca los síntomas característicos del síndrome de abstinencia, con fuertes pensamientos recurrentes y un deseo compulsivo de jugar. Por tanto, podríamos decir que este tipo de jugador tiende a abusar del juego.

Por último, hay que destacar el estudio de prevalencia sobre los usuarios de juegos de azar elaborado en 2015 por la DGOJ, el cual aporta el porcentaje de jugadores según su nivel de patología respecto a los juegos de azar representado en los siguientes gráficos:

Gráfico 2: Porcentaje de jugadores según si nivel de patología relacionada con los juegos de azar



Fuente: DGOJ (2015: 29)

En estos gráficos se puede ver como el porcentaje de jugadores patológicos es muy bajo, pero si sumamos a este el porcentaje de jugadores en riesgo y con problemas, ambos susceptibles de convertirse en jugadores patológicos con el paso del tiempo, aumenta considerablemente dicho porcentaje. Los gráficos también muestran cómo los porcentajes de los jugadores en riesgo, con problema y patológicos han disminuido en el último año, esto puede deberse a que ha desaparecido el efecto novedad que tenía el juego online tras su legalización.

De estos gráficos podemos deducir que, como hemos mencionado previamente, a pesar de que en los últimos años ha aumentado la cantidad de dinero invertida por los jugadores (Gráfico 1) no ha supuesto un aumento en el número de jugadores en riesgo, con

problemas y patológicos, dado que no necesariamente los individuos que juegan pierden el control sobre la conducta.

Además, podemos observar claramente como el porcentaje de jugadores sin riesgo es significativamente mayor que el porcentaje de no jugadores, lo que puede resultar preocupante si este primer tipo de jugadores aumenta considerablemente el tiempo y el dinero destinado al juego.

1.4 Factores que predisponen el desarrollo del juego patológico

A continuación, se van a exponer una serie de factores de diversa índole que pueden influir en la predisposición a desarrollar este trastorno. Estos factores de riesgo coinciden en gran parte con los existentes en otras adicciones.

Los factores de riesgo favorecen que se inicie, se mantenga o se intensifique la frecuencia de la conducta, pero es importante recordar que no se puede establecer una relación causa-efecto entre estos y el desarrollo de un problema de juego. Por consiguiente, cuantos más factores influyan más probabilidad habrá de que el individuo desarrolle este tipo de conductas, dado que la presencia de un factor de forma aislada no supone el desarrollo de problemas con el juego.

Los principales factores de riesgo identificados son los siguientes, que se clasificarán en diferentes bloques (Chóliz, 2007; ASAJER, 2001; Goffard, 2008; Ibáñez y Sáiz, 2001; DGOJ, 2017):

- Factores individuales: Existencia de antecedentes familiares con problemas de juego, alcoholismo y/o drogodependencia (dado que se ha probado cierta predisposición genética de comorbilidad con otras adicciones y/u otros trastornos), haber tenido una infancia infeliz, experimentar traumas vitales, poseer mucho tiempo de ocio, tener dificultades en las relaciones interpersonales, no saber gestionar el dinero adecuadamente y tener una sobrecarga de estrés. Además de estos factores, cabe mencionar ciertos rasgos de personalidad, siendo los más relevantes la falta de autocontrol y la impulsividad, cuya base biológica se encuentra en la hiposerotoninergia. Siendo estos considerados los más importantes podríamos destacar muchos otros, como por ejemplo: la inestabilidad emocional/neuroticismo, la negación o no percepción tanto de problemas como de las dificultades y las consecuencias, la búsqueda de sensaciones y de riesgos, el psicoticismo, la tendencia a la disonancia cognitiva, el aplazamiento de la gratificación (debido a un déficit en dopamina), una personalidad competitiva e impulsiva, tener escasas o nulas estrategias de afrontamiento, padecer un Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), experimentar un estado depresivo o de ansiedad, una personalidad narcisista, tendencia a la disociación de la conducta, tener susceptibilidad al aburrimiento y algunos sesgos cognitivos relacionados con el juego (un ejemplo puede ser la insensibilidad al tamaño muestral o la correlación ilusoria).

- Factores demográficos y socioeconómicos: Respecto a la situación laboral algunos autores consideran como factores de riesgo la situación de desempleo (aunque este factor podría considerarse recíproco, ya que esta situación es una consecuencia característica del juego patológico), tener una situación laboral precaria, trabajar por cuenta propia o desarrollar trabajos fijos no cualificados, con poca supervisión o relacionados con el manejo de dinero (por ejemplo, los corredores de bolsa). También se considera un factor de riesgo tener un bajo nivel educativo y un bajo o alto estatus socioeconómico (siendo la clase media la que menos riesgo tiene). Algunos autores también consideran una variable de riesgo el pertenecer a una minoría étnica.

- Factores familiares: Ausencia de uno de los progenitores o de ambos, una disciplina familiar inadecuada, lo que se explica con estilos parentales excesivamente permisivos o demasiado autoritarios, desestructuración familiar, valores familiares apoyados sobre símbolos materiales y financieros, despilfarro familiar, ausencia o insuficiencia de comunicación, un modelo familiar con actitud positiva hacia el juego y carencia o escasez de afecto familiar.

- Factores socioculturales: la influencia desfavorable del ambiente cercano, la existente aceptación social del juego, la sobrevaloración del materialismo en nuestra sociedad, la escasez de programas de prevención sobre la problemática del juego, la presión social que ejercen algunos amigos (un ejemplo claro es a la hora de comprar boletos de lotería) y el aislamiento social. Además, según diversas investigaciones predominan los núcleos urbanos sobre los rurales.

- Factores ambientales: La amplia oferta de juego que hay en nuestro país, así como su fácil acceso, el desarrollo del juego online, el exceso de instalaciones donde poder jugar, residir en un barrio con alta presencia de estas instalaciones, la legalización del juego en España y su permisividad (que trajo consigo un incremento exponencial del mismo) y el papel que desarrollan los medios de comunicación, ejerciendo una fuerte persuasión sobre la población acerca de estas conductas.

- Factores relacionados con la conducta del juego: la existencia de ganancias en la fase inicial del juego, hacer una evaluación sesgada de los resultados (lo que hace que el individuo tienda a sobrevalorar las ganancias y, por ello, a recordarlas, y a infravalorar las pérdidas, que tienden a olvidarlas o darlas una explicación), la participación en juegos de azar a edades tempranas, el poder adictivo que poseen los juegos de azar, la ilusión de control sobre los resultados, sentir la necesidad de recuperar dinero y utilizar el juego como una vía de escape.

1.5 Evolución de los criterios diagnósticos para el juego patológico

Los criterios diagnósticos para el juego patológico se estipularon por primera vez en el DSM-III (APA, 1980) y se han ido modificando hasta los criterios actuales, expuestos en el DSM-V (APA, 2013) y en el CIE-10 (OMS, 1992). Primero se abarcarán los criterios determinados en el DSM y, posteriormente, los expuestos en la CIE.

Respecto a los criterios diagnósticos propuestos en el DSM se plasmarán en una serie de tablas correspondientes a cada edición de dicho manual.

Tabla 2: Criterios diagnósticos del juego patológico según el DSM-III

A) El individuo se va haciendo crónica y progresivamente incapaz de resistir los impulsos de jugar.	
B) El juego pone en serio aprieto, altera o lesiona los objetivos familiares, personales o vocacionales, tal como viene indicado por, al menos, por tres fenómenos de entre los siguientes:	
1.	Arrestos por robo, fraude, estafa o evasión de impuestos, debidos a intentos para obtener dinero para jugar.
2.	Incapacidad para satisfacer las deudas y las responsabilidades financieras.
3.	Alteraciones familiares o conyugales debidas al juego.
4.	Obtención de dinero a través de fuentes ilegales.
5.	Incapacidad de explicar las pérdidas de dinero o de demostrar las ganancias que se atribuyen.
6.	Pérdida de trabajo debido al absentismo ocasionado por la actividad de jugar.
7.	Necesidad de la existencia de otra persona que procure el dinero necesario para aliviar una situación financiera desesperada.
C) El juego no es debido a un trastorno antisocial de la personalidad.	

Fuente: DSM-III; APA (1981).

Es necesario que se cumplan tres de los anteriores criterios para poder diagnosticar un trastorno de juego patológico.

Ibáñez y Sáiz (citado por Lesieur, 1988a) plantean que los criterios propuestos en el DSM-III fueron muy criticados, tanto por la excesiva importancia otorgada a las consecuencias extremas de un exceso en el juego, como por estar sesgado en función del nivel social y el estilo de vida del individuo. Además, se determinó inapropiado el considerar el trastorno antisocial de la personalidad como un criterio de exclusión, tal y como podemos ver reflejado en el ítem C de la tabla.

Debido a dicha insatisfacción de los criterios propuestos en el DSM-III se decidió revisar este manual, dándole en la nueva modificación un enfoque diferente a los criterios. Esta vez dichos criterios eran prácticamente similares a los criterios diagnósticos de la dependencia de sustancias psicoactivas y, además, hacen hincapié en la pérdida de control. En el caso del juego patológico se deben cumplir al menos cuatro de los síntomas plasmados en la tabla 3 y en el caso de la dependencia de sustancias deben darse como mínimo tres síntomas de los expuestos en la siguiente tabla.

Tabla 3: Criterios diagnósticos del DSM-III-R del juego patológico y del trastorno por dependencia de sustancias psicoactivas.

JUEGO PATOLÓGICO	DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
1. Preocupación frecuente por jugar o por obtener dinero para jugar.	1) Una gran parte del tiempo se emplea en actividades necesarias para obtener la sustancia (por ej., el robo), consumirla (por ejemplo, fumando en cadena) o recuperarse de sus efectos.
2. Con frecuencia se juega más cantidad de dinero o durante más tiempo del que se había planeado.	2) Con frecuencia el uso de la sustancia se hace en mayor cantidad o por un periodo más largo de lo que el sujeto pretendía
3. Existe la necesidad de aumentar la magnitud o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada.	3) Tolerancia notable: necesidad de incrementar considerablemente las cantidades de sustancia para conseguir el efecto deseado o la intoxicación, o una clara disminución de los efectos con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia.
4. Intranquilidad o irritabilidad cuando no se puede jugar.	4) Síntomas de abstinencia característicos.
5. Pérdidas de dinero en el juego y vuelta al día siguiente para intentar recuperarlo.	5) A menudo se consume la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
6. Esfuerzos repetidos para reducir o parar el juego.	6) Un deseo persistente o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso de la sustancia.
7. Con frecuencia, el juego tiene lugar cuando se espera del sujeto que esté cumpliendo sus obligaciones sociales o profesionales.	7) Intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto tiene que desempeñar sus obligaciones laborales, escolares o domésticas, o cuando el uso de la sustancia es físicamente arriesgado.
8. Sacrificio de alguna actividad social, profesional, o recreativa importante para poder jugar.	8) Reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas a causa del uso de la sustancia.
9. Se continúa jugando a pesar de la incapacidad para pagar las deudas crecientes o a pesar de otros problemas significativos, sociales, profesionales o legales que el sujeto sabe que se exacerban con el juego.	9) Uso continuado de la sustancia a pesar de ser consciente de tener un problema social, psicológico o físico, persistente o recurrente, que está provocado o estimulado por el uso de tal sustancia.

Fuente: DSM-III-R; APA (1988).

Rosenthal (1989) determinó que estos nuevos criterios debían ser valorados por especialistas del trastorno en cuestión, quienes concluyeron que estos criterios tampoco eran del todo válidos debido a que algunos de ellos resultaban repetitivos. Esto los llevó

a realizar un estudio a partir del cual extrajeron una serie de características o dimensiones sobre las que podrían basarse para diagnosticar el juego patológico (ASAJER, 2001).

Las dimensiones mencionadas previamente son las siguientes: progresión y preocupación, fenómeno de tolerancia, síntomas de abstinencia, el juego como forma de escape, intento de recuperar las pérdidas, mentiras/decepción, actos ilegales, complicaciones familiares/laborales y apuros económicos (Rosenthal, 1989).

A partir de estas nueve características se elaboran los nuevos criterios diagnósticos propuestos en el DSM IV (APA, 1994), los cuales serán expuestos en la Tabla 4. En este caso, es necesario que la persona se vea afectada por cinco de los criterios propuestos.

Tabla 4: Criterios diagnósticos del juego patológico propuestos en el DSM-IV

A) Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:	
1.	Preocupación por el juego (por ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar).
2.	Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
3.	Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
4.	Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.
5.	El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (por ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad o depresión).
6.	Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de “cazar” las propias pérdidas).
7.	Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.
8.	Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza, para financiar el juego.
9.	Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
10.	Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.
B) El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.	

Fuente: DSM-IV; APA (1995).

Posteriormente se elaboró el DSM-IV-TR (APA, 2001) que no trajo consigo ninguna modificación con respecto a los criterios diagnósticos y en el cual aún se mantenía la consideración del juego patológico como un trastorno en el control de impulsos. Con el DSM-V (APA, 2013) esta consideración cambia y el juego patológico pasa a clasificarse dentro de la sección de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Además, se modifican ligeramente algunos criterios y se suprime el criterio número 8 del DSM-IV, tal y como se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla 5: Criterios diagnósticos del juego patológico según el DSM-V

A) El trastorno por juego problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta cuatro (o más) de los siguientes criterios durante un periodo de 12 meses:	
1.	Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.
2.	Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
3.	Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
4.	A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (p. ej. Reviviendo continuamente con la imaginación experiencias de apuestas pasadas, condicionando o planificando su próxima apuesta, o pensando en formas de conseguir dinero para apostar).
5.	A menudo apuesta cuando siente desasosiego (p. ej. desamparo, culpabilidad, ansiedad o depresión).
6.	Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar (“recuperar” las pérdidas).
7.	Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
8.	Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.
9.	Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego.
B) Su comportamiento ante el juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maniaco.	

Fuente: DSM-V (APA, 2014).

Esta serie de criterios diagnósticos son los que se utilizan actualmente junto con los propuestos en el CIE-10 por la OMS (1992), los cuales se expondrán a continuación. En este nuevo sistema de criterios se restringe el requisito de verse afectado por cinco de los ítems a cuatro y se añade la exigencia de que estén presentes durante mínimo 12 meses con el objetivo de evitar falsos negativos.

En la CIE-10 la ludopatía se clasifica dentro de los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos y, a su vez, este epígrafe supone un apartado del capítulo “Trastornos de la personalidad y del comportamiento en el adulto”. En la CIE-10 se proponen los siguientes criterios diagnósticos, teniendo que cumplirse todos ellos para diagnosticar un trastorno de juego patológico (OMS, 1993):

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

Al comparar los criterios diagnósticos propuestos en el DSM-V con los de la CIE-10 se puede observar que existen algunas diferencias entre ambos. En primer lugar, se podría decir que en el DSM se hace una exposición más concisa que en la CIE-10, que resulta más general. En segundo lugar, el DSM-V plantea 9 criterios, de los cuales deben cumplirse, al menos, 4 de ellos, mientras que la CIE-10 propone solamente 4 criterios, teniéndose que cumplir todos ellos. Por último, la CIE-10 no establece ningún criterio de exclusión, mientras que el DSM-V plantea la presencia de episodios maníacos como criterio de exclusión. Además, el DSM-V incluye el juego patológico en los trastornos relacionados con sustancias y otros trastornos adictivos, mientras que la CIE-10 lo incluye dentro de los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos (Ríos y Escudero, 2016).

BLOQUE 2: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL JUGADOR CON PROBLEMAS Y CONSECUENCIAS DERIVADAS DEL JUEGO PATOLÓGICO

En este capítulo de contenido en primer lugar se tratará de identificar un perfil del jugador problema a partir de una serie de características sociodemográficas extraídas de las memorias anuales de diversas asociaciones enfocadas al juego patológico. A continuación, se establecerá el perfil del jugador en función del tipo de juego estudiado. Posteriormente, se analizarán las posibles consecuencias derivadas de una adicción al juego con el objetivo de fomentar la sensibilización social y de facilitar el reconocimiento de estas por parte de los jugadores problema y/o patológicos.

2.1 Perfil sociodemográfico del jugador con problemas

Para empezar este epígrafe hay que aclarar que a pesar de que se han realizado numerosos estudios tratando de identificar un perfil específico del jugador patológico no existe ninguna evidencia empírica real, por lo que se elaborará un perfil a partir de las características de las personas que han sido atendidas por juego patológico en diversas asociaciones de FEJAR y de los datos aportados por la DGOJ.

A pesar de que la ludopatía puede afectar a cualquier persona, de cualquier sexo, etnia o clase social, de forma general los hombres tienden a ser más vulnerables que las mujeres, tal y como indican los siguientes porcentajes respectivamente: 92,4% y 7,6% (DGOJ, 2017), según la memoria de FEJAR 92% y 8% (2018) y según la memoria de Ludópatas Asociados en Rehabilitación del Principado de Asturias (LARPA) los porcentajes son 88% y 12% (2018). Sin embargo, las mujeres tienden a ocultarlo más, por lo tanto, puede haber mayor participación de estas en juegos de azar no contabilizada (DGOJ, 2017).

Respecto a la edad, el perfil tradicional estaba marcado por edades adultas y avanzadas, prevaleciendo un rango de edad de entre 40 y 50 años. Actualmente, el rango de edad predominante se ha ampliado mucho, al igual que ha descendido, prevaleciendo un rango de edad entre 20 y 30 años, seguido muy de cerca por el rango de 30 a 40 años (FEJAR, 2018). En los porcentajes mostrados por LARPA (2018) prevalece el rango de edad de 30-40 años, muy seguido del rango de 40-50 años, mientras que la DGOJ (2017) establece que el rango de edad que prevalece es el comprendido entre 36 y 50 años, seguido del

rango de edad joven, compuesto por las edades de entre 18 y 35 años. No obstante, es importante destacar que la variable de la edad es de las que más varía en función del tipo de juego. Por último, la memoria de la DGOJ (2019) expone que el rango de edad que predomina en la inscripción del Registro General de Interdicciones de Acceso al Juego (RGIAJ) es de 26 a 35 años.

En lo respectivo a la edad inicio, la DGOJ (2017) establece que la mayoría de la muestra comienza a jugar una vez superada la mayoría de edad (un 60,4%), mientras que un 35,9% lo hace antes de cumplir la edad legal. Además, en el *Programa para la prevención de la ludopatía*, elaborado por el Consejo del Juego del Gobierno del Principado de Asturias (2017) se expone que en ninguno de los casos supera los 25 años de media y que en el caso de las personas que desarrollan problemas con el juego estas comienzan a participar alrededor de los 19 años de media.

Por otro lado, en lo referente al estado civil existe mucha contradicción entre los autores. Por ejemplo, en la memoria de FEJAR (2018) prevalecen los solteros, seguidos de los casados, pero con una diferencia significativa. Por el contrario, según la DGOJ (2017) predominan los casados sobre los solteros, siendo ambos los que encabezan las estadísticas. En cambio, lo que sí que es un factor común dentro de lo que exponen todos los autores es que priman los solteros, los casados y las personas con pareja estable sobre los separados, divorciados y viudos.

En relación con el nivel socioeconómico, es un factor que también varía según el tipo de juego, pero de forma general, sobresale el bajo nivel socioeconómico (56,4%), seguido del nivel medio-bajo (21,1%), siendo el menos puntuado el nivel socioeconómico alto (1,6%). Esto explica que la motivación principal para jugar sea la búsqueda de un beneficio económico. Además, prevalece el perfil de una persona con una situación laboral estable, aunque a medida que aumenta el nivel de patología aumenta la situación de desempleo (DGOJ, 2017). Respecto al nivel académico, predomina significativamente el nivel primario, seguido del nivel secundario y F.P. Ambos muy por encima del resto de niveles (graduado, diplomado, licenciado y doctorado) (FEJAR, 2018).

2.2 Perfil del jugador en función del tipo de juego

Este apartado se ha elaborado a partir de los datos proporcionados por: la DGOJ en su informe *Estudio y análisis de los factores de riesgo del trastorno de juego en población clínica española* (2017), el *Anuario del juego en España 2018* elaborado por Gómez y Lalanda (2018) y por el informe *Percepción social sobre el juego de azar en España 2018* elaborado por Cases et al (2018).

- LOTERIA NACIONAL:

En este grupo se incluyen la lotería de navidad, el sorteo de El Niño y los sorteos semanales (jueves y sábados). Siendo el más comprado la lotería de navidad y el menos los sorteos semanales (Gómez y Lalanda, 2018).

Respecto al sexo no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en ninguno de los tres sorteos, siendo algo más relevante en el caso de los sorteos semanales, en los que prevalece el consumo de los hombres sobre el de las mujeres. Por ejemplo, en el caso de la lotería de navidad los porcentajes de los compradores según el sexo son: 51, 1% en el caso de las mujeres y 49,9% en el caso de los hombres (Cases et al, 2018).

En cuanto a la edad, el rango de edad que predomina es el comprendido entre 65-75 años y el que menos el de los jóvenes, de 18 a 24 años de edad (Gómez y Lalanda, 2018).

Por último, el estatus social varía más en función del tipo de sorteo, según el *Anuario del juego en España* (2018) en el sorteo de navidad predomina el estatus medio-alto, en el sorteo del El Niño el estatus medio y en los sorteos semanales el medio-bajo. Sin embargo, según el informe de *Percepción social sobre el juego de azar en España 2018* prevalece el estatus medio en los tres tipos de sorteo.

- LOTERÍA PRIMITIVA:

En este grupo se incluyen la Primitiva, el Gordo de la Primitiva, Bonoloto y Euromillones, El Joker y Lototurf. Siendo los que más se compran la Lotería Primitiva y Euromillones (Gómez y Lalanda, 2018).

Respecto al sexo no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo los porcentajes de 54,3% en el caso de los hombres y de 45,7% en el caso de las mujeres (Cases et al, 2018).

En cuanto a la edad, el rango de edad que predomina es el comprendido entre 45 y 54 años de edad, seguido casi a la par del rango de edad de 35 a 44 años. Siendo el rango de edad que menos compra este tipo de sorteos el comprendido entre 18 y 24 años (Gómez y Lalanda, 2018; Cases et al, 2018).

Según el informe de *Percepción social sobre el juego de azar en España 2018* el estatus social más prominente es el estatus medio. Sin embargo, según el *Anuario del juego en España (2018)* el estatus medio es el menos significativo, siendo el que más predomina el estatus medio-alto.

- CUPONES Y RASCAS DE LA ONCE:

Respecto al sexo no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo los porcentajes de 49,3% en el caso de los hombres y de 50,7% en el caso de las mujeres (Cases et al, 2018). Sin embargo, según el *Estudio y análisis de los factores de riesgo del trastorno de juego en población clínica española* (DGOJ, 2017) predominan los hombres sobre las mujeres, cuyos porcentajes respectivamente son 34,7% y 17,9%.

En cuanto a la edad, el rango de edad que predomina es el comprendido entre 45 y 54 años de edad (Cases et al, 2018). En cambio, según Gómez y Lalanda (2018) prevalece el rango de edad de 66 a 75 años, seguido por el rango de edad comprendido entre los 45 y los 54 años. Ambos informes afirman que el rango de edad menos significativo es el de 18-24 años de edad.

Según el informe de *Percepción social sobre el juego de azar en España 2018* el estatus social que prevalece es el medio. Sin embargo, según el *Anuario del juego en España (2018)* el estatus bajo es el más significativo.

- APUESTAS DEPORTIVAS:

En este grupo se incluyen principalmente La Quiniela, El Quinigol, apuestas hípcas y otras apuestas deportivas, tanto online como presenciales. (Gómez y Lalanda, 2018; Cases et al, 2018; DGOJ, 2017).

Respecto al sexo se podría decir que es un juego prácticamente masculino, tal y como muestran los porcentajes, 88% en el caso de los hombres frente a un 12% en el caso de las mujeres (Cases et al, 2018).

En cuanto a la edad, prevalece la edad joven sobre la avanzada, siendo el rango de edad más notorio el comprendido entre 25 y 34 años, seguido muy de cerca por el rango de edad de 18 a 24 años (Gómez y Lalanda, 2018; Cases et al, 2018; DGOJ, 2017).

Por último, el estatus social que más predomina es el medio (Cases et al, 2018) y según Gómez y Lalanda (2018) el estatus medio-alto.

- JUEGOS EN LOS CASINOS:

En este grupo se incluyen principalmente los juegos de mesa, las máquinas tipo C y el póquer. (Cases et al, 2018).

El sexo es un factor que varía según los años, habiendo años en los que prevalece los hombres sobre las mujeres y habiendo otros en los que no se pueden apreciar diferencias significativas entre ambos sexos. La media en porcentajes de los últimos tres años es de un 61,1% en el caso de los hombres y de un 38,9% en el de las mujeres (Cases et al, 2018).

Respecto a la edad, prevalece la edad joven y adulta sobre la avanzada, siendo el rango de edad más notorio el comprendido entre 25 y 34 años, seguido muy de cerca por el rango de edad de 18 a 24 años (Gómez y Lalanda, 2018). En cambio, según Cases et al (2018) prima el rango de edad de 45 a 54 y el de 35 a 44 años.

Por último, el estatus social que más predomina es el medio (Cases et al, 2018) y según Gómez y Lalanda (2018) el estatus alto.

- BINGO:

En este tipo de juego la clientela está dividida en dos grandes grupos, los que juegan habitualmente y los que juegan de forma esporádica, por lo que el perfil del jugador puede estar sesgado por los clientes esporádicos.

Respecto al sexo, en este tipo de juego también varía en función de los años, hay años en los que predomina la participación de las mujeres sobre la de los hombres (por ejemplo, en el 2014), otros años ocurre al contrario (por ejemplo, en el 2017) y otros en los que no se encuentran diferencias significativas entre ambos sexos (por ejemplo, en el 2016) (Gómez y Lalanda, 2018; Cases et al, 2018; DGOJ, 2017).

En cuanto a la edad, prevalece la edad joven, siendo el rango de edad más notorio el comprendido entre 25 y 34 años, seguido muy de cerca por el rango de edad de 18 a 24 años. Según Gómez y Lalanda (2018) estos datos se corresponden al tipo de clientes esporádicos, dado que en el grupo de los clientes habituales predomina el rango de la tercera edad, comprendido por dos intervalos, de 55 a 64 y de 65 a 75 años. (Cases et al, 2018; DGOJ, 2017).

Por último, el estatus social que más predomina es el medio (Cases et al, 2018).

- MÁQUINAS TIPO B:

En este grupo se incluyen tanto las máquinas de tipo B ubicadas en salones de juego y bingos como las pertenecientes al sector de la hostelería.

Es un tipo de juego prácticamente masculino, tal y como muestran los siguientes porcentajes, un 84,4% en el caso de los hombres frente a un 16,0% en el caso de las mujeres (Cases et al, 2018).

En cuanto a la edad, el rango de edad más notorio es el comprendido entre los 18 y 24 años, seguido por el rango de edad de 25 a 34 años (Gómez y Lalanda, 2018). Sin embargo, según Cases et al (2018) por delante de estos dos rangos de edad se encuentra el rango de 35 a 44 años de edad, quienes además explican que este último rango de edad es el perteneciente a los jugadores habituales, mientras que los otros dos corresponden a los jugadores esporádicos o semanales.

Por último, los estatus sociales que más predominan son el estatus medio-bajo y el medio (Cases et al, 2018; Gómez y Lalanda, 2018).

- SALONES DE JUEGO:

En este grupo se incluyen múltiples juegos, entre otros los más destacados son: las máquinas de tipo B, las ruletas y las apuestas deportivas (Gómez y Lalanda, 2018).

En cuanto a las diferencias de género, predomina significativamente el género masculino sobre el femenino, tal y como indican los siguientes porcentajes respectivamente: un 64,2% en el caso de los hombres y un 35,8% en el de las mujeres (Cases et al, 2018).

Respecto a la edad, prevalece la edad joven, siendo el rango de edad más notorio el comprendido entre 18 y 24 años, seguido muy de cerca por el rango de edad de 25 a 34 años (Cases et al, 2018).

Por último, el estatus social más destacado es el estatus medio, encontrándose a continuación el estatus bajo (Cases et al, 2018).

- JUEGO ONLINE:

En este grupo se incluyen muchos tipos de juego, pero la mayor parte del juego online son las apuestas deportivas. A continuación, se destaca el póquer, los juegos de casino y el bingo (Gómez y Lalanda, 2018).

Respecto a el sexo, esta modalidad de juego está prácticamente asociada a los varones, cuyos porcentajes son de un 83,3% en el caso de los hombres y de un 16,7% en el caso de las mujeres. El porcentaje del género femenino es representado prácticamente en su totalidad por el bingo online (Cases et al, 2018).

En cuanto a la edad, predomina significativamente la edad joven, prevaleciendo sobre el resto los rangos de edad comprendidos entre los 18 y 24 años y los 25 y 34 años de edad (Cases et al, 2018).

Por último, el estatus social que predomina es el medio-alto, estando a continuación la clase media (Cases et al, 2018).

2.3 Consecuencias derivadas del juego patológico

Como se ha comentado previamente, el jugador patológico es absorbido en gran parte por el propio juego, convirtiéndose este en el motor principal de sus acciones, lo que conlleva que se abandonen, en cierta medida, otras actividades u otros ámbitos de la vida cotidiana, y esto no solo genera detrimento al jugador, sino también a las personas de su alrededor y a la sociedad en su conjunto.

Las consecuencias negativas que genera el juego patológico varían en función de la persona, sus circunstancias y el nivel de juego patológico desarrollado. Además, estas consecuencias negativas tienden a intensificar la conducta de juego (Brime et al, 2019).

2.3.1 Consecuencias personales:

En este grupo se incluyen tanto las consecuencias psicológicas, como las afectivas y las somáticas/fisiológicas.

Respecto a las consecuencias afectivas la más destacada es la depresión, que suele ser resultado de la pérdida de control sobre el juego y de la confluencia de muchas otras consecuencias negativas que se irán comentando a continuación. Otras secuelas afectivas del juego patológico son la aparición de emociones y sentimientos negativos, como por ejemplo, el sentimiento de culpa, generado por los conflictos familiares o las pérdidas de dinero, al igual que la desesperación, la hipomanía, estados de angustia, inestabilidad emocional, impulsividad y baja autoestima (Extremera, 2019; FEJAR 2020).

En cuanto a las consecuencias psicológicas se pueden destacar el trastorno de ansiedad, la apatía, el trastorno bipolar, el desarrollo de la sintomatología del síndrome de abstinencia, desgaste psicológico, irritabilidad y elevados niveles de estrés (Blanco, 2016).

Por último, en lo referente a las consecuencias somáticas y fisiológicas cabe resaltar el insomnio y otras alteraciones del sueño, la falta de apetito o la carencia de hábitos alimenticios, dolores de cabeza y estomacales, fatiga, contracturas musculares, elevados niveles de cortisol, mareos o sensación de vértigos y agitación motora. Todas ellas son producto de los elevados niveles de estrés, de la constante preocupación por conseguir dinero, por lograr conciliar el juego y sus responsabilidades y por ocultar su nivel de implicación en el juego entre otros motivos (ASAJER, 2001; Blanco, 2016).

Estos efectos perjudiciales sobre el individuo pueden desarrollar, en ocasiones, agresividad o ideas e intentos autolíticos en el peor de los casos (APAL, 2020).

2.3.2 Consecuencias familiares y de pareja:

Robert y Botella (1994) afirman que una de las áreas más afectadas por el juego patológico es la familia. Las consecuencias negativas corresponden a tres ámbitos, el de la relación marital, el de la relación paterno filial y el de la economía familiar.

En el primero de los ámbitos, se ha demostrado que las esposas de jugadores patológicos sufren numerosos problemas de salud debido a la conducta del marido. Un 11% llegan a intentar suicidarse, un 47% presenta algún tipo de trastorno depresivo, un 41% sufren recurrentemente cefaleas o migrañas, el 37% sufren de problemas estomacales y hay aproximadamente un 60% que presentan otros tipos de trastornos psicósomáticos (García, Díaz y Aranda, 1993). Esto puede deberse al clima de desconfianza que se genera por las mentiras constantes por parte del jugador/a, a la desatención de las responsabilidades y obligaciones familiares y al deterioro de la comunicación familiar y de la relación marital o de pareja, lo que genera grandes conflictos y disputas familiares que, en muchos casos, termina con el divorcio o separación de los cónyuges (Blanco, 2017; Garrido, Jaén y Domínguez, 2004).

En cuanto a la relación con los hijos, ha sido demostrado que estos también sufren las consecuencias de las conductas de sus progenitores. Un 25% de los hijos de jugadores patológicos desarrollan problemas de conducta en el colegio o relacionados con alcohol, drogas, arrestos, juego excesivos o huidas del núcleo familiar. Los malos tratos por parte de los progenitores, aunque solo sean en un 6%, también se pueden advertir en ciertos casos (García, Díaz y Aranda, 1993). Esto puede ser consecuencia de la disminución del tiempo y del afecto dedicado a los hijos y de tener que presenciar conflictos conyugales.

En último lugar, cabe destacar la incidencia de esta conducta en la economía familiar, debido en gran medida a las deudas que contraen los jugadores patológicos. En este caso, hay algunas diferencias en cuanto a hombres y mujeres. Para las mujeres la principal fuente de financiación son sus familiares, mientras que para los hombres las deudas se reparten entre varios acreedores, tales como, familiares, amigos y compañeros de trabajo, bancos, sus empresas o prestamistas etc. El hecho de que los hombres consigan dinero en

la mayoría de las ocasiones más alejados del núcleo familiar provoca en gran parte de los casos que las deudas sean ocultadas durante períodos de tiempo mayores. Además, el empeoramiento de la situación económica familiar influye negativamente en muchos ámbitos, entre ellos, en la satisfacción de las necesidades básicas de los hijos (García, Díaz y Aranda, 1993; Garrido, Jaén y Domínguez, 2004).

2.3.3 Consecuencias laborales y/o educativas:

En cuanto al ámbito laboral las principales repercusiones son la disminución de la concentración y del rendimiento laboral y el incumplimiento de horarios y responsabilidades laborales, llegando incluso al absentismo laboral, lo que termina generando conflictos con los compañeros de trabajo y con los jefes, la imposición de sanciones laborales, la no renovación del contrato y, en el peor de los casos, fulmina con el despido, lo que trae consigo graves pérdidas económicas. Además, en ocasiones los individuos afectados por el juego patológico llegan a cometer robos, fraudes o estafas en el trabajo (Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 2000).

Respecto a las consecuencias educativas, las más destacadas son las malas calificaciones, el mal comportamiento en el centro educativo, el absentismo y el fracaso escolar (AZAJER, 2018).

2.3.4 Consecuencias económicas:

A parte de las cuantiosas deudas mencionadas previamente, cabe destacar el incumplimiento de pagos y las peticiones de dinero que, en muchas ocasiones, generan a posteriori enfrentamientos y desconfianza en caso de no ser devuelto. Todo ello va creando una fractura económica brutal muy difícil de reparar que, en algunos casos, termina con el empobrecimiento. Además, esta situación precaria puede conducir a la comisión de delitos.

En la mayoría de los casos, este área es el que hace que la familia detecte la elevada implicación de la persona en el juego (Blanco, 2016; ASAJER, 2001).

2.3.5 Consecuencias sociales:

Debido al excesivo tiempo destinado al juego empiezan a descuidarse las relaciones interpersonales y a perder el interés por otras actividades o aficiones distintas al juego. De igual manera, se deterioran muchas relaciones de amistad por no devolver el dinero prestado. Con el tiempo, estas consecuencias van restringiendo el círculo social a aquellas personas relacionadas con el juego y acercando al individuo a una situación de aislamiento social (Blanco, 2016).

Además, las personas afectadas por el juego patológico pueden ser estigmatizadas socialmente debido a los prejuicios existentes sobre dicha problemática, tales como, que el juego patológico es un vicio.

2.3.6 Consecuencias legales:

La gran fractura económica generada por el juego conduce, a una parte de los jugadores adictos, a la comisión de actos delictivos para poder financiarse el juego, saldar las deudas contraídas o cubrir las pérdidas generadas. Por tanto, se trata de delincuencia funcional.

La mayoría de estos delitos corresponden a delitos contra el patrimonio y, la otra parte minoritaria, a delitos contra la salud pública. Dentro de los delitos contra el patrimonio, los más frecuentes son el hurto y el robo, aunque en menor medida también se observan la falsificación de cheques, la utilización de tarjetas de crédito ajenas o la receptación, y en cuanto a los delitos contra la salud pública cabe destacar el tráfico ilícito de drogas. En cualquier caso, los delitos cometidos por jugadores patológicos suelen ser de carácter no violento (Blanco, 2016; Germán, 2010).

La comisión de estos actos delictivos trae consigo problemas judiciales graves que pueden fulminar con el ingreso en prisión.

2.3.7 Comorbilidad del juego patológico con otros trastornos y con el consumo de sustancias:

Se ha estudiado la frecuente presencia de comorbilidad del juego patológico con otros trastornos, hecho que se considera significativo a la hora de elegir el tratamiento idóneo.

Dentro de estos trastornos cabe destacar el trastorno por abuso de sustancias, sobre el que se profundizará a continuación.

Respecto a los trastornos comórbidos más frecuentes se encuentran el abuso de alcohol y otras drogas, trastornos de la personalidad, trastornos afectivos, otros trastornos en el control de impulsos, trastornos de ansiedad y TDAH.

Dentro de los trastornos de la personalidad los más frecuentes son el esquizotípico, el evitativo, el obsesivo-compulsivo, el antisocial y el trastorno narcisista. En cuanto a los trastornos afectivos cabe destacar los trastornos depresivos, manía e hipomanía, trastornos de bipolaridad y los trastornos adaptativos. También es muy común la comorbilidad con otros trastornos en el control de impulsos, siendo los más comunes las compras compulsivas, las conductas sexuales compulsivas y el trastorno explosivo intermitente. Por último, hay que resaltar la frecuencia del trastorno de ansiedad y del TDAH (Ibáñez y Sáiz, 2001; Sánchez, 2003; Ríos y Escudero, 2016).

Finalmente, hay que destacar el abuso del alcohol y otras drogas, principalmente tabaco y cocaína, tratándose en muchos casos de una situación de policonsumo. El consumo excesivo de estas sustancias se puede explicar debido a su fácil accesibilidad, dado que la conducta de juego se desarrolla en locales donde se consumen y se venden estas sustancias. Además, los consumidores de estas sustancias relatan que las consumen para mantenerse activos mientras juegan, para evitar los sentimientos de culpabilidad y no ser conscientes del tiempo y del dinero dedicado al juego, así como de las consecuencias negativas que tiene (Blanco, 2016).

BLOQUE 3: ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN ACTUALES

En este bloque se tratará de analizar, en primer lugar, los instrumentos de evaluación más utilizados con personas que presentan problemas con el juego y, en segundo lugar, los programas actuales de prevención e intervención desarrollados con este mismo colectivo.

3.1 Evaluación del juego patológico

Actualmente no existe ningún instrumento de evaluación universal, no obstante, se van a comentar los más generalizados hasta el momento. Antes de aplicar cualquier instrumento de evaluación se debe comprobar que el sujeto cumpla los criterios diagnósticos establecidos para el juego patológico en el DSM-V y en el CIE-10.

Sin duda, las técnicas más utilizadas son la entrevista estructurada y algunos instrumentos de screening, principalmente el *South Oaks Gambling Screen* (SOGS).

Por un lado, respecto a la entrevista estructurada cabe resaltar su utilidad dado que permite recolectar, de manera amplia y eficaz, información del sujeto en diferentes dimensiones, así mismo, permite extraer información del lenguaje no verbal mediante la observación. La entrevista será de mayor utilidad si el sujeto va acompañado de un familiar que pueda aportar información objetiva (Ríos y Escudero, 2016). Es importante que el entrevistador acoja, motive, acompañe y ayude al sujeto, así como, que no emita juicios de valor.

Por otra parte, en cuanto a los instrumentos de screening existen múltiples tipos diferentes, pero se va a profundizar en el SOGS y en su versión revisada para adolescentes (SOGS-RA) por ser los más generalizados.

El SOGS (Anexo 1) se trata de un cuestionario elaborado por Lesieur y Blume (1987) compuesto de 20 ítems puntuables, que realmente son 16 pero a efectos de puntuación se condieron 20, adaptado al español por Echeburúa et al (1994). Está basado en los criterios diagnósticos del DSM-III y, a pesar de que vamos por la quinta edición del DSM, sigue siendo el más utilizado. Por ello, es necesario completar la información obtenida por la aportada por el jugador y algún familiar en una entrevista. Además, tiene índices de

validez y fiabilidad superiores a 0,90. El SOGS-RA (Anexo 2) fue elaborado por Winters, Stinchfield y Fulkerson (1993) y traducido al español por Secades y Villa (1998). Se compone de 12 ítems puntuables, siendo en realidad 16 preguntas, la mayoría de ellas con dos alternativas de respuesta (Si/No) (Echeburúa et al, 1994; Chóliz, 2007; Santos, 2008).

Las puntuaciones obtenidas en el SOGS se deben interpretar de la siguiente manera (Ibáñez y Sáiz, 2001):

PUNTUACIÓN	VALORACIÓN
0	Sin ningún problema con el juego
1-4	Algún problema con el juego
≥ 5	Probable jugador patológico

En el SOGS-RA se interpretarán de la siguiente manera (Becoña, Vázquez y Míguez, 2001):

PUNTUACIÓN	VALORACIÓN
0-1	No jugador/Sin problemas de juego
2-3	Jugador en riesgo
≥ 4	Jugador problema

Ambos instrumentos son útiles para el diagnóstico, no obstante, para realizar una evaluación completa es necesario un análisis en mayor profundidad. Es aquí donde entra en juego el trabajador social, haciendo una entrevista con el sujeto y algún familiar enfocada principalmente en la situación y los antecedentes familiares y de las personas de su entorno. Este aspecto resulta fundamental tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y, sin ella, los instrumentos previamente mencionados no tendrán validez.

3.2 Prevención del juego patológico

Es fundamental actuar antes de que aparezca la adicción al juego, por ello es preciso desarrollar programas de prevención primaria, secundaria y terciaria, con el fin de sensibilizar y concienciar a la población acerca de esta problemática e intentar reducir las estadísticas.

La prevención primaria va dirigida a la población en general, incidiendo en la causa y origen del problema antes de que se empiece a desarrollar la conducta problemática. El objetivo principal es informar a la población sobre el concepto de juego patológico, sus causas y consecuencias. La prevención secundaria va dirigida a aquellos grupos que presentan un mayor riesgo de desarrollar problemas con el juego como jóvenes, tercera edad, personas que tienen otras adicciones o a lugares en los que se tiende a desarrollar esta conducta problemática, etc. El objetivo principal de este tipo de prevención es detectar posibles jugadores en riesgo para poder modificar los problemas que se desarrollan en la fase incipiente. Por último, la prevención terciaria va dirigida a aquellas personas que ya han desarrollado algún problema con el juego y a sus familias, es decir, consiste en la aplicación de las actividades encaminadas al tratamiento y rehabilitación de los jugadores patológicos y sus familias, cuyos objetivos principales son el establecimiento de servicios específicos, la evaluación de la efectividad de los programas, evitar que aumente la conducta y el mantenimiento de la abstinencia, es decir, prevención de recaídas (EKINTZA ALUVIZ, 2017).

A partir de las memorias anuales de diversas asociaciones pertenecientes a FEJAR se van a identificar una serie de actividades fundamentales en un programa de prevención adecuado.

○ Prevención primaria:

- Conferencias y exposiciones sobre la adicción al juego, en las que se traten principalmente el concepto de juego patológico, sus orígenes y causas, las consecuencias y los factores de riesgo.
- Campañas de sensibilización, por ejemplo, el Día Nacional Sin Juego de Azar (29 de octubre) establecido por FEJAR (2018), carreras, conciertos u otros eventos, donde se instalen mesas o *stands* informativos y se obsequie a los asistentes con objetos publicitarios como camisetas, globos, calendarios, etc.

- Proyectos comunitarios con el objetivo principal de dar visibilidad al juego patológico y promover valores y estilos de vida saludables (AONUJER, 2018; EKINTZA ALUVIZ, 2017).
- Entrevistas a especialistas sobre el tema, a ludopatas rehabilitados y a sus familiares en distintos medios de comunicación (EKINTZA ALUVIZ, 2017).
- Fomentar otras actividades de ocio como alternativa a los juegos de azar.
- Reparto de folletos informativos en los centros de Salud, centros de Servicios Sociales, Ayuntamientos, centros culturales, etc (AGRAJER, 2019).
- Aumentar las restricciones de la publicidad sobre el juego (Martínez, 2020).
- Divulgar en redes sociales videos con información básica sobre la ludopatía y aumentar la visibilidad de la página web www.jugarbien.es

○ Prevención secundaria:

- Charlas sobre la ludopatía en centros escolares (principalmente secundaria y bachillerato), algunas de ellas realizadas por personas que hayan tenido problemas con el juego para generar un mayor efecto y otras por trabajadores de las asociaciones dirigidas a este colectivo, así como, especialistas sobre el tema. Además, resultaría interesante que los alumnos de los cursos superiores preparasen sesiones formativas, a partir de la información proporcionada en estas charlas, para impartirlas a los cursos inferiores. De esta manera, hacemos la actividad más eficaz, creando un mayor nivel de interiorización y siendo útil, a su vez, como indicador de evaluación (FEJAR, 2018).
- Colocar carteles con mensajes preventivos en los lugares donde se suele realizar las conductas de juego como en los salones de juego, casinos, etc. Una idea de mensaje preventivo puede ser: “¡Cuidado! No emplees demasiado tiempo jugando, puede convertirse en un problema para ti”. De la misma forma, respecto al juego online se pueden sustituir los anuncios atractivos de las páginas web por mensajes preventivos (Consejo del Juego, 2017).
- Limitar el tiempo de juego, tanto en las páginas web como en los lugares físicos.

- Impartir cursos de formación a profesores de los centros educativos, a los padres y madres de los alumnos, a los jefes de empresas cuyos trabajadores son más vulnerables a desarrollar una adicción al juego, etc., cuyo objetivo principal sea ayudar a estos a prevenir y detectar las conductas abusivas del juego (FEJAR, 2018).

- Prevención terciaria:

- Eliminar la existencia de máquinas tipo B en hostelería, encontrándolas exclusivamente en salones de juego y casinos (Ibáñez y Sáiz, 2001).

- Terapia individual y grupal enfocada a la prevención de recaídas (EKINTZA ALUVIZ, 2017).

- Programas terapéuticos, como por ejemplo, la terapia cognitiva-conductual, que se explicará a continuación (EKINTZA ALUVIZ, 2017).

- Proporcionar cursos de formación en probabilidad para las personas que presenten problemas con el juego, para que sean capaces de deshacerse de los sesgos cognitivos y valorar las probabilidades reales de acertar una apuesta o ganar un premio (Chóliz, 2007).

- Cursos de formación en ludopatía para los profesionales de la salud (EKINTZA ALUVIZ, 2017).

Los trabajadores sociales tienen un gran peso en este ámbito, pues son los principales encargados de diseñar los programas de prevención con la ayuda de otros profesionales que aportan ideas específicas de sus ámbitos de intervención.

3.3 Tratamiento del juego patológico

En este epígrafe se van a exponer las principales formas de tratamiento empleadas, pudiendo distinguir entre tratamiento farmacológico y psicológico, ambas dirigidas a la rehabilitación de las personas con problemas de juego. También existen algunos programas de atención dirigidos a las personas afectadas por el juego patológico, ya sean jugadores o familiares de estos.

FEJAR (2018) ofrece una serie de servicios de atención, tales como:

- El servicio de atención telefónica, disponible 24 horas al día los 365 días del año. En este servicio se realiza una escucha activa por parte de profesionales expertos en la materia con el objetivo de asesorar a la persona sobre los recursos más adecuados en su caso y sobre la necesidad o no de iniciar un tratamiento de rehabilitación. Normalmente, se le deriva al centro de tratamiento más cercano para evaluarle y encontrar el recurso idóneo en función de las necesidades detectadas.
- Servicio jurídico y social: consiste en el asesoramiento integral en todo lo relativo a la Justicia, que suele concretarse en múltiples problemas de carácter patrimonial.
- *Programa de Asistencia y Tratamiento online de afectados por adicción al juego y otras conductas adictivas.* El objetivo de este programa no es reemplazar a la terapia presencial, sino facilitar el acceso a la rehabilitación a cualquier persona que, por motivos geográficos o de otra índole, no pueda acudir de forma presencial a ninguna de las asociaciones federadas a FEJAR.

Tal y como se acaba de mencionar, el tratamiento terapéutico, así como, el estudio exhaustivo de la situación, la detección de necesidades y la elección del recurso idóneo se realiza de forma presencial en las asociaciones especializadas en el juego patológico ubicadas en todo el territorio nacional y pertenecientes a FEJAR.

Para obtener éxito con el tratamiento es muy importante identificar correctamente el tipo de jugador y las necesidades específicas de este. Además, el sujeto debe reconocer su problema y estar motivado para el cambio. Por ello, este debe ser el primer objetivo terapéutico (Alonso-Fernández, 1996).

El objetivo general terapéutico, en la mayoría de los casos, es la abstinencia total del juego. No obstante, si no se puede lograr este objetivo, se busca como meta el juego controlado (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1999).

El proceso de rehabilitación varía en función de la asociación, pero el objetivo general siempre es el anteriormente expuesto y el proceso comienza con una fase de acogida y finaliza con la fase de seguimiento. Las fases intermedias son aquellas dirigidas a la promoción de la motivación al cambio y el desarrollo de la intervención tanto conductual como psicológica. La duración aproximada del proceso suele ser de entre 18 y 14 meses con el posterior seguimiento tras el alta terapéutica (EKINTZA ALUVIZ, 2017).

A continuación, se exponen las formas de tratamiento más utilizadas hasta el momento.

3.3.1 Tratamiento farmacológico

La justificación del empleo de medicamentos se basa en las teorías que plantean la existencia de alteraciones biológicas en los jugadores patológicos (siendo la que más importancia ha cobrado el déficit en la neurotransmisión de serotonina) y en las consideraciones clínicas que exponen que los estados de ánimo de estos jugadores se ven alterados (Ferrández, 2010).

La aplicación de estos tratamientos se suele llevar a cabo cuando el sujeto presenta sintomatología depresiva, riesgo o intentos autolíticos y elevados niveles de ansiedad (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1999). Ferrández (citado por Grant, Kim y Potenza, 2003) plantea que el empleo de medicamentos puede favorecer la eficacia de los tratamientos psicológicos, sobre todo cuando la adicción al juego presenta comorbilidad con el trastorno depresivo o la multiimpulsividad. De cualquier forma, el tratamiento farmacológico ocupa un papel secundario en el tratamiento global de la ludopatía, teniendo el papel primario el tratamiento psicológico y conductual (Santos, 2008).

Los medicamentos más utilizados en el tratamiento del juego patológico son los siguientes:

- **Estabilizadores del estado de ánimo:** los más comunes son el topiramato, el valproato, la carbamacepina y el carbonato de litio. Existen diversos ensayos que demuestran la

eficacia de estos medicamentos en el tratamiento del juego patológico, a pesar de haber ciertas deficiencias en la metodología utilizada (Santos, 2008; Ibáñez y Sáiz, 2001).

- **Fármacos serotoninérgicos:** tal y como se ha mencionado anteriormente, existe una disminución del nivel de serotonina en una gran parte de los jugadores patológicos, sobre todo en los varones. Por ello, cobra importancia la aplicación de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), principalmente la fluvoxamina y la sertralina, que aumentan la transmisión serotoninérgica. También se ha demostrado la eficacia de la clomipramina, perteneciente al grupo de los antidepresivos tricíclicos (Ibáñez y Sáiz, 2001).

- **Antagonistas opiáceos:** El más utilizado es la naltrexona por su capacidad para inhibir la liberación de dopamina y reducir, de esta manera, la impulsividad característica de este trastorno (Ibáñez y Sáiz, 2001).

Exceptuando el último grupo de medicamentos, el resto se aplican desde la concepción del juego patológico como un trastorno en el control de impulsos, mientras que los antagonistas opiáceos conciben el juego patológico como una adicción (Ferrández, 2010).

3.3.2 Tratamiento psicológico

En este apartado se van a exponer las técnicas más utilizadas en el tratamiento psicológico, todas ellas son abordadas desde una perspectiva multidisciplinar y puestas en marcha por un equipo técnico compuesto por psicólogos y trabajadores sociales, apoyados por monitores y monitoras, es decir, personas rehabilitadas.

Algunas de ellas son técnicas conductuales, es decir, están basadas en los principios de aprendizaje del condicionamiento clásico y operante, con el objetivo de modificar la conducta de juego. Otras son técnicas cognitivas, las cuales se sustentan en la modificación de pensamientos disfuncionales que mantienen el deseo de jugar. Por último, existen técnicas cognitivo-conductuales, que combinan ambas técnicas mencionadas (Gómez, 2015).

La mayoría de las veces estas técnicas se aplican de forma multimodal, es decir, combinando varias de ellas.

3.3.2.1 Terapias aversivas

Este tipo de tratamiento conductual se utilizaba en los orígenes del tratamiento del juego patológico, llevando actualmente más de 10 años en desuso debido a que sólo era eficaz en un espacio temporal muy reducido. Esta terapia consiste en administrar al sujeto pequeñas descargas eléctricas asociadas a la conducta de juego, combinando estas descargas con el reforzamiento de conductas alternativas (Santos, 2008).

Otra terapia aversiva es la Sensibilización Encubierta que también consiste en asociar estímulos aversivos a la conducta de juego pero en este caso no son estímulos físicos, como la descarga eléctrica, sino imaginarios (Ferrández, 2010).

Por tanto, las técnicas aversivas están basadas en la teoría del condicionamiento clásico.

3.3.2.2 Desensibilización imaginada y relajación

Esta técnica es otra modalidad de tratamiento conductual y es una técnica reductora de la ansiedad ocasionada por el malestar generado al no poder completar la conducta de juego. Consiste en conseguir controlar la ansiedad en situaciones imaginadas relacionadas con el juego mediante alguna técnica de relajación para posteriormente poder utilizar esta estrategia en situaciones reales de la vida cotidiana. De manera que, cuando aparezca el estímulo que lleva al sujeto a realizar la conducta, no incrementen sus niveles de ansiedad y tensión y, por tanto, pueda resistirse al estímulo y controlar la conducta de jugar (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1999; Santos, 2008).

3.3.2.3 Exposición en vivo con prevención de respuesta

Esta técnica conductual es de las más utilizadas y más efectivas hasta el momento. Consiste en exponer al individuo de forma progresiva a situaciones relacionadas con el juego sin permitirle jugar ni abandonar la exposición hasta que no haya sido capaz de controlar, al menos parcialmente, el malestar generado por la situación. De esta manera, el sujeto aprende a enfrentarse con éxito a situaciones de riesgo y a aliviar el malestar sin tener que desarrollar la conducta de juego. En esta técnica es necesaria la presencia del terapeuta o de otra persona que actúe como co-terapeuta acompañando al jugador en su exposición hasta la última fase, en la que el sujeto deberá enfrentarse solo a la puesta en contacto con el juego (Ibáñez y Sáiz, 2001).

Según Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997) previamente a la aplicación de esta técnica es necesario aplicar las técnicas de control de estímulos.

3.3.2.4 Control de estímulos

Estas técnicas conductuales no suelen aplicarse de forma aislada, sino combinadas con otras técnicas y son especialmente útiles en las fases iniciales del tratamiento. Su objetivo es dificultar al máximo la posibilidad de jugar mediante acciones como: no acudir a los lugares donde suele jugar, delegar el manejo y el control del dinero a una persona de confianza, llevar el dinero estrictamente necesario para los gastos cotidianos, evitar las compañías con las que suele jugar, autoprohibirse la entrada a las salas de juego y el juego online en el RGIAJ (Ibáñez y Sáiz, 2001; Santos, 2008).

3.3.2.5 Reestructuración cognitiva

Esta terapia cognitiva consiste en “la identificación de creencias erróneas sobre el juego y su sustitución por pensamientos más realistas” (Fernández, 2004: 86).

Como hemos mencionado anteriormente, es muy común que los jugadores patológicos desarrollen sesgos cognitivos, tales como, la ilusión de control, las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas. Por eso la terapia cognitiva ha cobrado especial relevancia en los últimos años (Ibáñez y Sáiz, 2001).

Fernández (citado por Ladouceur et al, 2002) explica el procedimiento de aplicación de esta técnica. Primero, es necesario utilizar la observación y la auto-observación retrospectiva en una sesión de juego para poder detectar las creencias erróneas. A continuación, se realizarán una serie de ejercicios con el jugador que ayuden a este a detectarlas, sustituirlas por ideas más realistas y a hacer un balance de coste y beneficio sobre la conducta de juego.

3.3.2.6 Grupos de autoayuda

Esta técnica surge en Los Ángeles en 1957, con la formación del grupo más conocido hasta el momento y que sirve de referente para el resto, Jugadores Anónimos. Está inspirado en Alcohólicos Anónimos y concibe el juego patológico como una enfermedad crónica progresiva, que puede detenerse pero no curarse, motivo por el que muchos individuos no quieren acudir a esta terapia. Consiste en reuniones de grupo semanales en las que cada jugador expone su caso y sus circunstancias particulares, el resto de

integrantes realizan una escucha activa y aportan su experiencia y sus estrategias de afrontamiento. El hecho de realizar una confesión pública favorece el reconocimiento del problema, siendo este uno de los primeros objetivos de todo tratamiento terapéutico del juego patológico (Ibáñez y Sáiz, 2001).

Estos grupos se componen exclusivamente de jugadores y ex jugadores, excluyendo toda figura profesional. Además de estas reuniones de grupo, también realizan reuniones de apoyo e información para los familiares de los jugadores (Ibáñez y Sáiz, 2001).

La aplicación de esta técnica no resulta muy eficaz, dado que los grupos de autoayuda carecen de control y presentan un elevado porcentaje de abandono (Ibáñez y Sáiz, 2001). Por ello, para incrementar la eficacia de esta técnica es preciso combinarla con otras modalidades de tratamiento, tales como, la terapia psicológica individual.

3.3.2.7 Terapia cognitivo-conductual

Esta terapia combina la intervención conductual con técnicas cognitivas, principalmente la desensibilización imaginada y la exposición en vivo con la reestructuración cognitiva (Alonso-Fernández, 1996).

Santos (citado por Ladouceur, 1994) plantea que esta terapia se aplique siguiendo el siguiente proceso:

- a) Información sobre el juego: esta fase consiste en informar al sujeto sobre lo que es un juego de azar, haciendo especial hincapié en que el único determinante en esos juegos es el propio azar.
- b) Corrección de creencias erróneas: a través del desarrollo de la técnica de reestructuración cognitiva.
- c) Entrenamiento en la solución de problemas respecto al juego: consiste en la definición y formulación de los problemas existentes por parte del jugador y del terapeuta de forma conjunta para posteriormente elaborar un listado de las posibles soluciones y, a continuación, escoger la solución idónea y comprobar su eficacia.
- d) Entrenamiento en habilidades sociales: a través de dinámicas de representación de roles el jugador aprenderá a rechazar invitaciones de juego, aceptar comentarios negativos, etc.

- e) Prevención de recaídas: esta fase es la más importante y consiste en informar al jugador de las altas posibilidades que existen de tener una recaída y destacar que una recaída no es tirar todo el proceso terapéutico por la borda, sino que se trata de un error aislado y que lo importante es detectarlo de forma precoz y pedir ayuda profesional en caso de que fuese necesario. Para ello, el terapeuta debe enseñarle a reconocer las situaciones de riesgo y cómo afrontarlas con éxito.

3.4 El papel del trabajador social

El Trabajo Social tiene un rol fundamental y una larga trayectoria en el ámbito de las adicciones, tanto en la prevención como en su tratamiento. No obstante, la adicción a los juegos de azar resulta novedosa para los trabajadores sociales, pero a pesar de ello, hoy en día desarrollan múltiples funciones esenciales en este ámbito.

Una de las áreas profesionales más desarrolladas del Trabajo Social es el área de prevención, que se explica por su compromiso de promover el bienestar social. Desde este punto de partida, los trabajadores sociales deberán analizar los factores de riesgo vinculados al contexto y al ámbito familiar y social que puedan propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono, así como, diseñar programas de prevención, principalmente desde el Trabajo Social comunitario, ofreciendo recursos y proporcionando estrategias que promuevan la toma de conciencia sobre esta problemática (Sánchez y Valdez, 2019).

Otra de las áreas más relevantes del Trabajo Social es el área asistencial, en este caso estará ligada a la evaluación y el tratamiento del juego patológico, a la atención y apoyo a las personas afectadas por este y a la reinserción social de los ludópatas.

Respecto a la evaluación del juego patológico, el trabajador social será el responsable de analizar los efectos provocados tanto en el individuo como en su entorno, así como, el nivel de afectación a las distintas esferas de su vida. Además, será el encargado de realizar la entrevista semiestructurada con el sujeto y el familiar.

En lo referente al tratamiento, el trabajador social impartirá las terapias de grupo, realizará las tareas dirigidas a la reinserción laboral y social y trabajará con el individuo su adicción y las consecuencias que ha tenido en su vida, principalmente en el ámbito familiar, laboral y social.

El trabajador social también deberá realizar otras funciones como, acompañamiento social, apoyo familiar, investigación relacionada con el juego patológico y asesoramiento entre otras.

Por tanto, al tratarse el juego patológico de una adicción social, el Trabajo Social debe dar respuesta a esta problemática y nutrirse de conocimiento e información acerca de ella para poder realizar un abordaje exitoso.

VI. CONCLUSIONES

A partir del presente trabajo sobre el juego patológico se pueden extraer una serie de conclusiones generales producto del análisis documental y la propia reflexión.

El estudio científico sobre la adicción al juego resulta muy novedoso hoy en día, es decir, se carece de investigación y análisis sobre el tema. Por eso, aún existen contradicciones sobre si se trata de un trastorno en el control de impulsos o una adicción en sí, lo que sí que está claro es que “el juego en sí mismo no implica necesariamente una problemática, sino que se transforma en una cuando afecta a los principales aspectos de la vida cotidiana de los sujetos, familia, trabajo, tiempo libre” (Barreto-Pico, 2017: 319). De la misma manera, se requiere una mayor concienciación y sensibilización social para lograr disminuir este trastorno y contribuir a que deje de ser un trastorno estigmatizado.

Por tanto, el juego patológico representa un problema creciente de salud pública y genera enormes consecuencias a nivel individual (consecuencias psicológicas, económicas, laborales/educativas, legales, etc.), familiar, de pareja y sociales, siendo las principales áreas afectadas la familia y la economía.

Respecto al perfil del ludópata no se puede establecer un perfil único dado que no existen evidencias empíricas. No obstante, se puede concretar que en los últimos años dicho perfil ha sufrido modificaciones, por ejemplo, ha pasado de predominar una persona en edad más avanzada a un perfil más joven. Por otro lado, si se ha demostrado la existencia de diversos factores que influyen en el desarrollo de la conducta, por ejemplo, los antecedentes familiares o la legalización del juego.

Este trastorno se desarrolla en mayor medida en hombres que en mujeres, sin embargo, son estas a las que más les cuesta solicitar ayuda profesional. En relación con el nivel socioeconómico, varía en función del tipo de juego, pero de forma general, prevalecen los niveles socioeconómicos bajo y medio-bajo, siendo el menos frecuente el nivel alto. Esto explica que la motivación principal para jugar sea la búsqueda de un beneficio económico. Respecto al ámbito laboral y académico, a medida que aumenta la participación en el juego aumenta la situación de desempleo y el absentismo y fracaso escolar.

Otro aspecto que señalar es el papel que ocupan la publicidad y el marketing, contribuyendo de forma indirecta al aumento de esta conducta adictiva. Actualmente, los

anuncios relacionados con este tipo de conductas inundan tanto las redes sociales como los medios de comunicación, utilizando la imagen de una persona famosa y adinerada, principalmente deportistas, lo cual hace relacionar al público este tipo de conductas con una vida exitosa.

Además, es muy frecuente que el juego patológico se encuentre asociado con otros trastornos, principalmente con trastornos de la personalidad y con el abuso de sustancias. En referencia a este último trastorno, las adicciones que más se desarrollan son al alcohol, al tabaco y a la cocaína. La mayoría de los jugadores patológicos que desarrollan el abuso a estas sustancias se debe a que les ayudan a mantenerse activos mientras juegan, a evitar los sentimientos de culpabilidad generados y a perder la conciencia del tiempo y dinero invertidos en el juego.

Respecto a la prevención y al tratamiento de este trastorno, hay que resaltar la escasez de campañas de prevención existentes a pesar de su importancia para frenar esta problemática y la falta de estudios con un número suficiente de casos para poder comprobar la eficacia real de los tratamientos y que esto nos permita encontrar modalidades de tratamiento alternativas y de éxito. Así mismo, se han de realizar seguimientos durante un periodo de tiempo más largo para evitar recaídas, puesto que son muy comunes en este tipo de adicciones.

Por último, cabe destacar el papel desarrollado por los trabajadores sociales en este ámbito, quienes desarrollan una serie de funciones fundamentales tanto en la prevención como en el proceso de tratamiento. Se le da mucha importancia a la figura de los psicólogos y se debería potenciar, de igual manera, la figura de los trabajadores sociales, pues ambos son los principales agentes de cambio y juntos conforman el equipo técnico. Además, cabe resaltar la importancia de los trabajadores sociales en cuanto a que son el nexo principal con la familia, teniendo esta un rol indispensable durante todo el tratamiento y siendo, además, una de las áreas más afectadas.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Granadina de Jugadores de Azar en Rehabilitación, AGRAJER. (2019). Memoria de actividades. Granada: AGRAJER.
- Alonso-Fernández, F. (1996). Las otras drogas. Madrid: Temas de hoy.
- Ayuda a Ludópatas de Bizkaia, EKINTZA ALUVIZ. (2017). Memoria Anual. Vizcaya: EKINTZA ALUVIZ.
- Asociación Onubense de Jugadores de Azar en Rehabilitación, AONUJER. (2018). Memoria año 2018. Huelva: AONUJER.
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª edition. Washington, DC. (trad. Cast.: DSM-III. (1981). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson).
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª revised edition. Washington, DC. (trad. Cast.: DSM-III-R. (1988). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson).
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª edition. Washington, DC. (trad. Cast.: DSM-IV. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson).
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª edition, text revisión. Washington, DC. (trad. Cast.: DSM-IV-TR. (2001). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson).
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edition. Washington, DC. (trad. Cast.: DSM-V. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Asociación para la Prevención y Ayuda al Ludópata, APAL. (s.f). ¿Qué es la ludopatía?. Madrid: Asociación para la Prevención y Ayuda al Ludópata. Recuperado en: <http://www.apalmadrid.org/queeslaludopatia.html> (fecha de consulta: 24-abril-2020).
- Asociación Alavesa de Jugadores en Rehabilitación, A.S.A.J.E.R. (2001). Estudio sobre la prevalencia de la adicción al juego en Álava. Vitoria: AEDEMO.
- Ludópatas Asociados en Rehabilitación del Principado de Asturias, LARPA. (2018). Memoria anual 2018. Principado de Asturias: LARPA.

- Barreto-Pico, M. (2017). Papel del trabajador social en las adicciones. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 3(4), 310-326. Recuperado en: <http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.4.oct.310-326> (fecha de consulta: 01-junio-2020).
- Becoña, E. (1993). The prevalence of pathological gambling in Galicia (Spain). *Journal of Gambling Studies*, 9, 353-369.
- Becoña, E., Vázquez, F. y Míguez, M. (2001). Juego problema y sintomatología depresiva en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(1), 1-16.
- Bergler, E. (1957). *The psychology of gambling*. Virginia: Hill and Wang.
- Blanco, P. (2016). Asumiendo las consecuencias negativas de la adicción al juego. *Cuadernos de Trabajo Social*, 29(2), 335-344.
- Blanco, P. (2017). Problemática Familiar y Adicción al Juego. Consecuencias familiares derivadas de la adicción al juego. *Revista Española de Drogodependencias*, 42(4), 35-47.
- Blaszczynski, A. y Nower, L. A. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addict Abingdon Engl*, 97(5): 487-499.
- Brime, B., Llorens, N., Méndez, F., Molina, M. y Sánchez, E. (2019). Informe sobre adicciones comportamentales. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad.
- Cases, J., Gómez, J., Gusano, G. y Lalanda, C. (2018). IX Informe Percepción social sobre el juego de azar en España 2018. Madrid: IPOLGOB-UC3M.
- Castilla, C., Berdullas, S., De Vicente, A. y Villamarín, S. (2013). Apuestas online: El nuevo desafío del juego patológico. *Infocop*(61), 3-6.
- Chóliz, M. (2007). *Adicciones no tóxicas: El juego*. Valencia: C.S.V.
- Consejo del Juego. (2017). Programa para la prevención de la ludopatía 2018-2020. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias. Recuperado en: <http://movil.asturias.es/portal/site/webasturias/menuitem.261fb7b7e61c0627dfe005b3ec12b2a0/?vgnextoid=42e372f6b5bb7610VgnVCM10000097030a0aRCRD&vgnnextchannel=0acf72f6b5bb7610VgnVCM10000097030a0aRCRD&vgnextfmt=formatArticulo&i18n.http.lang=fr> (fecha de consulta: 26-abril-2020).
- Custer, R. y Milt, H. (1985). *When luck runs out. Help for compulsive gamblers and their families*. Nueva York: Facts on File Publications.

- Dirección General de Ordenación del Juego. (2018). Datos del mercado Español de Juego. Madrid: Gobierno de España. Recuperado en: <http://www.ordenacionjuego.es/es/datos-mercado-espanol-juego> (fecha de consulta: 05-abril-2020).
- Domínguez, A., Pérez, M., Sicilia, E., Villahoz, J. y Fernández, R. (2007). Guía clínica: "Actuar ante el juego patológico". Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1997). Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J. y Páez, D. (1994). Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS): Validación española. Análisis y Modificación de Conducta, 20 (74), 769-791.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Báez, C. (1999). Avances en el tratamiento del juego patológico. Adicciones, 11(4), 349-361.
- España. Ley 13/2011, de 27 de mayo, de Regulación del Juego. Boletín Oficial del Estado, 27 de mayo de 2011, núm. 127. Recuperado en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-9280> (fecha de consulta: 13-marzo-2020).
- España. Real Decreto-ley 2110/1998, de 2 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento de Máquinas Recreativas y de Azar. Boletín Oficial del Estado, 16 de octubre de 1998, núm. 248, pp. 34227 a 34244. Recuperado en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-23945> (fecha de consulta: 13-marzo-2020)
- Extremera, F. (2019). Memoria terapéutica CTA AGRAJER Abril 2018 - Marzo 2019. Granada: AGRAJER.
- Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados. (2018). Ludopatía. A coruña: Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados. Recuperado en: <https://fejar.org/ludopatia/> (fecha de consulta: 06-abril-2020). Fuente electrónica.
- Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados. (2018). Memoria de actividades 2018. A coruña: Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados. Recuperado en: <https://fejar.org/quienes-somos/memoria-anual/> (fecha de consulta: 06-abril-2020)
- Fernández, A. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico. Salud y drogas, 4(2), 79-96.
- Fernández-Montalvo, J., Báez, C. y Echeburúa, E. (2000). Ludopatía y trabajo: análisis de las repercusiones laborales de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras. Clínica y Salud, 11(1), 5-14.

- Ferrández, A. 2010. Eficacia de un tratamiento psicológico multicomponente de aplicación individual para jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- García, J., Díaz, C. y Aranda, J. (1993). Trastornos asociados al juego patológico. *Anales de psicología*, 9(1), 83-92.
- Garrido, P. (2006). Ludopatía o adicción al juego. (A. C. Rico, Ed.) *Contraluz*(3), 229-234.
- Garrido, M., Jaén, P. y Domínguez, A. (2004). Ludopatía y relaciones familiares. Barcelona: Paidós.
- Germán, I. (2010). La relevancia criminológica de las adicciones sin sustancia a determinadas conductas y de su tratamiento. *International e-Journal of Criminal Science*, 3(4), 1-23.
- Goffard, J. (2008). Juego patológico: Una revisión bibliográfica de la ludopatía. *Psicología.com*, 12(2), 1-9.
- Gómez, M. (2015). Aproximación a la respuesta al tratamiento en el juego patológico: desde la motivación al cambio hasta el método de intervención. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Gómez, J. y Lalanda, C. (2018). Anuario del juego en España 2018. Madrid: Instituto de Política y Gobernanza de la Universidad Carlos III y Grupo Codere.
- Gómez, J., Cases, J., Gusano, G. y Lalanda, C. (2015). Percepción social sobre el juego de azar en España 2015 VI. Madrid: IPOLGOB-UC3M.
- González, A. (1989). Juego patológico: una nueva adicción. Madrid: Canal Comunicaciones.
- Grant, J.E., Kim, S.W. y Potenza, M.N. (2003). Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19 (1),85-109.
- Gutiérrez, M. (2013). Ludopatía y Salud Mental. *JOKUZ KANPO* de la Asociación ASAJER (21).
- Ibáñez, Á. y Sáiz, J. (2001). La ludopatía: una "nueva" enfermedad. Barcelona: MASSON .
- Instituto Nacional de Estadística. Población, superficie y densidad por municipio. Recuperado en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2881> (fecha de consulta: 23-marzo-2020). Fuente electrónica

- Dirección General de Ordenación del Juego (2015). Estudio sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azar en España 2015. Madrid: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Recuperado en: <https://www.ordenacionjuego.es/es/estudio-prevalencia> (fecha de consulta: 01-mayo-2020).
- Dirección General de Ordenación del Juego. (2017). Estudio y análisis de los factores de riesgo del trastorno de juego en población clínica española. Madrid: Ministerio de Hacienda y Función Pública. Recuperado en: <https://www.ordenacionjuego.es/es/estudio-prevalencia> (fecha de consulta: 05-mayo-2020).
- Dirección General de Ordenación del Juego. (2018). Datos del Mercado Español de Juego. Informe anual. Madrid: Ministerio de Hacienda, Gobierno de España. Recuperado en: <https://www.ordenacionjuego.es/es/datos-mercado-espanol-juego> (fecha de consulta: 22-abril-2020).
- Dirección General de Ordenación del Juego. (2019). Memoria de actividad 2019. Madrid: Ministerio de consumo. Recuperado en: <https://www.ordenacionjuego.es/es/memorias-informe-anual> (fecha de consulta: 24-marzo-2020).
- Ladouceur, R., Fontaine, O. y Cottraux, J. (1994). Terapia cognitiva y comportamental. Barcelona: Masson.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., y Doucet, C. (2002). Understanding and treating the pathological gambler. Chichester, West Sussex: John Wiley and Sons, Ltd.
- Lesieur, R. y Blume, B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. American Journal of Psychiatry, 144, 1184-1188.
- Lesieur, HR. (1988a). Altering the DSM-III criterion for Pathological Gambling. J Gambl Behav 1988^a; 4: 38-47
- Martínez, G. (2018). Programa para la prevención de la ludopatía. Principado de Asturias: Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana, Gobierno de Asturias.
- McCormick, R.A. y Taber, J.I. (1987). The pathological gamblers: Salient personality variables. The handbook of pathological gambling, 9-39. Springfield: Thomas Publisher.
- Moody, G. (1990). Quit compulsive gambling. Wellingborough: Thorsons.
- Morán, E. (1970). Varieties of pathological gambling. British Journal of Psychiatry, 116: 593-597.
- Ochoa, E. y Labrador, F. 1994. El juego patológico. Barcelona: Plaza y Janés.

- Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales del comportamiento y desarrollo. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: MEDITOR
- Organización Mundial de la Salud. (1993). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales del comportamiento y desarrollo. Criterios Diagnósticos de Investigación. Madrid: MEDITOR
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Fortaleciendo la promoción de la salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (Hoja informativa, N° 220).
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Washington, D.C: OPS. Recuperado en: https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf (Fecha de consulta: 23-febrero-2020)
- Prieto, M. (2003). Una propuesta de clasificación de los jugadores patológicos. Psicología Conductual, 11(1), 5-23.
- Asociación Aragonesa de Jugadores de Azar en Rehabilitación, AZAJER. (2018). Memoria AZAJER 2018. Zaragoza: AZAJER Recuperado en: <http://www.azajer.com/index.php/azajer/memorias-anuales/memoria-azajer-2018> (fecha de consulta: 07-mayo-2020)
- Ríos, J. y Escudero, C. (2016). Neurobiología del Juego patológico: Manifestaciones clínicas e implicaciones neuropsicológicas. Revista Katharsis, 22, 305-337. Recuperado en: <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>; (fecha de consulta: 03-mayo-2020).
- Robert, C. y Botella, C. (1994). Trastornos de control de impulsos: el juego patológico. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Comp.). Manual de Psicopatología, 559-594. Madrid: McGraw-Hill.
- Rosenthal, RJ. (1989). Pathological gambling and problem gambling: problems in definition and diagnosis. En: Shaffer, H et al, eds. Compulsive gambling: theory, research and practice. Lexington: Lexington Books.
- Sánchez, E. (2003). Juego patológico: un trastorno emergente. Trastornos adictivos, 5(2), 75-87.
- Sánchez, R. y Valdez, C. (2019). La problemática social del juego patológico: un nuevo campo de exploración para el Trabajo Social. Margen (94), 1-8.

Santos, J. (2008). Manual de Intervención en Juego Patológico. Mérida: Secretaría Técnica de Drogodependencias.

Secades, R. y Villa, A. (1998). El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia. Madrid: Pirámide.

Winters, K.C., Stinchfield, R.D. y Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Jornal of Gambling Studies*, 9, 63-84.

ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario The South Oaks Gambling Screen (SOGS)

(Lesieur y Blume, 1987. Validación española de Echeburúa et al, 1994)

NOMBRE: **Nº:**

.....

FECHA:

1. Indique, por favor, cuál de los siguientes juegos ha practicado usted en su vida.

Señale para cada tipo una contestación:

1: “nunca” | 2: “menos de una vez por semana” | 3: “una vez por semana o más”

	1	2	3
a) Jugar a cartas con dinero de por medio.....			
b) Apostar en las carreras de caballos.....			
c) Apostar en el frontón o en los deportes rurales.....			
d) Jugar a la lotería, a las quinielas, a la primitiva, a la bonoloto o a los ciegos.....			
e) Jugar en el casino.....			
f) Jugar al bingo.....			
g) Especular en la bolsa de valores.....			
h) Jugar en las máquinas tragaperras.....			
i) Practicar cualquier deporte o poner a prueba cualquier habilidad por una apuesta.....			

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

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

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

- | | | | | | |
|------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Mi padre | <input type="checkbox"/> | Un abuelo | <input type="checkbox"/> | Otro familiar | <input type="checkbox"/> |
| Mi madre | <input type="checkbox"/> | Mi cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> | Un amigo o alguien importante para mi | <input type="checkbox"/> |
| Un hermano | <input type="checkbox"/> | Alguno de mis hijos | <input type="checkbox"/> | | |

4. Cuando usted juega dinero, ¿con qué frecuencia vuelve otra vez a jugar para recuperar lo perdido?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Nunca | <input type="checkbox"/> |
| Algunas veces, pero menos de la mitad | <input type="checkbox"/> |
| La mayoría de las veces que pierdo | <input type="checkbox"/> |
| Siempre que pierdo | <input type="checkbox"/> |

5. ¿Ha afirmado usted alguna vez haber ganado dinero en el juego cuando en realidad había perdido?

Nunca

Sí, pero menos de la mitad de las veces que he perdido

La mayoría de las veces

6. ¿Cree usted que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?

No

Ahora no, pero en el pasado sí

Ahora sí

7. ¿Ha jugado alguna vez más dinero de lo que tenía pensado?

Sí No

8. ¿Le ha criticado la gente por jugar dinero o le ha dicho alguien que tenía un problema de juego, a pesar de que usted cree que no es cierto?

Sí No

9. ¿Se ha sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?

Sí No

10. ¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello?

Sí No

11. ¿Ha ocultado alguna vez a su pareja, a sus hijos o a otros seres queridos billetes de lotería, fichas de apuestas, dinero obtenido en el juego u otros signos de juego?

Sí No

12. ¿Ha discutido alguna vez con las personas con que convive sobre la forma de administrar el dinero?

Sí No

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

Sí No

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

Sí No

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

Sí No

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

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

PUNTUACIÓN DEL S.O.G.S

Las puntuaciones de este cuestionario están determinadas por el número de preguntas que revelan una respuesta “de riesgo”.

- No se valoran las preguntas 1, 2 y 3.
- Pregunta 4: “La mayoría de las veces que pierdo” o “Siempre que pierdo”.
- Pregunta 5: “Sí, pero menos de la mitad de las veces que he perdido” o “La mayoría de las veces”.
- Pregunta 6: “Ahora no, pero en el pasado sí” o “Ahora sí”.
- Pregunta 7: Sí.

- Pregunta 8: Sí.
- Pregunta 9: Sí.
- Pregunta 10: Sí.
- Pregunta 11: Sí.
- Pregunta 12: No se valora.
- Pregunta 13: Sí.
- Pregunta 14: Sí.
- Pregunta 15: Sí.
- Pregunta 16a: Sí.
- Pregunta 16b: Sí.
- Pregunta 16c: Sí.
- Pregunta 16d: Sí.
- Pregunta 16e: Sí.
- Pregunta 16f: Sí.
- Pregunta 16g: Sí.
- Pregunta 16h: Sí.
- Pregunta 16i: No se valora.

**ANEXO 2. Cuestionario The South Oaks-Versión Revisada para Adolescentes
(SOGS-RA)**

(Winters, Stinchfield y Fulkerson, 1993. Validación española de Secades y Villa, 1998)

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

	A LO LARGO DE LA VIDA		DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES				
	Nunca	Al menos una vez	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente
a) Jugar a las cartas por dinero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Jugar a cara o cruz por dinero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Apostar en juegos de habilidad, como billar, golf o bolos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Apostar en deportes de equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Apostar en carreras de caballos o de perros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Jugar al bingo por dinero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Jugar a los dados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Jugar en máquinas tragaperras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Raspar cartones para ganar premios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Jugar a la bonoloto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

- Sí
- No
- No lo sé

En caso afirmativo, ¿cuál de ellos?

- Solamente mi madre
- Solamente mi padre
- Ambos

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

- Sí
- No
- No lo sé

En caso afirmativo, ¿cuál de ellos?

Solamente mi madre

Solamente mi padre

Ambos

En los últimos 12 meses:

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

Todas las veces

La mayoría de las veces

Algunas veces

Nunca

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

Sí No

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

Sí No

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

Sí No

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

Sí No

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

Sí

No

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

Sí

No

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

Sí

No

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

Sí

No

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

Sí

No

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

Sí

No

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

Sí

No

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

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

PUNTUACIÓN DEL SOGS-RA

- No se valoran los ítems 1, 2, 3, 4, 16a y 16h.
- El ítem 5 se puntúa con “1” cuando la respuesta es “todas las veces” o “la mayoría de las veces”. El resto de las respuestas se puntúan con “0”.
- Los ítems del 6 al 16, se valoran con “0” cuando la respuesta es negativa y con “1” cuando la respuesta es afirmativa.