



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Propuesta de intervención psicológica de Juego Patológico

Autora

Rosa González Núñez

NIA: 801754

Directoras

María Pilar García Pardo
Yurena Alonso Esteban

Grado en Psicología

Curso 2023-204



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

RESUMEN

El juego patológico (comúnmente ludopatía) es un trastorno de la salud mental que se basa en una conducta adictiva a la práctica de los juegos de azar. La prevalencia de este trastorno es alta y provoca impacto en diversos ámbitos vitales, por lo que puede considerarse un riesgo para la salud pública. El presente estudio plantea una propuesta de intervención psicosocial, cuyo objetivo principal es una extinción completa y duradera de la conducta de juego. Se pretende alcanzar mediante los siguientes objetivos específicos: reestructuración cognitiva de las distorsiones cognitivas relacionadas con el juego, control de estímulos, asimilación de nuevas estrategias de afrontamiento y de resolución de problemas. Los resultados esperados de la implementación de este programa son: abandono de la conducta adictiva, mejora en las relaciones sociales, en la gestión emocional y de la gestión del estrés. La intervención está destinada a recibirse por una muestra conformada por 20 participantes de entre 18 y 35 años. El diseño de intervención se basa en el enfoque cognitivo-conductual. Por último, se incita a destinar más recursos a la investigación, prevención y tratamiento de la adicción al juego y a crear políticas legales de regulación.

PALABRAS CLAVE

Adicción, Juego Patológico, Ludopatía, Intervención, Tratamiento.

ABSTRACT

Pathological gambling (commonly called compulsive gambling) is a mental health disorder based on addictive behaviour to gambling. The prevalence of this disorder is high and it has an impact on various areas of life, so it can be considered a risk to public health. This study proposes a psychosocial intervention, the main objective of which is a complete and lasting extinction of gambling behaviour. It is intended to be achieved through the following specific objectives: cognitive restructuring of cognitive distortions related to gambling, stimulus control, assimilation of new coping and problem-solving strategies. The expected results of the implementation of this programme are: abandonment of addictive behaviour, improvement in social relationships, emotional management and stress management. The intervention is intended to be received by a sample made up of 20 participants between 18 and 35 years of age. The intervention design is based on the cognitive-behavioral approach. Finally, it encourages the allocation of more resources to research, prevention and treatment of gambling addiction and the creation of legal regulatory policies.

KEY WORDS

Addiction, Pathological Gambling, Ludopathy, Intervention, Treatment.

Introducción

Los juegos de azar son un tipo de entretenimiento que consiste en apostar un objeto de valor (en la mayoría de casos, dinero) con el objetivo de conseguir otro objeto de mayor valor (Bowden-Jones et al., 2019).

Se basan en la toma de decisiones, el riesgo y la posibilidad de conseguir una recompensa. Esta clase de juegos han existido a lo largo de la historia, dado que el cálculo de las compensaciones entre el riesgo al que se expone el jugador y el percibo de una recompensa es inherente a muchos aspectos del ser humano (Blanco et al., 2015). Por este motivo, hay estudios en los que se expone a animales de laboratorio a este tipo de tareas de toma de decisiones (que se asemejan a los juegos de azar) y son capaces de realizarlas. Estos estudios reflejan la involucración de ciertas regiones cerebrales similares (corteza prefrontal dorsolateral, amígdala, corteza orbitofrontal...) en guiar la toma de decisiones en la incertidumbre tanto en ratas como en humanos (Clark et al., 2013).

Actualmente existen variados tipos de juegos de azar o juegos de apuestas como juegos de naipes (por ejemplo, el póquer o el blackjack), ruleta, máquina “tragaperras”, bingo, loterías o apuestas deportivas. Éstos se han convertido en una actividad muy extendida y de mucha accesibilidad (oportunidad de jugar también online a través de dispositivos electrónicos) en la mayoría de culturas (Bowden-Jones et al., 2022). Pueden tratarse de una actividad recreativa inofensiva, sin embargo, en otros casos pueden tener consecuencias severas para algunos participantes. En su forma más grave, se desarrolla el juego patológico (comúnmente conocido como ludopatía) reconocido como un trastorno de la salud mental (Ashley & Boehlke, 2012). La prevalencia global de la adicción al juego está aumentando (2,3%), particularmente en el sector de los jóvenes. Existe una mayor prevalencia en hombres que en mujeres (Moreira et al., 2024) aunque es cierto que esta brecha de género se está reduciendo en los últimos tiempos (Prasad & Jiriwal, 2019).

Los rasgos principales de la adicción al juego son: patrones desadaptativos persistentes y recurrentes de conducta relacionada con el juego (Vanelli et al., 2016). Algunos de los criterios de este trastorno, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) pueden ser: Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada; Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego; Después de perder dinero

en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar o miente para ocultar su grado de implicación en el juego (American Psychiatric Association, 2013).

Una característica relevante al inicio y mantenimiento del trastorno son las distorsiones cognitivas relacionadas con el juego: ilusión de control (sesgo interpretativo del procesamiento de las secuencias aleatorias, en el que el jugador percibe la capacidad de controlar y predecir las ganancias), incapacidad percibida de dejar de jugar, sensación de aversión a las pérdidas deficiente y necesidad de “recuperarlas”, altas expectativas de ganancias en el juego, utilizar el juego como regulador de emociones negativas... (Moreira et al., 2024).

Entre los factores de riesgo identificados para este trastorno se encuentran: relaciones familiares deficientes, falta de cohesión o cuidados familiares, antecedentes familiares de juego patológico, bajo nivel socioeconómico, inmigración, pertenecer al sexo masculino, entorno cercano al juego o temprana exposición a éste, pertenecer a un estatus sociocultural que ofrezca más accesibilidad al juego y oportunidades de éste (cultura permisiva del juego, acceso a dispositivos electrónicos con anuncios de dichos juegos y aplicaciones con las que poder participar a cualquier hora) (Ho, 2017). Además, influyen otros factores de personalidad como alta impulsividad, inestabilidad emocional, neuroticismo, búsqueda de sensaciones, asunción de riesgos o baja autoestima (Lang et al., 2016); así como factores cognitivos: tener estrategias de afrontamiento como la evitación, actitudes y creencias positivas hacia el juego, dificultades con el entorno social, o incluso otros trastornos psiquiátricos como trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), ansiedad, depresión, ideación o intento de suicidio. Finalmente, también se consideran factores de riesgo, comportamientos delictivos (vandalismo, robo, peleas hurtos o fraude) y abuso de sustancias (alcohol, tabaco o cannabis) (Ho, 2017).

Consecuencias individuales comunes de la ludopatía pueden ser: pérdidas financieras significativas, problemas legales y alteraciones progresivas en las relaciones interpersonales (Blanco et al., 2015). Estas alteraciones pueden ser: problemas maritales, disminución de la intimidad y confianza en la familia (Grant et al., 2014). Otros impactos de este trastorno son la afección a la salud física (más comúnmente problemas cardíacos y enfermedades hepáticas), emocional, delincuencia, bajo rendimiento académico o laboral (además de ausentismo o pérdida de empleo) y daño cultural. Éstos no solamente

afectan a las personas que padecen el trastorno sino a su red de apoyo: familiares, amigos y comunidad.

Los trastornos comórbidos más comunes del juego patológico son trastornos del estado de ánimo, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático y trastorno por consumo de sustancias o por consumo de alcohol (Grant et al., 2014).

La adicción al juego se considera trastorno en el año 1980 (primera aparición en el DSM-III). Se clasificó como un trastorno del control de impulsos hasta el DSM-IV-TR; sin embargo, posteriormente se observaron las múltiples similitudes de características relevantes con el trastorno de consumo de sustancias (Ashley & Boehlke, 2012) como la falta de control, el aumento de la tolerancia y la participación continua en un comportamiento a pesar de las consecuencias negativas (Grant et al., 2014), además de una superposición genética entre las adicciones relacionadas con sustancias y las no relacionadas con sustancias (Lang et al., 2016). El único comportamiento específico del trastorno del juego patológico, que parece diferenciar estos dos trastornos, es el de “persecución”, que consiste en el juego continuo para recuperar las pérdidas (Takeuchi et al., 2016). Por lo tanto, el DSM-5 presenta una reclasificación en la categoría denominada “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” compuesta por: adicciones de sustancias y adicciones no relacionadas con sustancias (el trastorno del juego patológico se ubica en esta última) (Mann et al., 2016).

El tratamiento del juego patológico es un proceso muy complejo. Existen muchos obstáculos o agravantes que dificultan la recuperación de este trastorno como el principal síntoma de la patología (resistencia por parte del individuo con el trastorno, no considera necesario el tratamiento), la necesidad de mayor sensibilidad del sistema sanitario y social del problema, falta de claridad en pautas de intervención o etiología... (Mladenović et al., 2015). Actualmente, la terapia cognitivo conductual es la que más resultados en la investigación ha probado, por lo tanto, parece ser la psicoterapia más efectiva para problemas de juego debido a las distorsiones cognitivas que afectan al juego y poder modificarlas a través de esta psicoterapia (Rizeanu, 2015). Aunque, también ha resultado positivo en algunos estudios la intervención sistémica, ya que afecta no solamente al individuo que padece el trastorno sino también a su entorno más cercano y es un factor de protección que ayuda a disuadir la resistencia al tratamiento (Mladenović et al., 2015).

Además del cambio y la creación de estrategias cognitivas, se han empleado técnicas conductuales éticas (no relacionadas a la terapia aversiva) como pueden ser planificación de actividades alternativas, el entrenamiento en resolución de problemas, la planificación financiera y el establecimiento de límites, el entrenamiento en habilidades sociales y comunicación, la prevención de recaídas, el control de estímulos, la exposición in vivo y la desensibilización imaginal (Moreira et al., 2024). Por último, se considera crucial en la intervención la motivación y la adherencia al tratamiento (Aragay et al., 2015), esto se debe a que los daños potenciales se agravan por las estadísticas: sólo entre el 7 y el 12% de los jugadores problemáticos buscan tratamiento para su trastorno (Bowden-Jones et al., 2019). Además, el trastorno del juego es significativamente más difícil de detectar que un trastorno por consumo de sustancias, ya que el individuo no presenta síntomas fisiológicos, lo cual dificulta la intervención temprana y favorece el acto de ocultar el problema de juego (Ashley & Boehlke, 2012).

Por otro lado, existen factores que influyen negativamente al proceso del tratamiento y agravan el diagnóstico, los cuales se han de controlar para obtener una intervención eficaz, como el consumo abusivo de alcohol, consumo de sustancias, cogniciones mencionadas anteriormente relacionadas con el juego, motivos de juego (dinero, sentimientos positivos a través de la conducta de juego, refuerzo positivo y negativo a través del riesgo, regular estado interno del individuo y desafío). Factores que se pueden considerar protectores y también se han de contemplar para diseñar la intervención son: apoyo emocional, crecimiento personal, autonomía y el afecto global (Dowling et al., 2021). Se ha estudiado también sobre los predictores que influyen en las recaídas o abandono de la terapia del trastorno, no hay resultados concluyentes, aunque algunos estudios muestran que se pueden considerar como factores de riesgo para las recaídas: estado civil soltero, conducta activa de juego en la inclusión de la terapia, edad más joven y puntuaciones altas en la dimensión de personalidad de evitación de daños del TCI-R (Aragay et al., 2015).

Finalmente, tras la revisión de la bibliografía que se detalla en el estudio, resulta necesario realizar numerosas propuestas de intervención como la presente, implementarlas y demostrar si son eficaces; así como destinar más recursos a la investigación de ciertos aspectos de este trastorno, cuya prevalencia va aumentando de forma muy rápida y afecta a la población joven y a sus seres queridos con síntomas que producen bastante malestar e influyen en diversas áreas vitales.

Objetivos

El objetivo principal es diseñar un plan de intervención para conseguir una remisión total de los síntomas del trastorno del Juego Patológico, además de la extinción de la conducta del juego. Los objetivos específicos mediante los que se va a alcanzar son: reestructuración cognitiva de las distorsiones cognitivas relacionadas con el juego, control de estímulos, asimilación de nuevas estrategias de afrontamiento y de resolución de problemas saludables, y como consecuencia de éstas: mejora en las relaciones sociales, en la gestión emocional y del estrés. Las hipótesis afirman una mejora significativa al finalizar la intervención de estas dimensiones.

Método

Participantes

El presente estudio se compone por 20 personas con trastorno de adicción al juego. Los criterios de inclusión son los siguientes: cualquier condición socioeconómica, así como toda la variedad de sexos y etnias; el rango de edad aceptado es de entre 18 y 35 años. Deben presentar un diagnóstico corroborado por un profesional en salud mental del trastorno, además de firmar un cuestionario en el que acceden a participar voluntariamente en la intervención. Se da prioridad a los pacientes de la asociación Azajer que deseen participar, aunque también se aceptan voluntarios que no sean miembros de ésta. Se establecen como criterios de exclusión padecer trastornos psiquiátricos comórbidos que pueden interferir en los resultados de la intervención como consumo abusivo de sustancias, depresión o ansiedad; siendo incluidas personas con antecedentes pero que no presentan actualmente síntomas del trastorno.

Instrumentos

“The Gambling Related Cognition Scale” (GRCS) por Raylu y Oei, en 2004, se trata de una escala de 23 ítems que se encarga de evaluar una amplia gama de cogniciones relacionadas con el juego (cogniciones erróneas relativas a las expectativas de éxito en el juego y creencias de uno mismo en relación con el juego) de la población en general. Se mide mediante una escala de Likert siendo 1 = Muy en desacuerdo, y 7 = Muy de acuerdo.

Tiene cinco categorías 4-6 ítems cada una, que miden: Expectativas de juego (“Jugar me ayuda a reducir la tensión y el estrés”), Ilusión de Control (“Números y colores

específicos que pueden ayudarme a aumentar las posibilidades de ganar”), Control predictivo (“Una serie de pérdidas seguidas en el juego, anticipan una ganancia”), Incapacidad de dejar de jugar (“No soy lo suficientemente fuerte para dejar de jugar”) y Sesgo interpretativo (“Recordar cuánto dinero gané la última vez me hace seguir apostando”). Esta escala cuenta con buenas propiedades psicométricas y se considera útil para identificar las cogniciones relacionadas con el juego (Raylu & Oei, 2004).

El South Oaks Gambling Screen (SOGS) por Lesieur y Blume, de 1987, es una escala de 20 ítems de síntomas y criterios similares al Manual Diagnóstico DSM-5 del Juego Patológico, evalúa dimensiones como la frecuencia de juego, reconocimiento de un problema con el juego, problemas psicosociales, problemas en el empleo o financieros debidos a la conducta de juego... Algunos ejemplos de ítems son: “Me sentí culpable”, “He ocultado boletos de apuestas”, “Pedí prestado dinero y no lo devolví” o “Sentí que me gustaría dejar de jugar, pero no creí que pudiera hacerlo”. Se considera fiable, su alfa de Cronbach es de 0,69 y 0,86; así como también se ha probado su alta validez (Stinchfield, 2002).

La Escala de Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M) es relativa a las estrategias de afrontamiento asociadas a situaciones de estrés, gestión emocional y solución de problemas. Contempla 14 tipos de estrategias: Búsqueda de alternativas, Conformismo, Control emocional, Evitación emocional, Evitación conductual, Evitación cognitiva, Reevaluación positiva, Reacción depresiva, Reacción agresiva (irritabilidad), Religión, Búsqueda de apoyo social, Búsqueda de apoyo profesional, Preocupación, Refrenar el afrontamiento y Espera. A diferencia de otras escalas contempla numerosas formas de lidiar con situaciones estresantes, además su alfa de Cronbach es 0,847 (Londoño et al., 2006).

The Satisfaction With Life Scale (SWLS) se utiliza como medida de la calidad y satisfacción vital o sensación de bienestar subjetivo. Tiene correlación con variables como afecto positivo, afecto negativo, autoestima, optimismo, extraversión... Algunos ítems son: “Si pudiera volver a vivir mi vida, no cambiaría casi nada”, “Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en mi vida” o “Estoy muy satisfecho con mi vida” (Pavot & Diener, 2008). Esta escala muestra una alta consistencia interna y cuenta con validez convergente, discriminante y de contenido (van Beuningen, 2012).

Otro instrumento que se requiere para este diseño de intervención, es una escala de motivación, siendo tan importante en la adicción del juego. Reasons for Gambling

Scale (RGS) por Luceri y Vergura en 2015, es una escala de 15 ítems, cuyo objetivo es medir la motivación para la conducta de juego. Incluye ítems como: “Tengo curiosidad por saber qué puede pasar en cada apuesta”, “El juego es la mejor forma que conozco de usar mi tiempo libre” o “Intento ganar dinero para aumentar mis ganancias de juego”. Se evalúa en base a una escala de 5 puntos; siendo 1 extremadamente no importante; 5 extremadamente importante. Cuenta con alta fiabilidad y consistencia interna, su Alfa de Cronbach es 0,84.

Por último, la Escala de Bienestar y Estrés en familiares cuidadores (por Rubio et al., en 1999), para evaluar las relaciones familiares u otros seres queridos cercanos al paciente. La variable de bienestar se divide en varias dimensiones: Necesidades básicas (expresión emocional, atención a necesidades físicas, seguridad, autoestima y estima por otros), Actividades vitales (tiempo para uno/a mismo/a, mantenimiento de casa, actividades de ocio, funcionalidad fuera de casa, apoyo familiar) y la variable de Estrés se divide en: Inconveniencia, Adaptación y Alteraciones.

Procedimiento

1	Creación del documento informativo	Adaptar la plantilla del documento informativo que incluye los criterios de inclusión y exclusión	DIFUSIÓN
2	Contactar con usuarios/as	Enviar el documento junto con una tarjeta de contacto a pacientes de Azajer y otros espacios locales (otras fundaciones relativas al trastorno, universidades, plataformas de empleo, lugares recreativos...)	DIFUSIÓN
3	Cubrir las plazas	Se cubren las 20 plazas en orden de inscripción, priorizando pacientes de la asociación Azajer.	SELECCIÓN
		Se cita a las 20 personas elegidas para comprobar el cumplimiento de los criterios (documento de identidad oficial válido en el	

4	Cita	que se muestre la edad, diagnóstico corroborado por un profesional sanitario) y se pide que firmen el documento de consentimiento	SELECCIÓN
5	Cita	Explicación breve de la intervención si se ha demostrado adecuación a los criterios y solventar posibles dudas. Pasar test de Bienestar y Estrés a los/as acompañantes de las personas seleccionadas; y las demás escalas: GRCS, SOGS, EEC-M, SWLS y RGS a los/as participantes.	SESIÓN INICIAL
6	Sesiones	El programa consta de 11 sesiones, cuya duración son 90 minutos. La duración, el número y varios objetivos de sesiones han sido basados en dos programas de intervención (Garcia-Caballero et al., 2018) (Marco & Chóliz, 2013). Se lleva a cabo una sesión semanal durante dos meses en la asociación Azajer (calle Rioja, 9, Delicias, 50017, Zaragoza). Se inician el día 2 de septiembre y finalizan el día 14 de noviembre.	INTERVENCIÓN
7	Cita final	Pasar tests de nuevo a los/as participantes.	SESIÓN FINAL
8	Comparación de resultados pretest y post test.	Utilizar el Programa Estadístico IBM SPSS 25 para analizar los resultados iniciales y finales y determinar si existe mejoría, y, por tanto, se trata de un programa eficaz.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Documento informativo con criterios de inclusión y exclusión, datos de contacto y fecha en la que se va a realizar (ver Anexo I). Tarjeta con datos de contacto de la

asociación (ver Anexo II) Documento de consentimiento de participación a la intervención (ver Anexo III).

Sesiones

1	Presentación y entrevista inicial	Conocer a los miembros del programa y evaluación inicial	“Empecemos”
2	Introducción	Psicoeducación del trastorno y bases del tratamiento	“No es sólo un juego”
3, 4	Motivación	Psicoeducación de motivación, crear y firmar un contrato conductual junto a una planificación semanal	“Motívate al cambio” y “Probemos otro ocio”
5, 6	Resolución de conflictos	Obtener herramientas para la resolución de conflictos	“Fotos problemáticas” y “Otros problemas”
7, 8	Control de estímulos	Identificar y controlar estímulos externos y desarrollar habilidades para evitar o manejar el estrés	“El jugador”
9, 10	Estrategias de afrontamiento	Desarrollar habilidades necesarias para lidiar con emociones o situaciones de estrés	“Hablemos de emociones y estrés” y “Respira conmigo”
11, 12	Reestructuración cognitiva	Identificar distorsiones cognitivas y realizar una reevaluación positiva	“¿Qué son las distorsiones cognitivas?” y “Cartas de creencias”

13	Finalización del programa y evaluación final	Conocer posibles predictores de recaída y realizar evaluación final	“Despedida”
----	--	---	-------------

(Desglose de actividades en Anexo IV).

Recursos

Para llevar a cabo este programa de intervención se requieren de dos tipos de recursos: materiales y humanos. Respecto a los recursos humanos, se requiere de una persona titulada del grado de Psicología que se va a encargar de realizar las sesiones y las evaluaciones. En relación a los recursos materiales:

2 copias por participante con los siguientes test impresos: The Gambling Related Cognition Scale, South Oaks Gambling Screen, Escala de Estrategias de Coping Modificada, The Satisfaction With Life Scale, Reasons for Gambling Scale, Escala de Bienestar y Estrés en Familiares Cuidadores y 20 copias de la tabla de Autorregistro y la Planificación Semanal. También se requiere de una plataforma a través de la cual se puedan crear diapositivas, un ordenador, un dispositivo para proyectar, una pantalla, unas diapositivas psicoeducativas de adicción al juego, pizarra y rotulador, paquete de 100 folios, 20 bolígrafos, película “El jugador” de 1974 en formato DVD o en alguna plataforma digital, 20 esterillas, cartas (folios de colores) con situaciones problemáticas y distorsiones cognitivas escritas relativas al trastorno a tratar, imágenes que reflejan situaciones problemáticas, conexión a internet para reproducir vídeos de Youtube.

Evaluación

Para iniciar la evaluación se pasarán los instrumentos de evaluación detallados con anterioridad a los/as participantes. Éstos son: The Gambling Related Cognition Scale, South Oaks Gambling Screen, Escala de Estrategias de Coping Modificada, The Satisfaction With Life Scale, Reasons for Gambling Scale, Escala de Bienestar y Estrés en Familiares Cuidadores (éste último se administra a los/as familiares del usuario/a).

Una vez finalizada la intervención, se observan los resultados del grupo nuevamente. Además, se van a realizar tres evaluaciones más: al cabo de 3 meses, 6 meses y 1 año de la intervención con el objetivo de determinar si la intervención es eficaz a medio- largo plazo.

Resultados esperados

Respecto a la prueba inicial de “The Gambling Related Cognition Scale” se espera obtener respuestas negativas y significativas en el grupo. Al suministrar el post-test al finalizar la intervención, es de esperar obtener una media de puntuaciones inferiores a 60 puntos en los/as participantes, es decir, significativamente alta y mayor al resultado pretest. Por lo tanto, se cumple la hipótesis que mantiene una mejora significativa en este ámbito comparando el inicio y el final de las puntuaciones obtenidas. Además, dicha mejora se mantiene en los resultados al pasar 3, 6 y 12 meses.

Por otro lado, tanto para la escala “South Oaks Gambling Screen”, como para la escala “Reasons for Gambling Scale” se espera obtener en la evaluación inicial resultados muy altos significativamente de ambos grupos. Durante el post-test se observa posiblemente, una reducción muy notable y significativa; de nuevo se cumple la hipótesis en el test al finalizar la intervención, a los 3, 6 y 12 meses también se esperan resultados similares.

Respecto a la Escala de Estrategias de Coping Modificada, cabría esperar obtener puntuaciones significativamente altas en la evaluación inicial en dimensiones como espera, religión, conformismo, evitación emocional, reacción agresiva, reacción depresiva... en el grupo. En los resultados post test se podrían obtener puntuaciones significativamente bajas en estas dimensiones, y en cambio presentar puntuaciones significativamente altas (frente a las puntuaciones iniciales) en dimensiones como: búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo profesional, reevaluación positiva, autonomía, etc. Por tanto, a través de esta escala también se cumplirían las hipótesis. Al repetir la realización de esta escala a los meses (3, 6 y 12) las puntuaciones seguirían siendo significativamente altas en comparación a los resultados previos a la intervención.

Por último, de las escalas: “The Satisfaction With Life Scale” y la “Escala de Bienestar y Estrés en Familiares Cuidadores” (ésta última se administra a los/as familiares del usuario/a), se espera unas puntuaciones pretest muy por debajo de la media poblacional, significativamente bajas. Al finalizar la intervención, es posible que las personas presenten resultados significativamente altos en ambas escalas. Es decir, el grupo presenta puntuaciones significativamente mayores en el post-test, a sus resultados iniciales (tanto en la prueba que se realiza inmediata a finalizar la intervención como en las siguientes a medio – largo plazo).

Finalmente se concluye que los resultados de la propuesta de intervención se espera que sean positivos y muestren una mejora significativa en todas las variables mencionadas.

Discusión

Los/as usuarios/as del programa de intervención son activos en los juegos de azar y presentan los síntomas suficientes para ser diagnosticados de “Juego Patológico”.

Además, se observan índices muy altos en la dimensión de distorsiones cognitivas relativas a la adicción al juego, es decir, mantienen creencias como la ilusión de control, la incapacidad percibida de dejar de jugar, sensación de aversión a las pérdidas deficiente y necesidad de “recuperarlas”, altas expectativas de ganancias en el juego... Por otro lado, han asimilado y utilizan frecuentemente estrategias de afrontamiento perjudiciales como la evitación, negación o el conformismo; resuelven conflictos, regulan emociones negativas y situaciones de estrés en muchas ocasiones a través del juego u otras conductas no saludables.

Por último, sus relaciones sociales se han visto muy afectadas por el trastorno y se han perdido constructos fundamentales como la confianza en la familia o la intimidad en la pareja.

Al finalizar la intervención, el grupo ha abandonado completamente la conducta adictiva al juego. Al igual que en la intervención exitosa realizada por Marco y Chóliz en 2013, en la cual se extingue la tendencia adictiva incluso durante el seguimiento. Ha alcanzado la reestructuración cognitiva de estas distorsiones, es decir ha realizado una reevaluación positiva que incluye la comprensión de la aleatoriedad en la que se basan este tipo de juegos o la capacidad de mantener la abstinencia de juego entre otras. Además, ha realizado un control de los estímulos externos, como se observa en el estudio de Gallo y Odriozola en 1995, en el que se ha distanciado de relaciones interpersonales con personas que mantienen frecuentemente la conducta de juego y de lugares recreativos en los que realizaba la conducta y frecuentaba cuando inició la intervención. A través de este control, se previenen posibles recaídas o situaciones que provocan malestar. En dicho estudio sólo se produce una recaída, pero continúa en abstinencia después de 2 años. También, ha asimilado nuevas estrategias de afrontamiento como la reevaluación positiva, desarrollo personal, control emocional o la búsqueda de apoyo social; y de resolución de problemas que pone en práctica durante su vida diaria y ha aprendido a

regular sus emociones y situaciones de estrés de forma saludable. Realiza habitualmente técnicas de regulación aprendidas como la respiración diafragmática, la dinámica del globo o el análisis de disparadores emocionales. Como en otras intervenciones, se logra que no se inicie la conducta de forma impulsiva ni para reducir situaciones desagradables (evadirse de problemas a través del juego) (Marco & Chóliz, 2013).

Asimismo, sus relaciones sociales con familiares o seres queridos cercanos denotan una mejora en constructos como la confianza y la intimidad. Finalmente, ha conseguido una remisión total de los síntomas y una abstención de la conducta de juego duradera (García-Caballero et al., 2018). Estas conductas se mantienen (los síntomas y la conducta de juego han desaparecido y continúan experimentando mejoría en las dimensiones nombradas) tras los 3, 6 y 12 meses.

Conclusión

Este plan de intervención se compone por 20 participantes, de forma que si aplicándolo se consigue eficacia, 20 pacientes presentan un abandono de la conducta de juego, remisión de síntomas del trastorno y del malestar de varias áreas vitales relevantes. Sin embargo, la mayoría de tratamientos exitosos de este trastorno, se realizan exclusivamente para un paciente; de modo que el programa se puede adaptar a las fortalezas y debilidades del/ de la usuario/a, situación ambiental, etc. Una de las limitaciones que se observan en este estudio es que requiere menos recursos que un tratamiento individual, pero no conlleva el mismo seguimiento o disposición que el anterior, y por tanto, no tiene las mismas posibilidades de éxito. Otra limitación es la mínima adherencia al tratamiento (un rasgo muy común en este trastorno), dado que las personas que lo padecen no reconocen la gravedad de los síntomas y no buscan ayuda profesional. Este programa es voluntario, lo cual dificulta su accesibilidad. Por último, no hay tanta investigación, dado que no se reconoció como un trastorno hasta mucho más tarde que otras adicciones como el trastorno por consumo de sustancias y aún se desconocen muchos aspectos relevantes.

Los juegos de azar están a disposición de toda la población incluyendo sujetos menores de edad debido a la gran accesibilidad y exposición que están alcanzando a lo largo de los últimos años. Las casas de apuestas presentan una excesiva proliferación, a

la vez que aumenta la prevalencia de juego patológico en España, que presenta una de las tasas más altas de Europa en adicción al juego en menores de 20 años. El 25% de los jóvenes en España han practicado al menos una vez algún tipo de juego de azar, de los cuales 1 de 4 han desarrollado Juego Patológico (Europa Press, 2022). Por tanto, se puede considerar un riesgo sobre la salud pública y se hace evidente la necesidad de sensibilizar a la comunidad sobre la responsabilidad de las prácticas del juego y la minimización de riesgos asociados a esta actividad (Granero et al., 2014).

Se anima a invertir más recursos en investigación para identificar las causas biológicas, lo cual promueve la prevención e intervención de la adicción al juego (Lang et al., 2016). Además, es necesario realizar más estudios longitudinales, seleccionar y perfeccionar herramientas de evaluación, identificar predictores más fiables... (Bowden-Jones et al., 2022) así como hacer efectivas: políticas que regulen la cantidad de espacios recreativos existentes, prohibición de máquinas de juegos de azar en bares o cafeterías, estrategias integrales a las instituciones de pago que atienden a clientes financieramente vulnerables por los juegos de azar (Moreira et al., 2024), puesto que es un trastorno que afecta a muchas dimensiones vitales: salud física, salud mental, bienestar financiero, relaciones interpersonales ...

Finalmente, se concluye la relevancia de producir intervenciones más efectivas y replicables que alcancen una completa abstinencia del juego y la colaboración de la sociedad para conseguir una (tan necesaria para el mantenimiento) reintegración total en ella.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aragay, N., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Ramos-Grille, I., Cardona, S., ... & Vallès, V. (2015). Pathological gambling: Understanding relapses and dropouts. *Comprehensive Psychiatry*, 57, 58-64.
- Ashley, L. L., & Boehlke, K. K. (2012). Pathological gambling: A general overview. *Journal of psychoactive drugs*, 44(1), 27-37.
- Blanco, C., Hanania, J., Petry, N. M., Wall, M. M., Wang, S., Jin, C. J., & Kendler, K. S. (2015). Towards a comprehensive developmental model of pathological gambling. *Addiction*, 110(8), 1340-1351.
- Bowden-Jones, H., Dickson, C., Dunand, C., & Simon, O. (Eds.). (2019). Harm reduction for gambling: A public health approach. Routledge.
- Bowden-Jones, H., Hook, R. W., Grant, J. E., Ioannidis, K., Corazza, O., Fineberg, N. A., ... & Chamberlain, S. R. (2022). Gambling disorder in the UK: key research priorities and the urgent need for independent research funding. *The Lancet Psychiatry*, 9(4), 321-329.
- Clark, L., Averbeck, B., Payer, D., Sescousse, G., Winstanley, C. A., & Xue, G. (2013). Pathological choice: the neuroscience of gambling and gambling addiction. *Journal of Neuroscience*, 33(45), 17617-17623.
- Dowling, N. A., Aarsman, S. R., & Merkouris, S. S. (2021). Risk, compensatory, and protective factors in problem gambling: The role of positive mental health characteristics. *Addictive Behaviors*, 112, 106604.

- Europa Press. (2022). Podemos alertar de la alta tasa de ludopatía en España en menores de 20 años y carga contra las casas de. . . europapress.es. <https://www.europapress.es/sociedad/noticia-podemos-alerta-alta-tasa-ludopatia-espana-menores-20-anos-carga-contra-casas-apuestas-20220623191458.html>
- Gallo, C. B., & Odriozola, E. E. (1995). El control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta como tratamiento psicológico de la ludopatía de un adolescente. *Análisis y modificación de Conducta*, 21(75), 125-145.
- García-Caballero, A., Torrens-Lluch, M., Ramírez-Gendrau, I., Garrido, G., Vallès, V., & Aragay, N. (2018). Eficacia de la intervención Motivacional y la Terapia Cognitivo-conductual para el tratamiento del Juego Patológico. *adicciones*, 30(3), 219-224.
- Granero, R., Penelo, E., Stinchfield, R., Fernandez-Aranda, F., Savvidou, L. G., Fröberg, F., ... & Jiménez-Murcia, S. (2014). Is pathological gambling moderated by age?. *Journal of gambling studies*, 30, 475-492.
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., & Schreiber, L. R. (2014). Pharmacological treatments in pathological gambling. *British journal of clinical pharmacology*, 77(2), 375-381.
- Ho, K. W. (2017). Risk factors of adolescent pathological gambling: Permissive gambling culture and individual factors. *Deviant behavior*, 38(5), 533-548.
- Lang, M., Leménager, T., Streit, F., Fauth-Bühler, M., Frank, J., Juraeva, D., ... & Mann, K. F. (2016). Genome-wide association study of pathological gambling. *European Psychiatry*, 36, 38-46.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers.

- Londoño, N. H., Henao López, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas psychologica*, *5*(2), 327-350.
- Luceri, B., & Vergura, D. T. (2015). Gamblers' motivations: Developing a Reasons for Gambling Scale (RGS). *Journal of Customer Behaviour*, *14*(1), 33–48.
- Mann, K., Fauth-Bühler, M., Higuchi, S., Potenza, M. N., & Saunders, J. B. (2016). Pathological gambling: a behavioral addiction. *World Psychiatry*, *15*(3), 297.
- Marco, C., & Chóliz, M. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de adicción a Internet y videojuegos. *International journal of psychology and psychological therapy*, *13*(3), 125-141.
- Mladenović, I., Lažetić, G., Lešić-Toševski, D., & Dimitrijević, I. (2015). Treatment of pathological gambling-integrative systemic model. *Psychiatria Danubina*, *27*(1), 0-111.
- Moreira, D., Dias, P., Azeredo, A., Rodrigues, A., & Leite, Â. (2024). A systematic review on intervention treatment in pathological gambling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *21*(3), 346.
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *The journal of positive psychology*, *3*(2), 137-152.
- Prasad, S., & Jiriwal, P. O. (2019). Pathological gambling disorder: an overview. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, *13*(1).
- Raylu, N., & Oei, T. P. (2004). The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): Development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction*, *99*(6), 757-769.

- Rizeanu, S. (2015). Pathological gambling treatment-review. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 187, 613-618.
- Rosenthal, R. J. (2015). Masochism and pathological gambling. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(1), 1-25.
- Rubio, D. M., Berg-Weger, M., & Tebb, S. S. (1999). Assessing the validity and reliability of well-being and stress in family caregivers. *Social Work Research*, 23(1), 54-64.
- Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive behaviors*, 27(1), 1-19.
- Takeuchi, H., Kawada, R., Tsurumi, K., Yokoyama, N., Takemura, A., Murao, T., ... & Takahashi, H. (2016). Heterogeneity of loss aversion in pathological gambling. *Journal of gambling studies*, 32, 1143-1154.
- van Beuningen, J. (2012). *The satisfaction with life scale examining construct validity*. Den Haag/Heerlen: Statistics Netherlands.
- Vanelli, F., Mucci, F., Baroni, S., Piccinni, A., Marazziti, D., Lombardi, A., & Falaschi, V. (2016). Impulsivity traits in pathological gambling. *European Neuropsychopharmacology*, 2(26), S708.