



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Programa PIJMT: Programa de Prevención-Intervención en Jugadores de Máquinas Tragaperras

Autor/es

David Palacios Blanzaco

Director/es

Ernestina Etchemendy Kasten

Grado en Psicología

Año 2018-2019



**Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel**
Universidad Zaragoza

Índice

1. Introducción.....	3
2. Marco Teórico.....	4
a. Descripción del trastorno.....	4
b. Comorbilidad.....	6
c. Tratamientos.....	7
3. Objetivos.....	8
4. Beneficiarios.....	8
5. Metodología.....	8
a. Participantes.....	8
b. Instrumentos.....	9
c. Procedimiento.....	10
d. Sesiones.....	11
6. Recursos.....	14
7. Evaluación.....	15
8. Resultados esperados.....	15
9. Conclusiones.....	16
10. Referencias bibliográficas.....	18
11. Anexos.....	23

Introducción

La adicción a los juegos de azar, más comúnmente denominado por la literatura científica como trastorno de juego, representa una problemática a nivel social que se ha incrementado en las últimas dos décadas (Shaffer y Martin, 2011), pero ha sido en estos últimos años donde ha suscitado cierto interés por parte de los expertos, cambiando su nomenclatura en los manuales diagnósticos (Petry et al., 2014; Weinstock y Rash, 2014). Dicho trastorno supone una afectación severa de las áreas vitales del individuo ya que, se sabe que se ven repercutidos el ámbito laboral, educativo, familiar, social y, el que más, el económico en la persona que lo sufre, lo que podría desembocar en problemas legales posteriormente (Dannon, Lowengrub, Gonopolski, Musin y Kotler, 2006; Rizeanu, 2014; Shaffer y Korn, 2002). Asimismo, y en cuanto a las tasas del trastorno en relación a nuestro país, es importante reflejar que la prevalencia del trastorno de juego en España se encuentra entre el 1.4 y el 1.7 %, resultando ser cifras muy aproximadas a las de otras zonas del mundo (Becoña Iglesias, 2004).

Algo sin duda a destacar, son las consecuencias negativas a nivel psicológico que esto puede desencadenar como bien ponen de manifiesto una cuantía importante de investigaciones que resaltan que el juego patológico tiene altos índices de comorbilidad con consumo excesivo de sustancias, trastornos del estado de ánimo (depresión y ansiedad), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastornos de la personalidad (Dannon et al., 2006; Hollander, Buchalter y DeCaria, 2000; Rizeanu, 2014; Shaffer y Martin, 2011), además de presentar conducta criminal, altas tasas de suicidio y violencia doméstica (Dannon et al., 2006; Rizeanu, 2014; Shaffer y Korn, 2002).

Por lo que respecta a las prácticas de apuestas, lo más común son: loterías, rasca y gana, apuestas deportivas y juegos de azar, siendo las máquinas tragaperras y las apuestas online, lo más realizado (Calado y Griffiths, 2016). Es por ello, que el presente Trabajo de Fin de Grado (TFG), pretende basar un programa de intervención, a partir de los tipos de tratamientos hasta ahora existentes y que resultan más eficaces para reducir la adicción al juego patológico en población diagnosticada, en concreto, de aquellos jugadores de máquinas tragaperras. Por tanto, el objetivo de este trabajo es diseñar un protocolo de intervención dirigido a tratar la adicción al juego en personas que sufren esta patología.

Marco teórico

Descripción del trastorno

El juego resulta una práctica común en todos los lugares del mundo, y para algunas personas puede llegar a ser perjudicial, pudiendo desembocar en un trastorno. Se trata de una patología persistente, con patrones desregulados sobre el juego que correlaciona con un funcionamiento general deficiente, menos calidad de vida y altas tasas de bancarrota, separación y encarcelamiento (Grant y Kim, 2001; Hodgins, Stea y Grant, 2011). Se estima que la prevalencia del trastorno a nivel internacional es de 2.3% (Thomas et al., 2015). Según estudios constatados en Black y Shaw (2019), alrededor de un 4-7% de la población adulta en Estados Unidos desarrolla problemas con el juego. Específicamente en nuestro país, esta problemática tiene una prevalencia del entre 1.4 y 1.7 % (Becoña Iglesias, 2004). En relación con esto, algunos estudios citados en Calado y Griffiths (2016), informan de que hay resultados similares en casi todos los países europeos en prevalencia y factores sociodemográficos.

En el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994, citado en Petry et al., 2014) y revisiones anteriores, el juego patológico se incluyó en los trastornos de control de impulso no en otra sección. Las características de estos trastornos son: no resistir la tentación de ejecutar un acto que es perjudicial para uno mismo o para otros; sensación de tensión ante el acto; y alivio, culpa o arrepentimiento al realizarlo. Puesto que el trastorno de juego patológico presenta poca evidencia asociada con las patologías relacionadas con el control de impulsos (Petry et al., 2014), la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (American Psychiatric Association, 2013, citado en Weinstock y Rash, 2014) lo renombró llamándolo trastorno de juego, reclasificándolo en la nueva sección de trastornos de adicción sin sustancia, eliminando algunos criterios de las versiones anteriores, principalmente los relacionados con el control de impulsos (American Psychiatric Association, 1994). Según el DSM-V (APA, 2013), para determinar la gravedad del trastorno se han utilizado la cantidad de criterios cumplidos. De esta manera, una persona que cumpla de cuatro a cinco criterios será considerada como, leve; alguien que cumpla de seis a siete, como: moderado; y de ocho a nueve, como: severo (Grant, Odlaug y Chamberlain, 2017), aunque esto solo es meramente orientativo. En la Tabla 1 aparecen los criterios para el diagnóstico del trastorno en base al DSM-V, tal y como se refleja en algunos estudios (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014; Hunt y Blaszczynski, 2019).

Tabla 1. *Criterios diagnósticos para el trastorno de juego según el DSM-V.*

A. Juego Patológico problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que 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, pensando en formas de conseguir dinero para apostar).
5. A menudo apuesta cuando siente desasosiego (p. ej. desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión) con el fin de mitigarlo.
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 un episodio maníaco.

Fuente: American Psychiatric Association (2013)

En este sentido, Custer (1984) describió el trastorno de juego como una serie de etapas. La primera fase o “ganadora” aporta sentimientos de grandeza ya que se presuponen pensamientos de gran éxito. Con la aparición de la mala suerte se pasa a la segunda fase o de “pérdidas” en la que el jugador intenta recuperar el dinero, y la última fase es la de “desesperación” en la cual la persona lleva a cabo conductas ilícitas como fraude, malversación, escritura de cheques sin fondos o robos para seguir apostando y justificando estos actos con una futura gran victoria, en esta etapa se es más vulnerable al suicidio. En la misma línea, Shaffer y Martin (2011) muestran que los factores que pueden afectar a la etiología, el mantenimiento y el impacto de los problemas asociados al juego, son: neurobiológicos, neurogenéticos, psicológicos y sociológicos.

Algo que es de relevancia destacar es en qué tipo o perfil de personas se da el problema con el juego. Por tanto, según Calado y Griffiths (2016), el trastorno es más frecuente en: hombres, solteros o divorciados, jóvenes, con nivel educativo bajo, que pertenecen a una minoría étnica e individuos sin trabajo y pocos recursos económicos. Relacionado con esto, y dependiendo con cambios a nivel evolutivo, algunos estudios citados en Floros (2018) proponen una serie de factores de riesgo en la adolescencia, estos son: que sean chicos, tiempo temprano de inicio, rasgos psicológicos innatos predisponentes, prácticas parentales relativas al juego y problemas de salud mental asociados. En cuanto a los factores de protección serían la supervisión parental y el estatus socioeconómico.

En relación con el párrafo anterior, el estudio llevado a cabo por Ciccarelli, Cosenza, Griffiths, Nigro y D'Olimpio (2019), concluye que, en comparación con los adultos, en la etapa inicial del trastorno de juego en adolescentes, la atención sostenida de los estímulos es consciente e impulsada por la propia motivación, el deseo y la anticipación de recompensa, pero con la costumbre, esto se vuelve una práctica automática (Ciccarelli et al., 2019).

Comorbilidad

En cuanto a la comorbilidad, los trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, TDAH, trastornos de personalidad o trastornos de control de impulsos, como las compras y conductas sexuales compulsivas, están relacionados con el trastorno de juego (Argo y Black, 2004; Black y Shaw, 2019; Crockford y el-Guebaly, 1998).

Asimismo, se sabe que el juego patológico está asociado con la ideación suicida (Bischof et al., 2015). En la misma línea y como ponen de manifiesto muchos autores citados en esta misma investigación, los intentos de suicidio están más ligados al sexo femenino, edad joven, trastornos del estado de ánimo, consumo de sustancias, e incluso trastornos de la personalidad, más comúnmente los del Cluster B, entre ellos, trastorno antisocial de la personalidad y trastorno límite de la personalidad. Por tanto, es completamente necesario tener en cuenta este riesgo en el momento de tratar el juego patológico. Del mismo modo, se ha de tener en consideración en el abordaje de dicha patología la comorbilidad con TDAH, ya que la persistencia del mismo en la edad adulta, entorpece el tratamiento, por lo que es recomendable establecer una vía de actuación desde un componente integral (Brandt y Fischer, 2017).

Por otro lado, hallazgos de estudios de imaginería cerebral señalan que los jugadores con síntomas depresivos poseen un volumen mayor de materia gris en la amígdala izquierda que aquellos con el trastorno sin estos síntomas (Zois, Kiefer, Vollstädt-Klein, Lemenager, Mann y Fauth-Bühler, 2018). Por ejemplo, en jugadores de tragaperras con depresión, se da un aumento en la activación del cuerpo estriado-dorsal y la ínsula cuando reciben la recompensa económica (Fauth-Bühler et al., 2014; Zois, et al., 2018). Además, se ha descubierto que en personas con trastorno de juego hay anomalías en el núcleo pálido, lo que se asocia con rasgos impulsivos de la personalidad (Grant, Isobe y Chamberlain, 2019). Igualmente, como destacan Gelskov, Madsen, Ramsøy y Siebner (2016), la red cortico-estriatal en estas personas presenta una

hipersensibilidad a las ganancias y pérdidas económicas, lo que significa una mala representación de los beneficios y costes al estimar posibles resultados, todo ello, por una distorsión en la toma de decisiones.

Tratamientos

En cuanto al tratamiento farmacológico y según su clasificación, los pacientes de tipo impulsivo respondieron bien a fármacos, como bupropion y estabilizadores del ánimo; los obsesivo-compulsivos tuvieron una buena respuesta a los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) por la comorbilidad con depresión y ansiedad; y en los pacientes de tipo adictivo, los antagonistas de opioides como naltrexona dieron buenos resultados (Dannon, Lowengrub, Gonopolski, Musin y Kotler, 2006).

Por un lado, en lo que respecta al tratamiento psicológico del trastorno de juego, la terapia más eficaz es la cognitivo-conductual, cuyas técnicas en desensibilización imaginada, reestructuración cognitiva, control de estímulos o exposiciones en vivo han dado resultados satisfactorios, reduciendo la problemática del trastorno, así como también entrevistas motivacionales (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014; Fernández-Alba Luengo, 2004; Ginley, Rash, y Petry, 2019; Merkouris, Thomas, Browninga y Dowling, 2016; Thomas et al., 2015; Toneatto y Ladouceur, 2003). En relación con lo anterior también se han llevado a cabo estudios sobre *Mindfulness* para la aceptación de pensamientos y sentimientos derivados de la situación de juego (de Lisle, Dowling y Sabura Allen, 2011; Maynard, Wilson, Labuzienski y Whiting, 2015; Snippe, Boffo, Stewart, Dom, y Wiers, 2019), y técnicas basadas en la terapia de aceptación y compromiso (Nastally y Dixon, 2012) o su uso combinado con neuroimagen (Dixon, Wilson y Habib, 2016). Por otro lado, es de relevancia mencionar algunas novedades como, la utilización de la realidad aumentada (Bouchard et al., 2017; Snippe et al., 2019) y el uso de las TIC para reducir el craving (Broussard y Wulfert, 2019; Campos-Bacas, Nebot-Ibáñez, Quero-Castellano y Bretón-López, 2015; Snippe et al., 2019). Del mismo modo, algunas investigaciones reflejan que la percepción por parte del paciente de una red de apoyo social sólida es beneficiosa para alcanzar una victoria en el tratamiento (Montesinos, Lloret, Segura y Aracil, 2016).

Por último, hay autores que sugieren el uso de la actividad física como herramienta potencial para trabajar las recaídas y el manejo del estrés en personas con

trastorno de juego (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2000; Shaffer y Korn, 2002). Asimismo, también se ha recomendado el entrenamiento en regulación emocional para ayudar a los jugadores a disminuir sus niveles de impulsividad en las apuestas (Muñoz-Mendiola, Gregori-Coronado, Abad y Bretón-López, 2017). Sin embargo, hasta el momento no hay estudios que hayan utilizado estos recursos psicológicos para el tratamiento de esta población.

Objetivos

El objetivo general de este Trabajo de Fin de Grado (TFG), es el de diseñar un programa de intervención para la ludopatía, especialmente dirigido a personas jugadoras de máquinas tragaperras.

En relación con los objetivos más de tipo específico, por un lado, se pretende desarrollar el contenido de las sesiones con sus respectivas actividades; y por otro, crear un diseño experimental para evaluar la eficacia del programa de intervención desarrollado.

Beneficiarios

El programa PIJMT va dirigido a todas aquellas personas con problemas para controlarse en el juego de apuestas, más concretamente, a jugadores de máquinas tragaperras. Todo ello, independientemente de su género, estatus socioeconómico, ideología, religión o cultura.

Además, es necesario mencionar que los usuarios del programa no podrán presentar alguna otra complicación, como consumo excesivo de sustancias, trastornos del estado de ánimo u otro tipo de adicciones sin sustancia, como compras o conductas sexuales compulsivas y; mucho menos, algún tipo de trastorno de la personalidad u otro tipo de trastorno mental grave, como trastorno bipolar o esquizofrenia, ya que dificultaría la puesta en práctica del programa PIJMT.

Metodología

Participantes

De acuerdo con los participantes del programa PIJMT, se contará con una muestra total de 60 personas. Los participantes acudirán al centro ambulatorio por

mediación de otros organismos o por voluntad propia, con la intención de mejorar su bienestar general, pero, principalmente, su bienestar psicológico.

Esta muestra se dividirá en dos grupos, cada uno de ellos compuesto por 30 personas. Uno de ellos será el grupo experimental y otro el grupo control. Estos dos grupos se subdividirán dentro de los tres grupos de edad: “juvenil”, “adultez” y “edad avanzada”, siendo 10 los participantes presentes en cada uno. Por ejemplo, si el grupo “adultez” está formado por 20 personas, 10 serán del grupo control y los otros 10 del grupo experimental. En la Tabla 2 se muestran los datos de cada grupo de manera más visual.

Tabla 2. *Participantes.*

	“Juvenil” 18-30 años	“Adultez” 30-50 años	“Edad avanzada” + 50 años
Grupo experimental	10	10	10
Grupo control	10	10	10
Total por rangos de edad	20	20	20
Muestra total		60	

Instrumentos

Para evaluar la eficacia del programa se administrará una batería de cuestionarios:

Entrevista Estructurada de la Historia de Juego (Echeburúa y Báez, 1994a), extraída de Fernández-Montalvo y Echeburúa (2000, p. 140), que tiene 10 ítems y será aplicada por el propio terapeuta al paciente.

Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS) traducido y validado por los españoles Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez (1994b), extraído de Fernández-Montalvo y Echeburúa (2000, pp. 142-146). Es una escala de carácter autoaplicado e individual que presenta 20 ítems, los cuales en su mayoría son de respuesta dicotómica (Sí/No). Cabe mencionar que el primer ítem cuenta con nueve opciones de respuesta con una escala de tipo Likert (1. “Nunca”; 2. “Menos de una vez por semana”; 3. “Una vez por semana o más”), además, el último de todos los ítems está cargado con diez opciones de respuesta y pueden ser elegidas varias de ellas. Asimismo,

esta escala es de las más utilizadas para evaluar el trastorno, alberga una fiabilidad de 0.98 y una consistencia interna con Alfa de Cronbach de 0.94 (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2000, pp. 134-135).

Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento de Larsen, Attkisson, Hargreaves y Nguyen (1979), en Fernández-Montalvo y Echeburúa (2000, pp. 172-173). Esta escala en formato autoaplicado e individual presenta 8 ítems con respuesta de tipo Likert y va de 0 a 3.

Procedimiento

Como se nombra previamente, las personas serán derivadas de instituciones judiciales, por otras entidades públicas o por ser conecedor/a del programa por fuentes propias. Este plan de intervención será establecido en Zaragoza (Aragón), y será llevado a cabo por el Centro –Juego+Gano, este se trata de un centro ambulatorio subvencionado por el Estado en el que los participantes no tendrán que ser ingresados para completar el tratamiento, sino que podrán hacerlo sin necesidad de ello.

Tras firmar el consentimiento informado se realizará la asignación aleatoria al grupo experimental o al grupo control para asegurar el rigor científico de la intervención. Seguidamente, con la intención de agilizar el proceso en la recopilación de información y en la puesta en marcha del programa, se contará con seis psicólogos/as repartidos entre los seis grupos existentes. Es decir, habrá dos psicólogos/as por cada grupo de edad, existiendo un psicólogo/a para el grupo control y otro/a para el grupo experimental. Este reparto entre terapeuta-cliente se pactará por todos los/as psicólogos/as en una reunión previa al comienzo del programa. Gracias a esto, cada psicólogo/a se hará cargo de un grupo de 10 personas y será él/ella la persona encargada de realizar todas las sesiones con esas personas.

Además, una vez realizado dicho reparto y habiendo firmado los participantes el consentimiento informado, se administrarán en la siguiente sesión algunos de los cuestionarios reflejados en el apartado anterior. En la primera sesión, justo antes del comienzo del tratamiento, se les pasará la Entrevista Estructurada de la Historia de Juego (Echeburúa y Báez, 1994a) para evaluar la rutina en el juego y la peligrosidad de la consecución de este comportamiento en el jugador y cómo afecta a las personas de su entorno (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2000, p. 133). En esta misma sesión se distribuirá el SOGS (Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994b), para medir

lo aferrados que están al juego y el nivel de déficit monetario en el que se encuentran. Es importante destacar que esta escala será administrada también a mitad del tratamiento, más concretamente en la cuarta sesión, así como también en la última sesión con el objetivo de observar mejoras en la disminución de la conducta de juego y al mes de seguimiento una vez finalizado el programa. Ello, será evaluado posteriormente por los psicólogos del centro y por profesionales expertos ajenos al programa. Por último, en la sesión final del programa se aplicará el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento de Larsen, Attkisson, Hargreaves y Nguyen (1979), que medirá la calidad de la intervención y el apoyo percibido por el paciente.

Sesiones

El programa PIJMT va a constar de siete sesiones, repartidas en siete semanas, es decir, contará con una periodicidad semanal, en la que cada sesión durará una hora. Se trata de un tratamiento de formato individual en el que se ha hecho especial hincapié en la utilización de técnicas cognitivo-conductuales basadas en control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuestas, extraídas del *Manual práctico del juego patológico: ayuda para el paciente y guía para el terapeuta* de Fernández-Montalvo y Echeburúa (2000). En la Tabla 3 se expone el cronograma de sesiones:

Tabla 3. *Cronograma de las sesiones.*

<i>Sesiones</i>	<i>Tema</i>	<i>Contenidos</i>
1ª sesión	Entrevista inicial (evaluación)	- Primera entrevista y cumplimentación de SOGS - Conclusiones/dudas
2ª sesión	Comienzo del tratamiento	- Presentación del programa - Psicoeducación (Metáfora del Jardín) - Conclusiones/dudas - Tareas para casa
3ª sesión	Control de estímulos y exposición 1ª fase	- Revisar tareas - Control de estímulos - Entrenar HHSS (estilo comunicativo asertivo) - Psicoeducación de exposición - Conclusiones/dudas - Tareas para casa
4ª sesión	Exposición 2ª fase	- Revisar tareas y reforzar - Construir lista de conductas alternativas - Cumplimentar SOGS - Conclusiones/dudas - Tareas para casa
5ª sesión	Exposición 3ª fase	- Revisar tareas y reforzar - Mindfulness - Conclusiones/dudas - Tareas para casa

6ª sesión	Exposición 4ª y última fase	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar tareas y reforzar - Entrenar en técnicas de relajación - Conclusiones/dudas - Tareas para casa
7ª sesión	Cierre	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar tareas y reforzar - Cumplimentación de cuestionario SOGS y encuesta de satisfacción - Conclusiones/ dudas - Tareas para casa

Sesión 1. Entrevista inicial (evaluación)

Objetivo: Tener la primera toma de contacto del paciente con el/la psicólogo/a y que va a ser la persona que va a dirigir el tratamiento desde el principio al final del programa. Aquí, se pretenderá evaluar al paciente haciendo un recorrido a través de la historia de juego para comenzar a ver factores que hayan podido precipitar a la persona a caer en esta práctica tan reiterativa y perjudicial, así como también se intentará evaluar de la forma más acertada posible el nivel de adicción que presenta y el dinero que invierte. Todo ello, gracias a la administración y cumplimentación del formato de Entrevista Estructurada de la Historia de Juego (Echeburúa y Báez, 1994a) y del SOGS (Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994b). Seguidamente, se procederá a la resolución de dudas que pueda tener el/la paciente de cualquier tipo. Todo este material se encuentra en el Anexo 1.

Sesión 2. Comienzo del tratamiento

Objetivo: presentar al paciente los puntos de los que consta el programa poco a poco. Después, realizar una psicoeducación al paciente sobre lo que le ocurre y cuál va a ser el tratamiento que posteriormente va a llevarse a cabo. Para ello, se utilizará la metáfora de la vida como si fuera un jardín extraída de Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas, Soriano y del Carmen (2006), para clarificar los valores vitales del paciente y ayudarle a crear una asociación entre el cuidado de un jardín y las demás áreas de la vida. Para terminar la sesión, se resolverán las dudas que pueda tener el paciente y se le propondrán tareas para casa que le sirvan de reflexión y lo llenen de motivación para afianzar la adherencia al tratamiento. Las tareas para casa y la manera de proceder con la metáfora se encuentran en el Anexo 2, apéndice 1.

Sesión 3. Control de estímulos y exposición 1ª fase

Objetivo: revisar las tareas prescritas en la sesión anterior y abordar las complicaciones que hayan podido surgir. Seguidamente, proceder con las restricciones necesarias para limitar el acceso a los desencadenantes del juego, es decir, controlar los estímulos que facilitan la aparición del problema. Después, entrenar al paciente en habilidades sociales, en especial en comunicación asertiva ya que así podrá resistir la presión social ejercida por parte de alguna persona jugadora de su entorno, propuesto por Hernandis en Pastor-Ruiz (2006), la manera de hacerlo va a ser mediante *role-playing* entre terapeuta-paciente. Por último, ayudar a entender al paciente en lo que consiste la exposición gradual en vivo con prevención de respuestas y resolver sus inquietudes si surgieran, todo ello con el propósito de crear un método de actuación de exposición dividido en una serie de etapas. Los tipos de estímulos que se controlan, los estilos o fórmulas comunicacionales para entrenar en asertividad y las tareas para casa, aparecen de forma más detallada en el Anexo 2, apéndice 2.

Sesión 4. Exposición 2ª fase

Objetivo: revisar las tareas de la sesión anterior e investigar si ha habido dificultades para llevarlas a cabo. Por todo lo realizado en dichas tareas de exposición es necesario reforzar al paciente y al familiar acompañante por los progresos obtenidos. Además, en esta sesión va a ser muy útil transmitir al paciente la idea de conductas y relaciones sociales alternativas que resulten reforzantes para el paciente y construir junto al terapeuta un listado de las mismas. No obstante, una de estas conductas alternativas que suponen un beneficio para estas personas puede ser la actividad física, con el objetivo de controlar el estrés y ansiedad característico y evitar así, futuras recaídas (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2000; Shaffer y Korn, 2002). Por último, se volverá a pasar el SOGS (Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994b), con ánimo de observar alguna mejoría y se concluirá resolviendo dudas al paciente. Las tareas para casa se resaltan en el Anexo 2, apéndice 3.

Sesión 5. Exposición 3ª fase

Objetivo: en esta sesión se van a volver a comprobar las tareas acordadas de la sesión anterior y resolver sus dudas si fuera necesario, asimismo habrá que reforzar tanto al paciente como a su familiar por los logros conseguidos en la tarea de exposición de la semana pasada. Además, se introducirá un entrenamiento en *Mindfulness*, el cual se llevará adelante a lo largo de todo el programa de intervención focalizado

principalmente en entrenar a la persona a desarrollar habilidades de atención plena, lo que se puede utilizar como una estrategia para regular el estrés, algunos de los ejercicios que se utilizarán será el *mindful eating* o el *mindful walking* (Dalen, Smith, Shelley, Sloan, Leahigh y Begay, 2010; Teut et al., 2013). Las tareas para casa están en el Anexo 2, apéndice 4.

Sesión 6. Exposición 4ª y última fase

Objetivo: volver a comprobar aquellas actividades estipuladas por el/la psicólogo/a en la sesión anterior y seguir reforzando a paciente y familiar por todo lo conseguido. Además, con el objetivo de entrenar al paciente para evitar futuras recaídas y en complemento con el entrenamiento en Mindfulness, también se le darán otros recursos psicológicos como pueden ser técnicas de relajación para la regulación emocional. Por tanto, en esta sesión se le va a enseñar alguna técnica de este tipo extraída de *Técnicas de relajación: manual práctico para adultos, niños y educación especial* (Cautela y Groden, 1985) basado en la aplicación de las técnicas de relajación muscular progresiva de Jacobson (1938). Las tareas para casa se exponen en Anexo 2, apéndice 5.

Sesión 7. Cierre

Objetivo: comprobar que el paciente hace las tareas señaladas en las sesiones anteriores y reforzarlo. Concluir la terapia con la cumplimentación, de nuevo, del Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS) para observar progresos y rellenar la encuesta de satisfacción de Larsen, Attkisson, Hargreaves y Nguyen (1979, véase Anexo 1). Por último, atender sus dudas si las hubiera y darle la posibilidad de poder volver a terapia si en un futuro lo requiriese. Las tareas para casa se encuentran en el Anexo 2, apéndice 6.

Recursos

Recursos humanos:

Para que el programa sea implementado adecuadamente serán necesarios seis terapeutas. Además, se precisará de personal administrativo que controle el marco legislativo del centro y de personal de mantenimiento que lo cuide para su posterior uso.

Recursos materiales:

Tabla 4. *Recursos materiales.*

Instalaciones/Mobiliario	Material fungible
- Centro ambulatorio	- Bolígrafos
- Despachos de los/as terapeutas	- Folios
- Sala de reuniones	- Fotocopias utilizadas en las sesiones
- Pizarra	- Tizas
- Sillas	- Borrador
- Mesas	
- Ordenadores	

Evaluación de los resultados

Para evaluar los resultados del programa en cada una de sus etapas se recurrirá a los/as psicólogos/as del centro (evaluadores internos) y a otros profesionales expertos en la patología y ajenos al programa (evaluadores externos), los cuales volcarán todos los datos obtenidos en el SOGS (Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994b) a lo largo de todo el tratamiento en el programa informático IBM SPSS Statistics 22 para analizar los resultados. Para ello, se realizará una ANOVA unifactorial de medidas repetidas para contrastar los datos obtenidos en cada una de las etapas nombradas en el apartado de procedimiento.

Resultados esperados

En relación a la literatura encontrada y reflejada a lo largo del presente Trabajo de Fin de Grado (TFG), se ha visto que hasta el momento el enfoque psicológico que muestra más eficacia para abordar este problema es la utilización de técnicas de la terapia cognitivo-conductual (TCC), más concretamente de control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuestas que sirven para reducir de forma gradual el deseo de la persona por jugar. Además, también se han realizado estudios que sugieren la utilización de recursos psicológicos basados en ACT y Mindfulness para el control de los pensamientos y sentimientos desencadenados por la ansiedad de jugar.

Por un lado, una de las principales ventajas del programa PIJMT es la inclusión de todos los grupos de edad afectados con este problema y la atención individualizada que se ofrece para ayudar a remitir los síntomas. Sin embargo, con respecto a las barreras encontradas en el desarrollo del programa, cabe mencionar que las sesiones no son todo lo largas que debería para cumplir con los objetivos del programa y que es un problema que demanda del trabajo continuado de seis psicólogos/as dada su dificultad

en el abordaje. Además, es muy importante nombrar que como estos pacientes no pueden presentar ningún otro tipo de comorbilidad, la presente propuesta de intervención no es extrapolable a otro tipo de poblaciones similares.

Por otro lado, una de las principales limitaciones del TFG es que no dispongo todavía de la suficiente formación y, por tanto, no soy un conocedor experto en este tipo de psicopatología, con lo cual seguramente el programa de intervención sea susceptible de mejora y existan más herramientas psicológicas que no he podido tener en cuenta, como el uso de técnicas de reestructuración cognitiva, las TIC o la realidad aumentada para tratar la adicción a las máquinas tragaperras, por tanto he tenido que seguir un programa de intervención muy conservador siguiendo las directrices de lo que otros autores ya han realizado. Otra limitación es que se trata solo de una descripción de un programa de intervención, por lo que no ha podido llevarse adelante para encontrarse con barreras o dificultades reales que probablemente un programa de intervención tendría.

Para concluir, si después de la implementación del programa PIJMT se perciben los resultados que se esperan conseguir aplicando estas técnicas en la intervención, el grupo experimental reportará mejores resultados en el pos-test y en el seguimiento posterior. Por ejemplo, reducción de la cantidad de pensamientos erróneos, mayor autocontrol por la focalización en el momento presente, un manejo más óptimo de sus bienes gananciales y su nivel económico, además de cierto bienestar y satisfacción en sus relaciones interpersonales (Anexo 3). Por el contrario, el grupo control solo desarrollará alguna mejora superficial porque no recibirán el tratamiento completo, por lo que sus tasas de éxito serán más bajas que en el grupo experimental (Anexo 3). De todos modos, es muy relevante que en el futuro se vuelva a aplicar el programa en su totalidad en el grupo control, salvaguardando el rigor ético de la investigación.

Conclusiones

Dado el problema tan acuciante que resultan ahora las adicciones sin sustancia, en especial la del trastorno por juego de azar, todos y cada uno de nosotros tenemos un deber y una responsabilidad moral para cambiar este problema social. Como se ha podido observar a lo largo del trabajo es necesario el desarrollo y la mejora de los tratamientos actualmente disponibles para el tratamiento de esta patología, ya que solo se dispone de un abordaje basado en la TCC para tratar específicamente este problema,

por tanto, todos los esfuerzos dirigidos a mejorar nuestros recursos terapéuticos serán bienvenidos. Asimismo, y más en nuestro país, también son necesarios cambios sociales ya que, se requeriría de una toma de decisiones a nivel legislativo y de un control de la difusión de la publicidad para colaborar en la reducción de las tasas que presenta este trastorno.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Argo, T. R., y Black, D. W. (2004). Clinical characteristics. In J. E. Grant & M. N. Potenza (Eds.), *Pathological gambling: A clinical guide to treatment* (pp. 39-53). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bagby, R. M., Vachon, D. D., Bulmash, E. L., Toneatto, T., Quilty, L. C., & Costa, P. T. (2007). Pathological gambling and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 43(4), 873–880. doi:10.1016/j.paid.2007.02.011
- Becoña Iglesias, E. (2004). El juego patológico: prevalencia en España. *Salud y drogas*, 4(2), 9-34.
- Bischof, A., Meyer, C., Bischof, G., John, U., Wurst, F. M., Thon, N., ... Rumpf, H.-J. (2015). Suicidal events among pathological gamblers: The role of comorbidity of axis I and axis II disorders. *Psychiatry Research*, 225(3), 413-419. doi:10.1016/j.psychres.2014.11.074
- Black, D. W., y Shaw, M. (2019). The epidemiology of gambling disorder. En Heinz A., Romanczuk-Seiferth N., Potenza M. (Eds.), *Gambling Disorder* (pp. 29-48). Springer, Cham. Recuperado de https://doi.org/10.1007/978-3-030-03060-5_3
- Bouchard, S., Robillard, G., Giroux, I., Jacques, C., Loranger, C., St-Pierre, M., ... Goulet, A. (2017). Using virtual reality in the treatment of gambling disorder: the development of a new tool for cognitive behavior therapy. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 1-10. doi:10.3389/fpsyt.2017.00027
- Brandt, L., y Fischer, G. (2017). Adult ADHD is associated with gambling severity and psychiatric comorbidity among treatment-seeking problem gamblers. *Journal of Attention Disorders*, 1-13. doi:10.1177/1087054717690232
- Broussard, J., y Wulfert, E. (2019). Debiasing of gambling beliefs and behaviors using a digital gambling accelerator, 1-40. Recuperado de https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0,5&as_vis=1&q=Broussard+y+Wulferta,+2019
- Calado, F., y Griffiths, M. D. (2016). Problem gambling worldwide: an update and systematic review of empirical research (2000–2015). *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 592–613. doi:10.1556/2006.5.2016.073
- Campos Bacas, D., Nebot Ibáñez, S., Quero Castellano, S., y Bretón-López, J. (2015). El uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la prevención del juego patológico en población joven y adolescente. *Ágora de Salud*, 1, 221-233.

- Cautela, J., y Groden, J. (1985). Manual práctico para adultos, niños y educación especial. *Barcelona: Libros universitarios y profesionales Martínez Roca.*
- Ciccarelli, M., Cosenza, M., Griffiths, M. D., Nigro, G., y D'Olimpio, F. (2019). Facilitated attention for gambling cues in adolescent problem gamblers: an experimental study. *Journal of Affective Disorders, 252*, 39–46. doi:10.1016/j.jad.2019.04.012
- Crockford, D. N., y el-Guebaly, N. (1998). Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 43*(1), 43–50. doi:10.1177/070674379804300104
- Custer, R. L. (1984). Profile of the pathological gambler. *The Journal of Clinical Psychiatry, 45*(12, Sect 2), 35-38.
- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L., y Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary therapies in medicine, 18*(6), 260-264.
- Dannon, P. N., Lowengrub, K., Gonopolski, Y., Musin, E., y Kotler, M. (2006). Pathological gambling: a review of phenomenological models and treatment modalities for an underrecognized psychiatric disorder. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 8*(6), 334–339.
- de Lisle, S. M., Dowling, N. A., y Sabura Allen, J. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for problem gambling. *Clinical Case Studies, 10*(3), 210-228. doi: 10.1177/1534650111401016
- Dixon, M. R., Wilson, A. N., y Habib, R. (2016). Neurological evidence of acceptance and commitment therapy effectiveness in college-age gamblers. *Journal of Contextual Behavioral Science, 5*(2), 80–88. doi:10.1016/j.jcbs.2016.04.004
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J., y Páez, D. (1994b). Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS): validación española. *Análisis y Modificación de Conducta, 20* (74), 769-791.
- Echeburúa, E., Báez, C., y Fernández-Montalvo, J. (1994a). Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta, 20* (73), 617-643.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2014). Nuevos retos en el tratamiento del juego patológico. *Terapia Psicológica, 32*(1), 31–40. doi:10.4067/s0718-48082014000100003
- Fauth-Bühler, M., Zois, E., Vollstädt-Klein, S., Lemenager, T., Beutel, M., y Mann, K. (2014). Insula and striatum activity in effort-related monetary reward processing in gambling disorder: The role of depressive symptomatology. *NeuroImage: Clinical, 6*, 243–251. doi:10.1016/j.nicl.2014.09.008

- Fernández-Alba Luengo, A. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico. *Salud y drogas*, 4(2), 79-96.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2000). *Manual práctico del juego patológico: ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E., y Báez, C. (1995). El Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP): un nuevo instrumento de "screening". *Análisis y Modificación de Conducta*, 21 (76), 211-223.
- Floros G. D. (2018). Gambling disorder in adolescents: prevalence, new developments, and treatment challenges. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 9, 43–51. doi:10.2147/AHMT.S135423
- Gelskov, S. V., Madsen, K. H., Ramsøy, T. Z., y Siebner, H. R. (2016). Aberrant neural signatures of decision-making: pathological gamblers display cortico-striatal hypersensitivity to extreme gambles. *NeuroImage*, 128, 342–352. doi:10.1016/j.neuroimage.2016.01.002
- Ginley, M. K., Rash, C. J., y Petry, N. M. (2019). Psychological interventions in gambling disorder. En Heinz A., Romanczuk-Seiferth N., Potenza M. (Eds.), *Gambling Disorder* (pp. 181-194). Springer, Cham. Recuperado de https://doi.org/10.1007/978-3-030-03060-5_9
- Grant, J. E., Isobe, M., y Chamberlain, S. R. (2019). Abnormalities of striatal morphology in gambling disorder and at-risk gambling. *CNS Spectrums*, 1–7. doi:10.1017/s1092852918001645
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., y Chamberlain, S. R. (2017). Gambling disorder, DSM-5 criteria and symptom severity. *Comprehensive Psychiatry*, 75, 1–5. doi:10.1016/j.comppsy.2017.02.006
- Grant, J. E., y Kim, S. W. (2001). Demographic and clinical features of 131 adult pathological gamblers. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(12), 957-962.
- Hernandis, S. P. (2006). Las habilidades sociales en la interacción social: aspectos teóricos y aplicados. En Y. Pastor-Ruiz (Eds.), *Psicología social de la comunicación: aspectos básicos y aplicados* (pp. 121-160). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Hodgins, D. C., Stea, J. N., y Grant, J. E. (2011). Gambling disorders. *The Lancet*, 378(9806), 1874–1884. doi:10.1016/s0140-6736(10)62185-x
- Hollander, E., Buchalter, A. J., y DeCaria, C. M. (2000). Pathological gambling. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 629–642. doi:10.1016/s0193-953x(05)70185-4
- Hunt, C. J., y Blaszczynski, A. (2019). Gambling disorder as a clinical phenomenon. En Heinz A., Romanczuk-Seiferth N., Potenza M. (Eds.), *Gambling Disorder* (pp. 15-27). Springer, Cham. Recuperado de https://doi.org/10.1007/978-3-030-03060-5_2
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and program planning*, 2(3), 197-207.
- Maynard, B. R., Wilson, A. N., Labuziowski, E., y Whiting, S. W. (2018). Mindfulness-based approaches in the treatment of disordered gambling: a systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 28(3), 348-362. doi: 10.1177/1049731515606977
- Merkouris, S. S., Thomas, S. A., Browning, C. J., y Dowling, N. A. (2016). Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 48, 7–31. doi:10.1016/j.cpr.2016.06.00
- Montesinos, R., Lloret, D., Segura, J. V., y Aracil, A. (2016). La percepción del apoyo social en jugadores patológicos y su relación con el éxito del tratamiento. *Clínica y Salud*, 27(1), 15-22. doi:10.1016/j.clysa.2015.12.001
- Muñoz Mendiola, J., Gregori Coronado, J., Abad, J., y Bretón-López, J. (2017). La regulación emocional e impulsividad y su relación con el juego patológico. *Ágora de Salud*, 4, 247-255.
- Nastally, B. L., y Dixon, M. R. (2012). The effect of a brief acceptance and commitment therapy intervention on the near-miss effect in problem gamblers. *The Psychological Record*, 62(4), 677-690.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S., Soriano, L., y del Carmen, M. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20.
- Petry et al., (2014). An overview of and rationale for changes proposed for pathological gambling in DSM-5. *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 493–502. doi:10.1007/s10899-013-9370-0
- Rizeanu, S. (2014). Psychological profile of the romanian pathological gambler. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 127, 265–269. doi:10.1016/j.sbspro.2014.03.253
- Shaffer, H. J., y Korn, D. A. (2002). Gambling and related mental disorders: a public health analysis. *Annual review of public health*, 23(1), 171-212.
- Shaffer, H. J., y Martin, R. (2011). Disordered gambling: etiology, trajectory, and clinical considerations. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 483–510. doi:10.1146/annurev-clinpsy-040510-143928
- Snippe, L., Boffo, M., Stewart, S. H., Dom, G., y Wiers, R. W. (2019). Innovative treatment approaches in gambling disorder. En Heinz A., Romanczuk-Seiferth N., Potenza M. (Eds.), *Gambling Disorder* (pp. 195-233). Springer, Cham. Recuperado de https://doi.org/10.1007/978-3-030-03060-5_10
- Teut, M., Roesner, E. J., Ortiz, M., Reese, F., Binting, S., Roll, S., ... y Brinkhaus, B. (2013). Mindful walking in psychologically distressed individuals: a randomized

controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, 1-7. doi:10.1155/2013/489856 .

Thomas, S. A., Merkouris, S. S., Browning, C. J., Radermacher, H., Feldman, S., Enticott, J., y Jackson, A. C. (2015). The PROblem Gambling RESearch Study (PROGRESS) research protocol: a pragmatic randomised controlled trial of psychological interventions for problem gambling. *BMJ Open*, 5(11), 1-16. doi:10.1136/bmjopen-2015-009385

Toneatto, T., y Ladoceur, R. (2003). Treatment of pathological gambling: a critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(4), 284-292. doi: 10.1037/0893-164X.17.4.284

Weinstock, J., y Rash, C. J. (2014). Clinical and research Implications of gambling disorder in DSM-5. *Current Addiction Reports*, 1(3), 159–165. doi:10.1007/s40429-014-0026-7.

Zois, E., Kiefer, F., Vollstädt-Klein, S., Lemenager, T., Mann, K., y Fauth-Bühler, M. (2018). Amygdala grey matter volume increase in gambling disorder with depression symptoms of clinical relevance: a voxel-based morphometry study. *International Gambling Studies*, 18(2), 259–268. doi:10.1080/14459795.2018.1452276

ANEXOS

Anexo 1

ENTREVISTA ESTRUCTURADA DE LA HISTORIA DE JUEGO

(Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1994a) extraída de Fernández-Montalvo y Echeburúa (2000, p. 140)

Nombre:.....**Nº:**.....

Terapeuta:.....**Fecha:**.....

1. ¿A qué edad comenzó a jugar?
2. ¿En qué juegos?
3. ¿Con qué frecuencia y cuánto dinero gastaba originalmente?
4. ¿Por qué motivos comenzó a jugar? (pensamientos sobre ganancias, pasarlo bien, algo prohibido, personas que le incitaban...)
5. ¿A qué edad y en qué sentido comenzó el juego a ser un problema para usted?
6. ¿Coincide esto con algún acontecimiento en su vida?
7. ¿Cómo ha evolucionado el problema hasta ahora? (altibajos, períodos de no-juego...)
8. ¿Ha recibido tratamiento alguna vez por este problema?
9. ¿Cómo ha repercutido este problema en:
 - Su familia:
 - Su pareja:
 - Su trabajo:
 - Sus estudios:
 - Sus relaciones sociales:
 - Sus actividades de ocio:
 - Su economía:
10. ¿Hay o ha habido en su familia alguna persona con problema de juego?

CUESTIONARIO DE JUEGO PATOLÓGICO DE SOUTH OAKS (SOGS)

Validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez (1994b) extraído
de Fernández-Montalvo y Echeburúa (2000, pp. 142-146)

Nombre:.....**Nº:**.....

Terapeuta:.....**Fecha:**.....

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

Señale para cada tipo una contestación, siendo:

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, la primitiva, a la bono-loto o a los ciegos			
E	Jugar en el casino			
F	Jugar en el 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?

A	Nunca he jugado dinero	
B	Menos de 6 euros	
C	Entre 6 y 30 euros	
D	Entre 30 y 60 euros	
E	Entre 60 y 300 euros	

F	Más de 300 euros	
---	------------------	--

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

A	Mi padre	
B	Mi madre	
C	Un hermano	
D	Un abuelo	
E	Mi cónyuge o pareja	
F	Alguno de mis hijos	
G	Otro familiar	
H	Un amigo o alguien importante para mí	

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

A	Nunca	
B	Algunas veces, pero menos de la mitad	
C	La mayoría de las veces que pierdo	
D	Siempre que pierdo	

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

A	Nunca	
B	Sí, pero menos de la mitad de las veces que he perdido	
C	La mayoría de las veces	

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

A	No	
B	Ahora no pero en el pasado sí	
C	Ahora sí	

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

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
B	A mi pareja	<input type="checkbox"/>
C	A otros familiares	<input type="checkbox"/>
D	De bancos y cajas de ahorro	<input type="checkbox"/>
E	De tarjetas de crédito	<input type="checkbox"/>
F	De prestamistas	<input type="checkbox"/>
G	De la venta de propiedades personales o familiares	<input type="checkbox"/>
H	De la firma de cheques falsos o de extender cheques sin fondos	<input type="checkbox"/>
I	De una cuenta de crédito en el mismo casino	<input type="checkbox"/>

Hoja de puntuación del SOGS

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

- No se valoran las preguntas 1, 2, 3, 12 y 16I.
- 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”
- De la pregunta 7 a la 11 y de la 13 hasta 16H, se considera “Sí”

La suma total se realiza sobre 19 puntos como máximo y una puntuación obtenida de 4 o más puede empezar a estimarse como, probable jugador patológico.

Es relevante nombrar que la versión original del presente cuestionario contempla un desfase en el ítem 2, ya que la peseta es la moneda que anteriormente se utilizaba en España. Por lo tanto, se han hecho las equivalencias pertinentes para transformarlo en euros.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO (Larsen, Atkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979) extraído de Fernández-Montalvo y Echeburúa (2000, pp. 172-173)

Nombre:.....**Nº:**.....

Terapeuta:.....**Fecha:**.....

Por favor, ayúdenos a mejorar nuestro programa respondiendo a algunas preguntas acerca de los servicios que ha recibido. Estamos interesados en sus opiniones sinceras, ya sean positivas o negativas. Por favor, marque con una X la respuesta elegida.

1. ¿Cómo calificaría la calidad del servicio que ha recibido?

Excelente	
Buena	
Regular	
Mala	

2. ¿Encontró la clase de servicio que buscaba?

No	
Sí, parcialmente	
Sí, en general	
Sí, totalmente	

3. ¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho sus necesidades?

Totalmente	
En general	

Parcialmente	
Ninguna	

4. Si un amigo/a necesitara una ayuda similar, ¿le recomendaría nuestro programa?

No	
Probablemente no	
Probablemente sí	
Sí	

5. ¿En qué medida está satisfecho/a con el tipo de ayuda recibida?

Muchísimo	
Mucho	
Bastante	
Poco	

6. ¿Le han ayudado los servicios que ha recibido a hacer frente más eficazmente a sus problemas?

Mucho	
Bastante	
Poco	
Nada	

7. En conjunto, ¿en qué medida está satisfecho/a con el servicio recibido?

Mucho	
Bastante	
Poco	
Nada	

8. Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿volvería a nuestro programa?

No	
Probablemente no	
Probablemente sí	
Sí	

Anexo 2

Apéndice 1

METÁFORA DE LA VIDA COMO SI FUERA UN JARDÍN extraído de Páez-Blarrina, Gutiérrez Martínez, Valdivia-Salas, Soriano, y del Carmen (2006, pp. 15-17):

Se comienza consiguiendo que los pacientes asocien las áreas vitales con el cuidado de un jardín y se les comienza a narrar:

“Supongamos que cada uno de nosotros somos jardineros, adoramos nuestras plantas, las plantas son las cosas que queremos en nuestra vida. Hemos seleccionado un lugar para plantar nuestro jardín, hemos distribuido las plantas dejando más terreno para las que más nos gustan, para las que queremos que más crezcan y menos espacio para las plantas que no son tan relevantes para nosotros. Hemos preparado la tierra, plantado semillas, algunas han brotado, unas con más fuerza, otras con menos... Y claro, algunas plantas importan más que otras, puede no ser lo mismo que se seque uno de los geranios a que se seque un rosal, el rosal puede que sea una de las plantas que más importen, que se cuide con más mimo... Ahora dime, ¿cuáles son tus áreas o facetas de valor, como si fueran las plantas de tu jardín?, ¿Cuánto te importa cada una de ellas?... Fíjate que no te pregunto cómo están actualmente, sino qué sector ocupan en tu terreno, te pregunto sobre el valor que ellas tienen para ti...”. (Páez-Blarrina, Gutiérrez Martínez, Valdivia-Salas, Soriano, y del Carmen, 2006, p. 15)

A partir de aquí la metáfora puede continuar haciendo hincapié en las conductas del paciente de acuerdo a lo que le resulta relevante en su vida y que actúa como timón:

“Entonces tenemos la planta de tu pareja que te importa mucho y le das una importancia de diez sobre diez, el ámbito laboral que le has dado una importancia de ocho, la planta de... Ahora bien, dime, actualmente ¿cómo están las plantas de tu jardín, están frondosas o más bien mustias?... Si las plantas hablaran del jardinero ¿qué crees que dirían? ¿Dirías tú que el jardinero está poniendo todo el abono necesario, que el trabajo que está haciendo es suficiente según la importancia que cada una de sus plantas tiene?... Ahora te pido que mires tu comportamiento como jardinero y que me digas de cero a diez lo fiel que estás siendo con tus plantas...”. (Páez-Blarrina, Gutiérrez Martínez, Valdivia-Salas, Soriano, y del Carmen, 2006, p. 15).

Esta parte hace referencia a la relevancia que el paciente da a las diferentes áreas de su vida y a cómo sus conductas se alejan de sus valores. Por lo tanto, sería de utilidad profundizar en los obstáculos o resistencias que el paciente presenta y que le impiden

aproximarse a lo que realmente le gustaría que fuera su vida, es decir, indagar en su sintomatología que es aquello por lo que el jugador viene a terapia y comparar dichos síntomas con las “malas hierbas”.

“Podríamos decir que éstas son las cosas desagradables, las que de alguna manera no te están dejando cultivar las plantas que más quieres... Vendrían a ser las malas hierbas del jardín, éstas que crecen y lo ponen feo. Y dime tú como jardinero, ¿qué haces con la mala hierba que aparece en tu jardín?... Apenas ves que están apareciendo, rápidamente te afanas en arrancarlas ¿verdad?... Y hacer esto rápidamente ¿hace que la mala hierba desaparezca por completo?... Desaparece a la corta, pero a la larga, al otro día, qué pasa... ¿otra mala hierba?, ¿En otro lugar? Y entonces, tú rápidamente a arrancarla... y de nuevo... En tu experiencia, ¿consigues erradicar por completo la mala hierba?”. (Páez-Blarrina, Gutiérrez Martínez, Valdivia-Salas, Soriano, y del Carmen, 2006, p. 16).

El objetivo en este fragmento está en hacer ver al paciente que la “mala hierba” hace referencia a sus conductas, a todas aquellas que eclipsan las áreas a las que ha dado importancia, pero en especial, a la conducta de jugar y perder dinero y que es eso, lo que le está echando a perder las demás flores, es decir, las demás áreas de su vida.

“Dime, si el jardinero sólo se ocupa de arrancar la mala hierba porque no la quiere tener en su jardín, porque si ve malas hierbas, no está dispuesto a cuidar del resto de plantas. ¿Qué pasaría si emplea todo su tiempo en erradicar la mala hierba?, ¿cómo estarían entonces sus plantas, ‘sólo’ dedicándose a cortar y cortar la mala hierba? ¿Podría regar, mover la tierra y abonar sus plantas? ¿Podría emplearse en cultivar sus plantas?... ¿Y si la mala hierba tuviese algún valor? ¿Y si la mala hierba fuese parte de tener jardines? ¿Y si hubiese que aprender a vivir con lo que el jardín ofrece a cada momento? Porque, dime una cosa, siempre pendiente de la mala hierba, ¿estás disfrutando de las plantas que te da tu jardín?”. (Páez-Blarrina, Gutiérrez Martínez, Valdivia-Salas, Soriano, y del Carmen, 2006, p. 16).

Todo ello se realiza con la intención de alejar a la persona con trastorno de juego de sus pensamientos y sentimientos erróneos acerca de la conducta de juego.

TAREAS PARA CASA

Por último y para cerrar la sesión, se instará al paciente a rellenar unas fichas extraídas de Fernández-Montalvo y Echeburúa (2000). Éstas versarán acerca de cómo de afectadas se ven otras áreas de su vida por culpa del juego, la toma de conciencia del

dinero que dedica a esta actividad, así como también la elaboración de una lista de cinco motivos a través de los cuales desea cesar dicha conducta. Una vez ofrecidas las fichas, sería conveniente preguntar al paciente si tiene alguna duda al respecto para poderla resolver. A continuación, se muestran los modelos de estas fichas:

1ª Ficha (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2000, p. 36):

Nivel personal

Nivel económico

Nivel laboral

Nivel familiar

Nivel social

Problemas con la justicia

2ª Ficha (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2000, p. 40):

La media de dinero que gasto en una semana en el juego es:

La frecuencia con que acudo semanalmente a jugar es:

El tiempo que dedico semanalmente a jugar es:

3ª Ficha (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2000, p. 44):

VOY A DEJAR DE JUGAR PORQUE...

Primera razón:

Segunda razón:

Tercera razón:

Cuarta razón:

Quinta razón:

Apéndice 2

CONTROL DE ESTÍMULOS extraído de Fernández-Montalvo y Echeburúa (2000, p. 178):

- Comunicar el capital económico que gana y, de común acuerdo, hacer que un familiar tenga el control de estos beneficios.
- Entregar a este familiar todo lo que tenga que ver con la disponibilidad o acceso al dinero, como: talonarios, libretas y tarjetas de crédito.
- Aclarar a las personas de su entorno y que les ha pedido dinero prestado, que no le den más ya que presenta adicción al juego y podría resultar contraproducente para la terapia.
- Tener consigo el dinero justo que pueda necesitar para gastos sencillos, habiendo hecho previamente una valoración detallada de en lo que invierte en cada cosa y justificando los gastos inoportunos.
- Sortear las rutas de riesgo de juego, es decir, no pasar cerca de aquellos lugares que susciten una activación de caer en la tentación de jugar.

ESTILO COMUNICATIVO ASERTIVO extraído de Hernandis en Pastor-Ruiz (2006, pp. 147-148):

En el capítulo de habilidades sociales del manual de *Psicología social de la comunicación: aspectos básicos y aplicados*, escrito por Hernandis en Pastor-Ruiz (2006, pp. 147-148), se comenta que la asertividad es el mejor estilo comunicativo que puede utilizarse a lo largo de las situaciones sociales del día a día. La persona que lleva a cabo este estilo comunicacional suele hacerlo con una tonalidad pausada y calmada, pero a la vez firme y sin elevar en exceso la voz. Además, adopta una postura corpora recta y que se percibe como desinhibida, más bien pacífica; así como también procura establecer contacto ocular con la persona, centrándose en ella, inadvirtiéndole otros estímulos.

Por lo general, las personas que practican la asertividad en situaciones cotidianas, suelen exponer lo que piensan y sienten con respecto a un tema concreto o una problemática. Esto es algo que les hace tener una sensación de valía personal de cara a enfrentarse a conflictos o situaciones sociales delicadas, reflejando una gran consideración por sí mismos y por los otros, lo que posibilita que gocen adecuadamente de las relaciones con los demás.

Con el objetivo de ejemplificar algunas fórmulas orales en una conversación, se pueden utilizar principios en las frases, como: “Considero...”, “Creo que...”, “Tengo la impresión de...”, “Me da la sensación de que...”, “Me gustaría que...” o “Desde mi punto de vista...”.

En el caso del conflicto que nos acontece, una persona adicta a las máquinas tragaperras podría utilizar este tipo de comienzos en el momento de dar su opinión o de preservar su postura rechazando la propuesta de un amigo jugador de llevar a cabo la conducta de juego. Por ello, sería correcto que el paciente practicase en psicoterapia con el terapeuta un juego de roles en el que tiene de denegar una petición u oferta de este estilo y, además, proponer como si lo hiciera en la vida real, otro plan alternativo a esa persona para que comprenda que pueden seguir viéndose solo que en diferentes contextos. No obstante, no sería muy recomendable (al menos durante el tratamiento), ya que lo propio es que el jugador se aleje de toda aquella persona que comparte su adicción.

TAREAS PARA CASA

Continuar con el control de estímulos todos los días (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2000, p. 178). Además, se va a comenzar con la técnica de exposición gradual en vivo con prevención de respuesta. Esto se va a realizar alrededor de seis veces a la semana todos los días y se ha de estar 15-20 minutos cerca de la máquina tragaperras, que es la fuente de estimulación del paciente y la que le crea ansiedad. La exposición se va a efectuar acompañado del familiar lo más cerca posible del juego (la máquina tragaperras), el paciente no puede consumir bebidas alcohólicas ni realizar otras conductas que desvíen su atención del estímulo. Para ello, el familiar va con el paciente hasta la fuente estimular y se sitúa cerca de él mientras se expone a la máquina tragaperras. Por su parte, el paciente no puede disponer de nada de dinero, por lo que su familiar invita a la consumición esta vez. Para concluir, al terminarse este proceso el paciente tiene que dejar constancia escrita de la experiencia (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2000, p. 179).

Apéndice 3

TAREAS PARA CASA

En esta ocasión se va a querer disminuir lentamente el control de estímulos, por ejemplo, el paciente va a poder disponer de más dinero, de las tarjetas de crédito y, además, también puede ir solo por la calle acercándose cada vez más a los lugares de riesgo en los que la conducta adictiva se lleva a cabo, pero no podrá tener contacto con otras personas jugadoras. Avanzando un poco más en las tareas de exposición, esta vez el familiar va a acudir al lugar de juego con el paciente, pero se va a quedar fuera esperando, pudiéndolo vislumbrar en la distancia. En cuanto al dinero, el paciente poseerá lo necesario para tomarse algo sin alcohol. Por último y una vez concluida la exposición, el paciente tiene que llevar a cabo las conductas alternativas expuestas en la sesión por el/la psicólogo/a, como la actividad física, así como llevar un control escrito de las actividades planteadas (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2000, p. 180).

Apéndice 4

MINDFUL WALKING Y MINDFUL EATING (Dalen, Smith, Shelley, Sloan, Leahigh y Begay, 2010; Teut et al., 2013).

Algunas de las técnicas del Mindfulness pueden ser el *mindful walking* y el *mindful eating*. Por tanto, se puede instruir al paciente en cada una de ellas. Por ejemplo, para entrenarlo en *mindful walking* podemos decirle que cuando esté caminando, lo haga a un ritmo tranquilo para que de esta manera puede enfocarse en las sensaciones corporales que puede notar mientras va andando llevando una respiración acompañada. De la misma manera, se le puede entrenar en atender plenamente la conducta de comer o *mindful eating*, ello le puede predisponer a percibir mejor lo que está comiendo reduciendo el consumo automático o posibles atracones. Tanto *mindful walking* como *mindful eating* son utilizados para concentrar la atención en esas actividades con el objetivo de que la persona no se pierda en sus pensamientos, en este caso, en las cavilaciones frecuentes de acudir a un local a jugar a las máquinas tragaperras. Por todo esto, son dos técnicas reductoras de estrés cuya finalidad es la de centrarse en el momento presente y en lo que se está haciendo, tomando conciencia de los cambios que se perciben con esa actividad en concreto (Dalen, Smith, Shelley, Sloan, Leahigh y Begay, 2010; Teut et al., 2013).

TAREAS PARA CASA

Como en la pasada semana, habrá que reducir un poco más el control en los estímulos en todas las áreas mencionadas de la sesión anterior y continuar con la restricción de la toma de contacto con otras personas jugadoras. Siguiendo con las tareas de exposición, el paciente va a contar con una nueva oportunidad para continuar su progreso, esta vez el familiar del paciente no acompañará a éste al local de juego, sino que se quedará en su hogar ofreciéndole la posibilidad de recurrir a él/ella vía telefónica por si se presenta algún imprevisto. En lo que respecta al dinero, el paciente va a disponer de una cantidad más grande que le va a servir para costear la bebida y de un billete de 10 o 20 euros. Por último, el paciente tendrá que perseverar en las conductas alternativas, como la actividad física o el *Mindfulness*, e ir apuntando todas estas tareas (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2000, p. 181).

Apéndice 5

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN extraída de *Técnicas de relajación: manual práctico para adultos, niños y educación especial* (Cautela y Groden, 1985, pp. 29-37):

Antes de comenzar, será necesario explicar al paciente que cuando una persona se encuentra en estado de rigidez muscular, algunas zonas de su cuerpo pueden notarse resentidas y con cierto dolor. Por tanto, para calmar la musculatura se procederá a su contracción y distensión posterior, de esta manera la sensación que se vaya creando será de bienestar. Esto se realiza siguiendo una serie de pasos:

1. El paciente debe situarse lo mejor que note, colocándose en una silla. Para ello, tiene que adoptar una postura erguida con respeto a la silla, sin torcer ni la cabeza ni la espalda. También, ha de hacerse cargo de la posición de sus miembros inferiores, pisando el suelo con la totalidad de la planta de sus pies y refirmando sus manos en la parte superior de la pierna orientándolas hacia abajo.
2. Proceder con la contracción y estiramiento posterior de toda la musculatura de la cara, como: frente, ojos, nariz, sonrisa, lengua (elevándola hacia el paladar), mandíbula (juntando la de arriba y la de abajo con fuerza), labios (posición de dar un beso) y cuello. Una vez que se intentan relajar estas zonas se notan que las áreas que estaban más oprimidas ahora están más calmadas.
3. Bajar la cabeza todo lo que se pueda para intentar que la barbilla roce con el pecho y ladear el cuello de derecha a izquierda como si se mirase los hombros. Percibir los lugares más aquejados e ir disminuyendo la presión poco a poco para notar una sensación más agradable.
4. Colocar primero un brazo y luego el otro lo más erecto que se pueda mientras que a la vez, se aprietan los puños correspondientes a cada brazo. Reducir la presión poco a poco y proceder de la misma forma con las piernas, solo que, en vez de apretar los pies, se ha de hacer lo contrario, estirarlos cuanto sea necesario hasta notar algo de tirantez y disminuir esa tensión gradualmente.
5. Flexionar la espalda lo más adelante que se pueda con los brazos contraídos y los puños cerrados e ir volviendo poco a poco a la posición inicial.
6. Hacer inhalaciones de aire lentamente para notarlo en el tórax.
7. Meter hacia dentro el estómago y después hacia fuera para eliminar la tensión y relajar la zona mientras se lleva una respiración pausada.

8. Apretar las nalgas y los muslos contra la silla, haciendo una curvatura con la espalda. Después, liberar la presión y observar las sensaciones que se dan en estos músculos, percibiendo un mayor estado de relajación en ellos.

TAREAS PARA CASA

Al ser la última sesión de exposición estimular, se van a retirar todas las barreras impuestas a lo largo de las sesiones anteriores sobre el control de estímulos, de esta manera el paciente va a poder contar con todos sus ingresos, ir solo a cualquier sitio y pasar por donde quiera, da igual si camina cerca de un lugar de riesgo. Lo único que se va a seguir manteniendo es la no relación con otros jugadores. Por último, se le va a mandar que siga practicando las tareas de exposición sin la supervisión de nadie, pudiendo beber alcohol y poseyendo del dinero que vea oportuno (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2000, p. 182).

Por último, se le va a pedir, con la intención de no recaer en su conducta, que ponga en práctica las técnicas de relajación aprendidas en la sesión de terapia, así como también otras conductas alternativas ya explicadas y entrenadas en sesiones anteriores, como el deporte y el *Mindfulness*.

Apéndice 6

TAREAS PARA CASA

Proseguir realizando las conductas alternativas y las prácticas de exposición pudiendo utilizar algunas de las técnicas enseñadas a lo largo del tratamiento para controlar su ansiedad y llevar un registro de los cambios que vaya notando.

Anexo 3

A continuación, se muestra el cronograma de sesiones que será aplicado al grupo experimental y con las respectivas diferencias en el grupo control.

Grupo experimental:

<i>Sesiones</i>	<i>Tema</i>	<i>Contenidos</i>
1 ^a sesión	Entrevista inicial (evaluación)	- Primera entrevista y cumplimentación de SOGS - Conclusiones/dudas
2 ^a sesión	Comienzo del tratamiento	- Presentación del programa - Psicoeducación (Metáfora del Jardín) - Conclusiones/dudas - Tareas para casa
3 ^a sesión	Control de estímulos y exposición 1 ^a fase	- Revisar tareas - Control de estímulos - Entrenar HHSS (estilo comunicativo asertivo) - Psicoeducación de exposición - Conclusiones/dudas - Tareas para casa
4 ^a sesión	Exposición 2 ^a fase	- Revisar tareas y reforzar - Construir lista de conductas alternativas - Complimentar SOGS - Conclusiones/dudas - Tareas para casa
5 ^a sesión	Exposición 3 ^a fase	- Revisar tareas y reforzar - Mindfulness - Conclusiones/dudas - Tareas para casa
6 ^a sesión	Exposición 4 ^a y última fase	- Revisar tareas y reforzar - Entrenar en técnicas de relajación - Conclusiones/dudas - Tareas para casa
7 ^a sesión	Cierre	- Revisar tareas y reforzar - Cumplimentación de cuestionario SOGS y encuesta de satisfacción - Conclusiones/ dudas - Tareas para casa

Grupo control:

<i>Sesiones</i>	<i>Tema</i>	<i>Contenidos</i>
1 ^a sesión	Entrevista inicial (evaluación)	- Primera entrevista y cumplimentación de SOGS - Conclusiones/dudas
2 ^a sesión	Comienzo del tratamiento	- Presentación del programa - Conclusiones/dudas - Tareas para casa
3 ^a sesión	Control de estímulos y exposición 1 ^a fase	- Revisar tareas - Control de estímulos - Entrenar HHSS (estilo comunicativo asertivo) - Psicoeducación de exposición - Conclusiones/dudas - Tareas para casa (solo reciben exposición)
4 ^a sesión	Exposición 2 ^a fase	- Revisar tareas y reforzar - Construir lista de conductas alternativas - Complimentar SOGS - Conclusiones/dudas - Tareas para casa (solo hacen control de estímulos)

5ª sesión	Exposición 3ª fase	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar tareas y reforzar - Mindfulness - Conclusiones/dudas - Tareas para casa (solo reciben exposición)
6ª sesión	Exposición 4ª y última fase	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar tareas y reforzar - Entrenar en técnicas de relajación - Conclusiones/dudas - Tareas para casa (solo perseveran en control de estímulos)
7ª sesión	Cierre	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar tareas y reforzar - Complimentación de cuestionario SOGS y encuesta de satisfacción - Conclusiones/ dudas

En resumen, el grupo experimental recibe todo el tratamiento mientras que el grupo control deja de recibir algunas de las sesiones de control de estímulos (3 y 5), así como también algunas de exposición en vivo (4 y 6). Además, dejan de ser entrenados en orientación de valores (sesión 2) y no se les propone seguir continuando con la práctica de conductas alternativas reforzantes propuestas en terapia una vez haya finalizado esta (sesión 7).