

ÍNDICE

1. Introducción	3
1.1. Objeto del trabajo	4
1.2 Metodología	5
1.3 Estructura del estudio	6
2. Marco teórico	8
2.1 Ludopatía	8
2.1.1 Definición (DSM IV)	9
2.1.2 Diagnóstico	10
2.1.3 Modelos explicativos	11
2.1.4 Evolución	14
2.1.5 Comorbilidad	18
2.1.6 Factores de riesgo	21
2.2 Epidemiología	23
2.2.1 Situación en España	23
2.2.2 Diferencia de juego entre hombres y mujeres	24
2.3 Perfil del ludópata	26
2.3.1 El ludópata	27
2.3.2 Rasgos de personalidad	27
2.3.3 Patrones de personalidad subyacentes	29
2.3.4 Caracterización conductual	30
2.3.5. Características personales	32
2.3.6 Influencia de estilos parentales	34
2.3.7 Tipología de jugadores	36
3.4 Evaluación	38
2.5 Motivaciones para jugar	42
2.5.1 Sesgos cognitivos	43
2.5.2 Desencadenantes familiares	46
2.5.3 Vulnerabilidad psicológica	48
2.5.4 Mecanismos cognitivos de negación	49
2.6 Relaciones familiares	51
2.6.1 Relaciones del ludópata en la familia	51

2.7 Tratamiento	56
2.7.1 Motivos para buscar ayuda	57
2.7.2 Tipos de tratamiento	58
2.7.3 Recaídas	59
2.7.4 Terapia grupal	63
3. Estudios realizados	64
3.1 Objetivo general del estudio	64
3.2 Revisión bibliográfica sistematizada	64
3.3 Análisis de la realidad	68
3.4 Estudio cualitativo	80
4. Conclusiones	124
5. Bibliografía	125
6. Anexos	128

1.- INTRODUCCIÓN

El estudio realizado de título: "*Perfil del ludópata y consecuencias a nivel socio-familiar, económico y laboral de los afectados de la asociación AZAJER*", pretende ser un elemento más para la concienciación y sensibilización social de esta enfermedad; debido a que continúa siendo una enfermedad vergonzante, sobre la que la sociedad en general continúa teniendo una idea de vicio.

Actualmente no se están realizando demasiados estudios a cerca de esta enfermedad, lo cual supone una paralización de cara a conocer la ludopatía, la base de ésta, y las consecuencias negativas que puede tener de cara a las personas afectadas y a su entorno más próximo.

Considero de gran importancia que se continúen realizando estudios acerca de este tipo de adicciones, adicciones puras, como son la ludopatía, sobre las cuales no se trabaja demasiado, probablemente por la escasa visibilidad física de sus consecuencias y, por tanto, la escasa alarma social que causa.

El problema de este tipo de adicciones radica en el hecho de que, a diferencia de las adicciones con sustancia, tan apenas causa gasto sanitario, es más, incluso contribuye a la Administración aportando ingresos por medio de los impuestos recaudados con el juego; de modo que, en lugar de fomentar la concienciación social acerca de las consecuencias que puede conllevar para la persona y de ver la ludopatía como una enfermedad, se pretende normalizar el juego, restando importancia a la adicción que de éste se deriva, y empleando mecanismos de atracción, como pueda ser la idea de permitir fumar en los establecimientos de juego privados, como casinos o bingos.

Con este estudio se pretende demostrar que no es un vicio, ni un simple trastorno, como pueda ser un trastorno del sueño, sino que es una enfermedad en la que hay que trabajar la base de la persona y de su entorno.

1.1 Objeto del trabajo.

El objetivo de este trabajo de investigación o estudio se basa en analizar el perfil del ludópata y consecuencias a nivel socio-familiar, económico y laboral de los afectados de la asociación AZAJER, realizando también un breve análisis de tal Asociación, la cual es la única dedicada a este trastorno en Aragón.

La decisión de realizar este trabajo es debido a que, a pesar de que actualmente no es un problema que esté en auge ni exista mucha alarma social en torno a él, considero que sí que se debería de fomentar su conocimiento y sensibilización a nivel social; de cara a que, tal y como ha ocurrido con las adicciones con sustancia, se deje de ver simplemente como un vicio y se le pase a dar la importancia que realmente tiene, es decir, que sea considerada como una enfermedad. Una enfermedad que todavía sigue causando mucha estigmatización y vergüenza, tanto para los propios enfermos, como para las personas de su entorno. Por ello considero importante que, aunque el auge de la ludopatía y de los estudios en torno a ésta se realizaran alrededor de los años 80 y 90, no se trate de una patología olvidada, sino que sigue causando muchos problemas y conlleva muchas consecuencias a diferentes niveles para la persona y su entorno.

Por ello, el objeto del trabajo es el analizar los factores predisponentes que pueden llevar a una persona a jugar, profundizar en intentar eliminar la idea de "vicio" y fomentar una mayor concienciación a nivel social, destacando el hecho de que los jugadores patológicos no son personas culpables de realizar la acción de jugar o de las deudas contraídas, ya que el juego es simplemente la acción. Pero la ludopatía en sí, va más allá, y para tratarla se debe de realizar un tratamiento integral que trabaje el fondo de la personalidad de la persona enferma, para averiguar cuáles son las situaciones, circunstancias o sucesos que le llevan a evadirse de los problemas a raíz del juego o que han provocado la adicción.

A pesar de que no se trate de un problema nuevo que esté en su pleno desarrollo, sí que está presente y condiciona muchas situaciones sociales de las personas, su manera de ser, su ruptura de lazos con personas más cercanas y un declive en la vida de las personas que lo padecen. Considero que no se le da la importancia que puede llegar a tener este problema en el individuo.

En el trabajo será clave el profundizar en la importancia de la detección de este problema, la intervención con este tipo de personas, el papel fundamental que juegan las personas de su entorno más próximo y el tipo de terapia más eficaz o las medidas que se toman desde la Asociación con el objetivo de rehabilitar a la persona.

1.2 Metodología

La metodología empleada para la realización de este estudio ha sido en primer lugar una búsqueda bibliográfica a nivel formal e informal, con el objetivo de conocer más acerca de la enfermedad y realizar un breve acercamiento, para posteriormente plantear diferentes variables sobre las que trabajar y en las que basar el estudio.

De cara al estudio realizado, se ha optado por dividirlo en varios sub-estudios, de modo que sea más fácil la concreción en diferentes aspectos, de modo que la metodología realizada en cada uno de ellos ha sido diferente:

- Sub-estudio 1. Búsqueda bibliográfica sistemática: La metodología empleada para este sub-estudio ha consistido en realizar una búsqueda, en primer lugar a nivel informal (artículos y libros sobre ludopatía), para, a raíz de la información ahí extraída, analizar más en profundidad que artículos serían los más convenientes de cara a conocer cómo se encuentra el estudio de la

enfermedad actualmente y cuáles son los elementos más importantes sobre los que poder establecer las variables.

- Sub-estudio 2. Análisis de la realidad: Se ha realizado una búsqueda de información acerca de la Asociación AZAJER, del trabajo que realiza, del objetivo que tiene, su metodología de tratamiento empleada, así como una presentación de lo que se puede ver en su página web.

- Sub-estudio 3. Estudio cualitativo. Este sub-estudio consta de dos partes diferenciadas; por un lado se han realizado una serie de entrevistas a diferentes componentes de AZAJER, entrevistando tanto a profesionales, enfermos, padres y madres que acuden a terapia y pareja de personas con ludopatía, con el objetivo de conocer más acerca del trastorno, conocer las perspectivas de cada colectivo y los sentimientos que provoca el hecho de conocer el trastorno en cada una de las partes involucradas. Por otro lado, se han pasado una serie de cuestionarios a los ludópatas que acuden a terapia, con objeto de identificar un perfil dentro de las personas que padecen de JP en AZAJER, estableciendo una serie de variables en función de la documentación recopilada a lo largo de la realización del Sub-estudio 1.

1.3 Estructura del trabajo.

El diseño del estudio está estructurado en diversas partes, como son la previa introducción, objeto y justificación del tema elegido, en las que se expresa la importancia de la ludopatía y lo que se pretende conseguir con la realización de esta investigación.

A continuación, en el apartado del marco teórico, se hace una breve descripción de la enfermedad: definición, diagnóstico, epidemiología, perfil de la persona ludópata, los rasgos de personalidad y patrones de personalidad subyacentes, una caracterización conductual, señalar la influencia que pueden presentar los estilos parentales; conocer las motivaciones que llevan al ludópata a jugar a pesar de las consecuencias negativas que para ellos

conlleva la realización de la conducta del juego. También se dedica un apartado importante a la familia, ya no sólo en cuanto a las relaciones o repercusiones que pueda tener la enfermedad en éstas, sino también remarcando la importancia que tiene ésta en el proceso de cambio, no siendo simplemente un sujeto paciente de la modificación que se realiza en la personalidad del ludópata, sino teniendo que realizar unos cambios paralelos, de modo que, puedan adecuarse a la nueva personalidad del ludópata tras el tratamiento, una personalidad desarrollada que no precisa evadirse de los problemas, que tiene más autoestima y es capaz de preservar su sitio ante diversas situaciones o adversidades que se le puedan presentar.

Tras realizar el acercamiento con el marco teórico a la enfermedad, se realizan una serie de estudios, tanto a nivel más superficial, como puede ser el análisis de la realidad sobre AZAJER, como a un nivel más profundo y tratando de manera más directa la ludopatía, con la realización de una serie de entrevistas y de cuestionarios que ayuden a comprender la enfermedad.

Por último, se realizan una serie de conclusiones a la vista de los resultados obtenidos en los diferentes estudios realizados.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1 LUDOPATÍA

La **ludopatía** o juego patológico (JP) aparece definido por la American Psychiatric Association (APA) como un comportamiento desadaptativo, repetido y persistente de juego por dinero que expone a la persona a consecuencias negativas en el plano social, profesional e individual; no siendo una tarea impuesta por una urgencia física ni moral, pero si que aparece como si fuera una necesidad real (Kuten, 2006). Este trastorno constituye un tipo de adicción, que se clasificaría dentro de la nueva categoría de "adicciones sin sustancia"; y al igual que las adicciones que sí que causan algún tipo de dependencia de sustancia, también afecta no solo al jugador, sino también a su entorno, haciéndoles sentir las consecuencias tanto personales como económicas que conlleva; y haciéndoles participes de algún modo tanto del desencadenante como del mantenimiento de la adicción.

El DSM-IV-TR la considera como la adicción de los años noventa y aquella con mayor frecuencia entre los trastornos del control de impulsos (Jean Paul Goffard L 2008.) Con respecto a esto, se puede observar el por qué se le conoce o caracteriza como una adicción no tóxica con características similares a la drogodependencia, puesto que posee una secuencia y una forma de manifestarse y perpetuarse similar, apareciendo en el sujeto ludópata:

- Impulso a repetir un comportamiento desadaptativo.
- Acumulación de tensión hasta que se completa la conducta.
- Alivio rápido pero temporal.
- Retorno gradual al impulso.

2.1.1 Definición(DSM IV)

Tanto la APA como la OMS se refieren al JP como un problema de salud importante, y en el desarrollo del cual intervienen factores tanto biológicos, psicológicos como sociales, observándose una elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (TP) y trastornos por abuso o dependencia de sustancias (TUS).

Echeburua, E. et. Al. (2010) definen la ludopatía como "*un trastorno caracterizado por pensamientos irracionales en relación al premio y por la pérdida de control sobre el juego, el cual deja de ser un entretenimiento para convertirse en una necesidad. Se trata de un trastorno que puede afectar a cualquier persona, sin discriminación de edad, género, origen y situación socioeconómica.*"

La ludopatía se constituye como un nuevo tipo de adicciones en las cuales no existe ningún tipo de sustancia psicoactiva. En estos tipos de adicción, se da un proceso de fuerte dependencia psicológica por parte del sujeto hacia lo que le causa adicción, por lo que actúa con ansia y de forma impulsiva, perdiendo interés por cualquier otro tipo de actividad que anteriormente consideraba gratificante, sin ser capaz de controlarse a pesar de las consecuencias negativas experimentadas.

Se experimenta un deseo intenso de llevar a cabo la conducta, y se tienen expectativas muy altas acerca del alivio de malestar que se va a sentir tras la ejecución de la actividad que causa adicción, de modo que la conducta se mantiene a pesar de que las consecuencias negativas vayan en aumento. En función que el sujeto va siendo consciente de las consecuencias negativas que le acarrea tal conducta, lo que lo mantiene unido a ella no es el efecto placentero, sino el alivio del malestar causado por la abstinencia de tal acto; de forma que el sujeto muestra una capacidad de aguante cada vez menor ante las emociones negativas y las frustraciones cotidianas que pretende desahogar desarrollando la conducta adictiva, siendo éste comportamiento la única forma de hacer frente al estrés.

Por tanto, se puede decir que los comportamientos adictivos se vuelven automáticos, emocionalmente activados y con poco control. El adicto sopesa los beneficios de la gratificación inmediata, pero no repara en las posibles consecuencias negativas a largo plazo.

2.1.2 Diagnóstico

El DSM-IV contemplaba como característica nuclear del trastorno una serie de síntomas conductuales, cognitivos y biológicos, que indicaban que el individuo tenía deteriorado el control sobre el juego y que continuaba jugando a pesar de las consecuencias. Los criterios recogían los aspectos: progresión, preocupación, intolerancia ante las pérdidas y despreocupación por las consecuencias.

En el DSM-IV-TR no se han modificado los criterios, y el juego patológico sigue estando en el apartado de **trastornos del control de impulsos**, continuando el debate de considerarlo o no adicción.

Tabla1. Criterios diagnósticos del DSM-IV

A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:	
Preocupación	Preocupación por el juego(p.ejm.: preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar).
Tolerancia	Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
Pérdida de control	Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
Síndrome de abstinencia	Inquietud o irritabilidad cuando se intenta interrumpir o detener el juego.
Escape	El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p.ej.: sentimientos de

	desesperanza, culpa, ansiedad o depresión).
Caza(recuperar)	Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo “tratando de cazar las propias pérdidas”
Mentiras	Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.
Actos ilegales	Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza, para financiar el juego
Arriesgar relaciones	Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
Préstamos	Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.
B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.	

2.1.3 Modelos explicativos

La ludopatía, al igual que la mayoría de los trastornos psicológicos, se debe a una multicausalidad, debido a que no se puede destacar un único factor que pueda actuar como desencadenante o mantenedor del trastorno. Con respecto a los modelos explicativos que han aparecido para explicar el trastorno, hay que destacar el hecho de que, por lo general, la mayor parte de los modelos han dado su visión sobre los factores que pueden causar la ludopatía, mantenerla y al mismo tiempo, contribuir a su desaparición. A la hora de analizar los modelos, mencionar que la mayoría de las teorías realizan una aproximación centrada en los aspectos individuales del problema, tendiendo a dejar de lado otros factores que podrían ser claves para la comprensión de la adicción.

Siguiendo a **Robert y Botella**, se pueden distinguir dos grupos de modelos; encontrándonos por un lado los primeros modelos explicativos más basados en presupuestos psicodinámicos y psicoanalíticos, en las teorías del aprendizaje y de la psicología experimental; y por otro lado, los modelos actuales.

Dentro de los primeros modelos que intentaron explicar el trastorno de la ludopatía, encontramos:

- **Modelo moral:** Percibe la adicción al juego como falta de voluntad o déficit de moral, lo cual aparece más que como un modelo explicativo, como una actitud ante el trastorno.
- **Modelos psicoanalíticos:** Fueron los primeros que plantearon el trastorno como una enfermedad y no como un vicio. Más concretamente, dentro de los psicoanalistas, fue Freud quien promovió el interés por el trastorno con el estudio que realizó sobre la personalidad de "El Jugador" de Dostoievski. Freud ve el juego en esta figura como un sustituto de la conducta compulsiva de la masturbación, a la que considera la adicción primaria, a partir de la cual se originan las restantes. Así, según el psicoanálisis, la ludopatía consistiría en la expresión mediante el juego de una neurosis relacionada con una regresión a fases psicosexuales. Otros autores relacionan el juego con una u otra forma de figura paterna (Domínguez Álvarez, A. 2004). El juego es la expresión de una neurosis subyacente, relacionada con una regresión a fases psicosexuales pregenitales.
- **Modelos operantes:** Fueron los primeros dentro del paradigma del aprendizaje en intentar explicar el JP, entendiendo el juego como una conducta aprendida , de forma que con una determinada exposición a las situaciones de juego, todos podríamos llegar a ser jugadores patológicos o compulsivos.

Tabla 2. Primeros modelos explicativos del juego patológico.(Dominguez Álvarez, A.)

M. psicoanalíticos			
Autores	Teorías	Autores	Teorías
• <u>Freud</u>	El JP como sustituto de la conducta compulsiva de la masturbación.	• <u>Skinner</u>	Persistencia en el juego en función de tasas de refuerzo irregular.
• <u>Von Hattingberg</u> , relacionada con Simmel, Greenson	El Juego como expresión de una neurosis subyacente,	• <u>Dickerson</u>	Experimentos de laboratorio Dos tipos de reforzadores (ganancia de dinero y excitación asociada a las cogniciones y estímulos ambientales.
	una regresión a fases psicosexuales pregenitales.		Investigación de campo.
• <u>Reik</u>	Intento de solucionar los conflictos con las figuras parentales		
	Deseo inconsciente de perder, como un modo de autocastigo por los impulsos hacia la figura paterna.		
• <u>Bergler</u>			

Dentro de los modelos posteriores y actuales, encontramos:

- **Modelo de Bandura:** Siguiendo las teorías del aprendizaje social, considera que las conductas de juego se adquieren y se mantienen a través del modelado, pudiendo resultar prevalente a la hora de explicar los casos en los que alguno de los progenitores ha presentado JP, y el ludópata ha adquirido esa conducta por medio de un proceso de imitación del comportamiento de otras personas.
- **Modelo de Ellis:** La adicción al juego se crea y mantiene al eliminar de forma rápida y con un mínimo de esfuerzo la ansiedad experimentada en un momento determinado con la conducta del juego, convirtiéndose en un reductor del estrés y un escudo a la hora de tener que enfrentar situaciones conflictivas o de hacer frente a los problemas, de modo que se pasan por alto las consecuencias negativas del juego, quedándose simplemente con la sensación placentera que éste produce durante el desarrollo de la actividad.
- **Modelo de Jacobs:** Identifica una serie de factores o elementos que hacen que un sujeto pueda desarrollar una adicción. Estos elementos se corresponden con un estado fisiológico unipolar crónico y extremo de tipo hipo o hiperarousal. Por otro lado, la adicción se identificaría con un estado de naturaleza psicológica consistente en profundos sentimientos de inferioridad, insatisfacción e inutilidad, el cual sujeto podría minimizar atendiendo a la idea de "control" sobre el juego y a la creencia o sesgo cognitivo (desarrollado más adelante) mediante el cual el jugador considera que los resultados dependen de su habilidad.
- **Modelo de Blaszczynsky y colaboradores:** Se basa principalmente en factores de tipo biológico, que podrían predisponer a algunas personas a conductas, como por ejemplo el juego, lo cual unido a factores de tipo social, como pueda ser una exposición temprana o una alta disponibilidad, podrían llegar a crear la adicción; momento en el que el jugador estaría dentro de un círculo vicioso, en el que la persona estaría buscando una situación óptima de bienestar, formando parte del juego la

sensación placentera que el juego le provoca y la sensación negativa que de la abstinencia y las consecuencias negativas del juego (de las cuales se hace consciente cuando aparece algún otro tipo de problema que actúa como "la gota que colma el vaso").

- **Modelo de Brown:** Según él las variables que intervienen se combinan de diferentes formas durante las distintas partes del proceso, siendo éstas:

- Relaciones internalizadas con el objeto sobre el que se fantasea.
- Necesidades psicofisiológicas de arousal.
- Variables cognitivas.
- Factores afectivos.
- Patrones de refuerzo conductual.
- Determinantes sociales e institucionales.
- Relaciones significativas con otros.
- Condiciones socioculturales.

- **Modelo de McCormick y Ramirez:** Proponen un modelo integrador, basado en la teoría de la personalidad y considerando cinco elementos predisponentes, los cuales se ven potenciados y dependen del factor clave que constituye la exposición prolongada:

- Predisposición o vulnerabilidad biológica, transmitida hereditariamente, de la que existe escasa evidencia empírica.
- Fracaso en la socialización, entendida como la no adquisición de habilidades necesarias para relacionarse de forma adecuada en el medio social, así como el desarrollo de actitudes y conductas competitivas en vez de colaboradoras.
- Contacto con situaciones y eventos estresantes durante las primeras etapas de vida.
- Cierto estilo de personalidad y posibles trastornos de la misma.
- Contacto creciente con situaciones y eventos estresantes.

Según **Ochoa y Labrador**, una vez instaurada la conducta adictiva,

podría resultar difícil explicar el por qué, a pesar de las consecuencias negativas que conlleva para el sujeto, se puede mantener dicha conducta; de modo que basándose en la sensación de “síndrome de abstinencia” que se da en el jugador en los periodos en los que no puede acceder el juego, se podría considerar que ese mantenimiento de la conducta se debe principalmente a razones psicológicas, pudiendo ser explicados mediante cuatro factores: el valor reforzante del juego, el aumento de la activación psicofisiológica como recompensa, el mecanismo de ejecución conceptual y las alteraciones cognitivas.

2.1.4 Evolución¹

El desarrollo de un problema como el JP requiere de una evolución clínica que presenta unas características concretas debido a que es una “conducta adictiva de contacto” que se desarrolla en medios sociales.

La conducta adictiva se **inicia** mediante un comportamiento de **“descubrimiento”** lo cual puede ser causal y no tener porque conllevar el desarrollo de dicha actividad en un momento puntual al desarrollo de una adicción. Por ello, se debe identificar si el individuo presenta el factor predictivo de personalidad adictógena, lo que significa que la persona posee este factor predictivo, de manera constante y permanente, buscando conductas, estímulos o circunstancias que le originen o desarrolleen emociones intensas. Una persona de esta naturaleza puede desarrollar una adicción específica y única a una determinada sustancia, objeto, actividad o persona o en su defecto puede ir desarrollando una serie de adiciones en el transcurso de su vida las cuales va sustituyendo de manera alterna, hasta que en un determinado momento puede estabilizarse en una que puede ser descontrolada, repetitiva y convertirse en dañina y destructiva. En el caso de la adicción del JP, si la persona no tiene ese factor predisponente en su personalidad, podría llegar a ser clasificado como jugador social, para el cual, la importancia no la tiene la acción de jugar en sí,

¹ Vacca Rodriguez, R. (2005), *Aspectos clínicos de la conducta adictiva al juego: una de las adicciones no convencionales*. Salud y drogas 2005;5(1) , 77-97

sino el entorno social en la que ésta se desarrolla.

A la hora de hablar de estos factores que pueda predisponer, hay que hacer referencia también al hecho de que no resulta extraño que se den unas determinadas características clínicas, como pueda ser la existencia de antecedentes de dependencia, el hecho de haber tenido problemas con el control de la alimentación o haber presentado episodios de abuso al alcohol o a algún tipo de ansiolítico o anfetamínico.

En esta fase inicial, el individuo ya empieza a planificar su tiempo en función del juego, es decir, reserva espacios de tiempo para desarrollar tal actividad; siendo tal fase corta en el tiempo, ya que el individuo pasa pronto a la **fase de descontrol**, debido a la sensación agradable que la práctica del juego le aporta.

Al comienzo de esta etapa, ya se ha modificado la percepción del sujeto sobre la conducta del juego, poniendo en marcha ciertos mecanismos de negación del problema, los cuales veremos más adelante. Esta percepción se basa en el afán que tiene por continuar jugando sin tener que reconocer por desarrollar tal actividad, que ha perdido el control sobre su conducta.

Una vez que el sujeto se replantea toda su distribución de horarios en torno al juego y deja de desarrollar otras actividades por él, se puede decir que se ha instalado la conducta adictiva, de tal modo que, en caso de que no pueda llevarla a cabo, se desencadena en el jugador una sintomatología similar al síndrome de abstinencia que causan las drogas, cuyos síntomas son dolores de cabeza, decaimiento general, irritabilidad, falta de apetito, piloerección, sudoraciones profusas en ciertos momentos del día, déficit en la concentración, atención desperdigada, dificultad en la memoria de fijación, cámaras líquidas, despeños diarreicos, falta de interés por actividades productivas, pensamientos reiterativos acerca del juego, insomnio, disforia, angustia, opresión precordial, sudoraciones profusas y episódicas, decaimiento de la energía, etc.

A pesar de esta necesidad de jugar, la persona si que es consciente de las deudas contraídas pero, sin embargo, no es capaz de achacar dichas pérdidas al juego, sino que considera que puede llegar a recuperar tales

cantidades e incluso ver incrementados sus ingresos si continúa jugando. De este modo, se puede apreciar como tiene más elaborados una serie de argumentos irracionales que le impiden ser consciente de su estado y que además refuerzan su conducta adictiva.

Un fenómeno importante de cara a poder reconocer el problema, es el hecho de “**tocar fondo**”, lo cual es aparentemente complicado con unos pensamientos de justificación de la acción de jugar. Cuando este se produce, y el sujeto es consciente de su problema, puede ser frecuente que aparezcan problemas con la comida (comiendo de manera descontrolada debido a la ansiedad), creencias o pensamientos obsesivos sobre una infidelidad (celotipias)...Este último hecho, el considerar que la pareja está cometiendo un fallo como es la infidelidad, le sirve como un argumento para reducir la angustia y la culpa que siente por su adicción, de manera que consideran que su pareja también tiene faltas; ya que incluso termina por desear que su pareja cometa faltas para considerar que su “problema” es menor porque la otra persona no es “perfecta”.

También es común que se produzca en los ludópatas, debido a la idea de descontrol y fracaso que sienten, ideas suicidas, pensamientos reiterativos donde la muerte es la única solución a las deudas y descalabro económico que están viviendo.

2.1.5Comorbilidad

Según Kурдельбах (2010), la ludopatía es considerada como un trastorno del control de los impulsos(TCI), que presenta comorbilidad con los Trastornos por uso de sustancias (TUS) y con trastornos de la personalidad (TP), de forma que son una constante en la práctica clínica que hace que siempre haya estado presente el debate de contemplarlas como entidades separadas.

El tipo de comorbilidad que se da en la persona con JP es importante de conocerla, debido a que puede tener repercusiones a la hora de seguir una u otra línea terapéutica de tratamiento, así como repercutir en el inicio, desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva.

Los TP que con más frecuencia se han encontrado en los ludópatas es el Tastorno antisocial de la personalidad (TAP), seguido del trastorno límite de la personalidad (TLP), ambos caracterizados por la impulsividad.

En dos estudios realizados por Blaszczynsky en los que estudiaba la presencia del TAP de entre todos los TP posibles en ludópatas y con entrevistas semiestructuradas, se encontraron prevalencias entre el 14,6% y el 15,4%. En los estudios que se han realizado para la detección del TAP, las prevalencias encontradas de este TP en aquellos pacientes que presentaban problemas de juego fueron de entre el 35 y el 40%.

Con referencia a esto, se puede hablar, tal y como establece Blaszczynsky, que la preferencia por determinados juegos por parte de los ludópatas puede estar relacionada con necesidades emocionales insatisfechas. En esta línea, aquellos que tienen tendencia a escapar preferirían las máquinas recreativas con premio, mientras que los más dramáticos e incapaces de soportar la frustración preferirían las carreras de caballos o el bingo. De igual modo, se han asociado algunos TP a determinados tipos de juego. Por ejemplo, se ha encontrado una asociación entre los ludópatas que prefieren las máquinas recreativas con premio, con el trastorno paranoide de la personalidad o entre el trastorno narcisista de la personalidad (TNP) los ludópatas que prefieren juegos de cartas y deportivos. Destacar el estudio que hizo **Kroeber** (1992), en el que se asoció la preferencia por el juego de ruleta en ludópatas con rasgos narcisistas, esquizoides y ciclotípicos de la personalidad.

Otro de los trastornos comórbidos que empeora con la ludopatía son los TUS, provocando la aparición de conductas suicidas. La prevalencia de TUS entre los ludópatas varía desde el 5 al 66,4%.

Con respecto a los diagnósticos de uso, abuso o dependencia, se observó que el alcohol era la sustancia de la que con más frecuencia se había abusado o dependido (89,3% de los pacientes con historia de abuso o dependencia a sustancias). Detallando un poco más, se ve que mientras el 42,5% de los pacientes presentaban un diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol a lo

largo de su vida, el 30,1% lo tenían de otras drogas (principalmente cannabis en un 72,7%, cocaína en un 45,5% y benzodiazepinas en un 36,4%).)

Para analizar esta comorbilidad de la ludopatía con los TCI, como es el caso de las adicciones a sustancias, y los TP, se realizó un estudio transversal en 162 pacientes diagnosticados de ludopatía en el que se utilizó el SCID-I y II, la SOGS, el AGD III y el Gambling Severity Index.

De los resultados de este estudio se pueden extraer los siguientes datos, clasificados por un lado en comorbilidad con TP y por TUS:

- Respecto a la psicopatología comórbida, destacar que el 61,1% de los pacientes presentaban algún tipo de TP. Así, el 45,7% de los pacientes presentaba un TP, mientras que el 9,9% presentaba dos, el 3,7% tres, el 1,2% cuatro y el 0,6% cinco. Los TP que aparecieron con más frecuencia fueron el TNP, seguido del TLP, el TAP y el trastorno histriónico de la personalidad.
- Respecto a la comorbilidad con TUS, el 63,3% de los pacientes había presentado a lo largo de su vida unos criterios de dependencia de sustancias. La mayor parte de estos pacientes (40,9%) presentó dependencia de alcohol y drogas ilegales simultáneamente, mientras que el 33,3% había sido solo dependiente del alcohol y el 25,8% de las drogas ilegales.

Cuando se realizó el análisis para determinar si existían diferencias en los ludópatas en cuanto a la historia de TUS según la presencia de TP, se observó que la prevalencia de TUS no difería entre aquellos ludópatas con o sin TP. Sin embargo, la presencia de algún TP si influía en cuanto a la gravedad de la historia de TUS, ya que los ludópatas con TP habían presentado dependencia de más de una sustancia.

2.1.6 Factores de riesgo

Al tratarse de una adicción psicológica, al igual que la mayoría de ellas, y como se ha dicho anteriormente, hay que hablar de un **trastorno multicausal**, debido a la inexistencia o prueba empírica de que exista un único factor desencadenante de la adicción; por lo que se puede decir que dentro de los factores se podrían mencionar determinantes biológicos, ambientales, culturales, cognitivos y conductuales.

Para poder realizar una pequeña explicación sobre los posibles factores que inciden en la aparición del JP, podemos clasificarlos en factores estructurales por un lado, y factores propios de las personas por otro.

De tal modo, siguiendo los estudios realizados por Johansson, Grant, Kim, Odlaug & Götestam en el año 2008, vemos que algunos de los factores demográficos considerados como de riesgo frente al JP podrían apuntar hacia la mayor prevalencia del problema en individuos de sexo masculino, con una edad cada vez más baja de comienzo de la adicción y con un bajo nivel educativo, socioeconómico y cultural.

Se pueden mencionar también aquí algunas relaciones encontradas de los ludópatas y algunos tipos de juegos (Petry, 2003):

- Carreras de perros/caballos: hombres con mayor edad y menor educación. Uso de sustancias bajo y hay comorbilidad psiquiátrica.
- Apostadores deportivos: hombres jóvenes, con menor comorbilidad psiquiátrica pero con mayor uso de sustancias.
- Jugadores de cartas: Poco uso de sustancias y bajas comorbilidades debido posiblemente al nivel de lucidez que requiere este tipo de juegos.
- Jugadores de máquinas tragaperras: Mujeres adultas y con presencia de comorbilidad psiquiátrica.
- Lotería: Individuos con menor sueldo y con trastornos psiquiátricos.

Dentro también del grupo de factores que son externos a la personalidad del propio ludópata y que colaboran en la aparición del trastorno, mencionar los factores del entorno, entre los que estarían la disponibilidad y acceso a lugares de juego y las características sensoriales que proporcionaría. Con referencia a características sensoriales que engloban estos juegos, mencionar el hecho de que en las máquinas tragaperras aparecen elementos que provocan un mayor desarrollo del juego, y por lo tanto de la conducta adictiva, ya que actúan como reforzadores del comportamiento, como son: el sonido de las máquinas, el apagado y encendido de las luces, el hecho de que cuando se pierda se encienda una luz pequeña que dice "*insert coin*" o "*credits 0*", y algunos elementos que motivan la aparición y el refuerzo de errores cognitivos, como son el hecho de que si uno gana, las luces se encienden, generalmente acompañadas de música ad-hoc al momento célebre, a fin que todos vean y se percaten de que la persona ganó, de modo que el sujeto ve la asociación de las luces con gratificación, reconocimiento, y el consecuente placer. Estos errores cognitivos defienden los momentos en que se gana y desmerecen las ocasiones en que se ha perdido.

Se podría también señalar como factor sensorial lo relacionado con el ambiente lugar de juego, como es el ofrecimiento de licor o de ciertos alimentos como carbohidratos, azúcares o chocolates en los lugares en los que se encuentran estas ME, los cuales se constituye como un modulador o regulador de la conducta eufórica o disforia.

Con respecto a la distancia, hay investigaciones (Chóliz 2006, Welte et al, 2006 y Johansson et al, 2008) que destacan la importancia que tiene la existencia de un lugar con disponibilidad para jugar, hablándose incluso de un mayor riesgo de desarrollar JP con la presencia de un casino, lugar de juego, de apuestas, etc., en un radio de 16Km. desde el lugar de residencia de los individuos(Welte et al, 2006).

En lo social, se enmarca como factor de riesgo, el hecho de que exista aprobación del juego por parte de los amigos y la familia, e incluso la evitación de éstos también a reconocer el problema u ocultarlo.

Con respecto a los factores internos hay que mencionar la comorbilidad de la que se ha hablado anteriormente, y de las funciones neurocognitivas "*alteración en las funciones ejecutivas de los individuos, lo que indica una disfunción del lóbulo temporal*" (Goudriaan, Oosterlaan, de Beurs & van den Brink, 2006) . En esta misma línea se puede destacar la comorbilidad encontrada con respecto a la asociación con el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH), la cual se podría contraponer y relacionar con el estudio que apunta al aplazamiento de la gratificación como característica de personalidad

2.2 EPIDEMIOLOGIA

2.2.1 Situación en España

En España la legalización de los juegos de azar se fue realizando paulatinamente a partir del año 1977 bajo la excusa del turismo, y actualmente representa, tal y como dice la OMS, un importante problema de salud mental, con varias decenas de miles de afectados; siendo la tasa de prevalencia de entre el 2 y 3 % de la población adulta. A estas cifras, hay que añadir un 3% más de jugadores problema, es decir, sujetos que tienen el mismo comportamiento en el juego que los ludópatas pero que aún no cumplen el factor tiempo necesario para establecer el diagnóstico. (Ramos Brieva, J.2002)

La mayor parte de los autores consideran que se debe continuar investigando, ya que probablemente la prevalencia sea mayor de la que se cree, pero aun considerando los datos que se tienen, se ve que es un problema que representa un gran número de afectados, y con ellos sus familias y otras personas de su entorno.

Y siendo mucho más frecuente en hombres que en mujeres, aunque cabe destacar que éstas son mucho más reacias a buscar ayuda terapéutica por la censura social existente.

Realmente es un problema que se extiende por todas las edades, sexos y clases sociales, siendo más frecuente en hombres que en mujeres, variando de entre de dos a tres hombres por cada mujer, y la edad, a pesar de estar descendiendo en los últimos años, se sitúa entre los 18 y 40. Proporcionalmente, también se puede hablar de que hay un similar número entre solteros y casados, y la mayoría pertenecen a clases sociales media o media-baja.

Los ludópatas en España muestran una dependencia fundamentalmente por las máquinas tragaperras (el 75% de los que acuden a tratamiento es debido a la adicción a estas), ya sea sólo a éstas o en combinación con otros juegos; de hecho, somos el segundo país en Europa en gasto por habitante en juego y el segundo país del mundo con más máquinas tragaperras por millón de habitantes.

Los últimos datos de 2008 indican un gasto en juego de 32,309 millones de €. De esta enorme cantidad de dinero, se jugó a las máquinas tragaperras un 28%, a loterías y quinielas un 33%, a bingos un 14%, a casinos 9% y al cupón de la ONCE un 7% (Echeburua, E. 2010)

El juego se ha convertido claramente en una de las actividades más importantes del país, dando empleo a miles de personas.

Pero en España sólo existen dos unidades dedicadas a la rehabilitación (RHB) de ludópatas en otros tantos hospitales públicos (Hospital Ramón y Cajal de Madrid y Hospital de Bellvitges en Barcelona), más una parte de la Unidad de Adicciones del Hospital "12 de Octubre" de Madrid. Demasiados pocos recursos para un problema tan grande que se mueve entorno a una actividad que reporta abundantes beneficios al Estado y a las Comunidades Autónomas (Ramos Brievas, J.).

2.2.2. Diferencias de juego entre hombres y mujeres.

Aunque las estadísticas refieren que existe una mujer ludópata por cada dos o tres hombres, se sospecha que las cifras se encuentran más igualadas, pues se sabe de la clandestinidad con la que las mujeres sufren esta adicción.

Un secreto similar al que acontece con el alcoholismo femenino. A pesar de que las mujeres son más frecuentadoras de los servicios sanitarios que los hombres, las ludópatas apenas suponen entre el 20% y el 30% de las consultas por JP. Pero no sólo acuden menos al médico, también se adhieren menos a los programas de rehabilitación, representando apenas un 15% de los asistentes (Ramos Brievas, J 2002).

Entre hombres y mujeres, no simplemente hay una diferencia en cuanto a la prevalencia, sino también en los patrones y tipos de juego, de forma que los hombres, en general, tienden a jugar más a los juegos activos e inmediatos, como las máquinas tragaperras, mientras que las mujeres a los pasivos y no tan inmediatos, como las loterías o los cupones.

Un tipo de juego altamente presente entre el colectivo de mujeres ludópatas, es el bingo, debido probablemente al ambiente social en el que se desarrolla, que proporciona a la mujer compañía para escapar de la soledad y del aburrimiento, constituyendo para muchas de ellas un centro de encuentro social.

Según algunos estudios norteamericanos², las mujeres y los hombres ludópatas desarrollan su trastorno de manera diferente proyectado su adicción sobre juegos de naturaleza diversa. De esta forma, los hombres tienden a engancharse a juegos que implican estrategia o competición con otras personas, mientras que las mujeres se decantan por desarrollar adicciones a juegos solitarios y que no implican relaciones interpersonales.

Tabla 3. Tipos de juego en hombres y mujeres (Echeburua, E. et al)

	Mujer	Hombre
Preferencias de juego	Bingo, máquinas tragaperras, loterías y cupones	Máquinas tragaperras, casino y bingo
Motivación	Afrontamiento de problemas personales y	Búsqueda de sensaciones. Ganancia de

2 Echeburua,E. Et al. *El Juego Patológico: avances en la clínica y el tratamiento*. Pirámide D.L. (2010)

		del estado disfórico	dinero.
Dimensiones de personalidad	de	Introversión	Impulsividad. Búsqueda de sensaciones
Factores de riesgo		Depresión Sintomatología ansioso-depresiva Multiimpulsividad Víctima de abuso en la infancia	Abuso de alcohol y drogas. Conductas antisociales
Evolución del trastorno	del	Inicio tardío. Progresión más rápida	Inicio anterior. Progresión más lenta.
Comorbilidad asociada		Depresión Problemas psicosomáticos Episodios bulímicos	Depresión secundaria Problemas con la justicia Conductas temerarias
Búsqueda de ayuda terapéutica		En solitario. Actitud de vergüenza	En compañía de su pareja. Actitud altiva o arrogante.

2.3 PERFIL DEL LUDOPATA

En lo referente al perfil del ludópata, se han realizado numerosos estudios que han tratado de identificar las características psicológicas que pudieran hacer más vulnerables a las personas para que lleguen a desarrollar este trastorno. Como rasgos psicológicos, se han mencionado la inestabilidad emocional o neuroticismo, así como las dificultades en las relaciones interpersonales.

A pesar de que no existe un único patrón de personalidad que explique toda la variabilidad del juego patológico o una tipología concreta de personas con unas características concretas que puedan explicar el por qué desarrollan ellas y no otras el JP, si que se han realizado numerosas investigaciones sobre el tema, aunque cabe señalar que, tal y como dice Ana Estévez (2007), "hay

una falta de estudios sobre los rasgos cognitivos generales de las personas con JP.” Distintas variables de personalidad modulan esta patología en diversas formas y en distintos niveles de estudio y consolidación del problema.

2.3.1 El ludópata

Sin una real evidencia empírica tras varios estudios realizados al respecto, se sigue intentando buscar algún tipo de vinculación entre la personalidad normal o ajustada y los trastornos psicológicos, en donde encontraríamos la ludopatía. Con el deseo de dar una explicación o por lo menos de crear una linea de estudio referente a esta relación, hay tres modelos básicos:

- El modelo de vulnerabilidad: Supone una predisposición previa de los JP. Esta podría ser un factor adictivo o interactivo respecto a factores externos al individuo a la hora de desencadenar el trastorno.
- El modelo de cicatriz: El juego patológico modifica la personalidad de quienes lo sufren y generará en ellos un tipo de patrón de personalidad.
- El modelo de continuidad: Supone que los jugadores patológicos manifestarían formas extremas de variables o rasgos normales de personalidad.

2.3.2 Rasgos de personalidad

Ya se ha comentado antes el interés que se tiene, a pesar de la escasez de estudios, de poder relacionar algunos rasgos de la personalidad con el desarrollo de una conducta adictiva, como es la ludopatía.

Una de las variables que más interés ha despertado en esta búsqueda de relación ha sido la **impulsividad**, la cual constituye una tendencia de respuesta que no permite a la persona tener un control o aprender sobre las consecuencias negativas que le lleva el desarrollo de una determinada conducta (García Martínez, J.). Debido al hecho de que los ludópatas se caracterizan por una pérdida de control y una negación o no percepción de las dificultades y consecuencias negativas que presenta el desarrollo del juego

como una actividad que deja en detrimento otras, se afirma que la impulsividad es un rasgo característico y de importancia a la hora de desarrollar la adicción.

Con respecto a esto, se ha pensado que en relación a la impulsividad, se puede encontrar otro tipo de variable que empujaría aún más a la persona a jugar, aunque influiría más en la fase inicial para pasar a la fase de desarrollo de la adicción. Esta sería la **búsqueda de sensaciones** y de riesgos.

Lo cierto es que, bastantes trabajos de investigación han considerado que el índice de impulsividad por sí sólo, no es un factor determinante a la hora de desarrollar o no la adicción, pero que, sin embargo, el obtener también un determinado valor en la búsqueda de sensaciones, sí que haría que la persona fuera notablemente más vulnerable.

También en estudios, se ha encontrado una alta correlación entre la impulsividad y las medidas de **psicoticismo** y diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad, convirtiéndose el psicoticismo en una de las pocas variables de personalidad que puede hacer que se prevea que vaya a ocurrir una recaída de los jugadores sometidos a tratamiento. (García Martínez, J.)

El hecho de que una persona muestre una alta tendencia a la **disociación** en la conducta, también está asociada a la gravedad y la intensidad de la conducta, ya que los sujetos con alta tendencia a la disociación serían más susceptibles a las situaciones de juego, no percatándose de las consecuencias negativas y presentando estados disociados que inducirían a una mayor sensación de placer, lo que haría elevar el nivel de activación de estos sujetos y su sensación de control sobre la situación. Estos estados disociativos separarían al sujeto del malestar que experimenta en sus relaciones interpersonales, habitualmente problemáticas, y continuarían jugando debido al placer que la actividad en sí les genera.

Parke, Griffiths & Irwing,³ investigaron en el año 2004 tres variables de la personalidad de las personas con JP, las cuales fueron competitividad, búsqueda de sensaciones y aplazamiento de la gratificación, y dónde más elevados fueron los niveles encontrados fue en **competitividad** y en el **aplazamiento de la gratificación**. Esto indica que los JP serían más reticentes a abandonar el juego mientras tengan pérdidas, y que tenderían a perseverar hasta recuperar lo perdido y, producto de ello, terminarían sumergidos en un círculo vicioso. Con respecto al aplazamiento de las gratificaciones, se refiere al hecho de que los jugadores se inclinarían más por buscar mayor índice de retribuciones en lugar de complacerse o contentarse con lo recibido hasta el momento, lo cual, les provocaría un deseo de seguir jugando.

También destacar los hallazgos de **Estévez y Calvete** en el año 2007, quienes vieron que los JP puntuaban alto en esquemas disfuncionales, en los **dominios de Desconexión-Rechazo y Autonomía Deteriorada**, por lo que se infiere que estos sujetos no se percibirían como capaces de afrontar responsabilidades cotidianas y también tendrían unas bajas expectativas sobre las posibilidades de los demás de poder cumplir con sus necesidades.

2.3.3 Patrones de personalidad subyacentes⁴

A pesar de que resulte difícil determinar un patrón de personalidad de los ludópatas debido tanto a la escasez de estudios, como a los resultados contradictorios que se han dado en algunos de ellos, Blaszczynski ha expuesto un modelo en el que diferencia tres subtipos de jugadores que se relacionarían todos ellos con las variables mencionadas en el apartado anterior, de modo que tendríamos:

- **Jugadores patológicos normales** : Sujetos que no parecen tener características especiales ni psicopatológicas ni de personalidad; los problemas que puedan presentar son derivados de la propia conducta de

³ Jean Paul Goffard L., *Juego Patológico: Una revisión bibliográfica de la ludopatía*. (2008) psicología.com 12(2)

⁴ García Martínez, J. *Ludopatía y relaciones familiares.: clínica y tratamiento* (2004)

juego, y la influencia de su entorno familiar y social, así como las oportunidades de jugar. El juego cumple la función de activador emocional, activación que contribuye a conformar expectativas irreales y otras distorsiones cognitivas respecto a la posibilidad de obtener algún tipo de ganancia, generando un círculo vicioso de la conducta adictiva.

- **Jugadores patológicos emocionalmente vulnerables:** Sujetos con una historia familiar más problemática, incluyendo antecedentes familiares de juego patológico. El factor fundamental para que se desarrolle la conducta de juego es la interacción entre determinados sucesos vitales y características de la personalidad con determinados estados de activación emocional. Desarrollan estrategias de confrontamiento menos eficaces, tienen una baja capacidad de resolución de problemas y baja autoestima, resultando crónicamente disfóricos y con una activación fisiológica extremadamente alta o baja. El juego les sirve como un mecanismo de escape.
- **Jugadores patológicos con factores de vulnerabilidad biológicos:** Altos índices de impulsividad y de trastornos de la atención. Muestran más conductas delictivas y mayor probabilidad de ser diagnosticados de trastornos antisociales de la personalidad. La impulsividad sería en este caso, un predictor del juego patológico. Su disfunción básica haría más probable que se involucraran en cualquier tipo de situación en la que resulte necesario controlar su propia conducta y sus consecuencias.

2.3.4 Caracterización conductual.

Una de las cosas que se ha podido conocer gracias a diferentes estudios realizados es que, las personas con problemas de JP presentan una alternación conductual en varios ámbitos de su vida cotidiana, y más concretamente distorsiones que se dan durante el momento mismo del desarrollo de la actividad del juego, dónde se pueden apreciar diferencias entre las personas que son “jugadores sociales” y las personas que son jugadores patológicos. (Labrador y Fernández-Alba, 1998)

Lo cierto es que, como se ha mencionado anteriormente hay una escasez de estudios al respecto, lo que provoca que los análisis más completos que se encuentran con respecto a estas alteraciones conductuales daten del año 1993, siendo desarrollado por **Ladouceur**. Su estudio consistió en realizar un análisis en condiciones de laboratorio, de las conductas más características que desarrollaban mientras ellos jugaban “libremente” a diferentes máquinas tragaperras.

Los aspectos conductuales más reseñables que se encontraron fueron:

- Conductas motoras: Se pudo apreciar como el riesgo iba en aumento en función que iba transcurriendo el tiempo de exposición al juego, de modo que la última apuesta solía resultar ser la más elevada. Este hecho, no simplemente marcaba la presente sesión de jugar, sino que en la sesión siguiente, el riesgo iba en aumento, como si fuera una misma actividad dependiente de la realizada en días anteriores.
- Conductas cognitivas: Estas conductas, al ser muchas veces no verbalizadas por los jugadores y quedarse en simples pensamientos erróneos que van aumentando su motivación a jugar, precisaron para su análisis de un entrenamiento previo, en el que se les comentaba que dijieran en voz alta y externalizaran todo tipo de pensamientos y sensaciones que estaban sintiendo a la hora de jugar.

De tal forma que, finalizado el entrenamiento, se pudieron observar algunas características como que el 80% de las verbalizaciones (pensamientos) que tenían eran irracionales, mostrando distorsiones cognitivas como la ilusión de control o la predicción sobre los resultados, sesgos cognitivos que serán detallados a lo largo de los siguientes apartados. Estas distorsiones se han convertido en un foco clave para las intervenciones psicológicas. (A. Estévez et al.)

- Conductas fisiológicas: La respuesta más estudiada ha sido la frecuencia cardíaca, observando un incremento notable de ésta y mostrándose una correlación positiva elevada entre los pensamientos erróneos y el aumento de la frecuencia.

2.3.5 Características personales

Tras haber visto los apartados anteriores, resulta evidente que el juego puede afectar a cualquier persona, de cualquier clase social, sexo, edad, etnia...pero de alguna manera, si que se podría realizar una pequeña concreción, resultados de los estudios realizados hasta el momento, y que podrían ayudar a conocer diferentes elementos que se dan en las personas o características de éstas que, junto con otros factores, pueden hacer que tengan una especial vulnerabilidad para desarrollar la adicción.

- **Edad media:** En los últimos años, se está tendiendo a una disminución de ésta, siendo el número de jugadores jóvenes cada vez mayor; lo cual probablemente tenga que ver con la comorbilidad con otro tipo de sustancias, como el alcohol o el tabaco, para lo cual también está disminuyendo la edad de comienzo en la adicción.
- **Sexo:** Como se ha comentado anteriormente, existen ligeras variaciones en la proporción de hombres y mujeres jugadores, manteniéndose las diferencias con respecto al mayor grupo de hombres. Esto se puede relacionar con la percepción tradicional del juego como vicio; ya que la práctica de éstos es socialmente más aceptada para los hombres. Este factor podría estar impidiendo el reconocimiento por parte de la mujer de su adicción, siendo la tendencia a la ocultación mucho mayor que en los hombres, por lo que probablemente se podría hablar de que las diferencias entre la proporción de hombres y mujeres sería bastante menos significativa.
- **Nivel de estudios:** La mayoría de las personas tienen un bajo nivel de estudios, sin embargo, si que se ha ido dando una evolución con la que ha ido disminuyendo el porcentaje de personas con estudios básicos para

ir incrementándose el de las personas con estudios medios.

- **Estado civil:** El mayor porcentaje de jugadores lo conforman los casados, siendo casi el doble que los solteros. Puede resultar curioso el hecho de que no sean superiores los números de separaciones y divorcios, ya que es una de las adicciones en la que menos se dan, a pesar de que las consecuencias negativas repercuten, obviamente en la pareja, familia y entorno más cercano en general. Esto puede deberse a que, el tratamiento del juego es un buen motivo para atender otras crisis y avanzar en la reestructuración de los sistemas disfuncionales que se den en la pareja; trabajando sobre las áreas libres de conflicto que existen entre ellas, las cuales resultan recursos muy útiles a la hora de poder afrontar las crisis y de desarrollar el tratamiento sobre los puntos fuertes de la persona.
- **Número de hijos por familia:** La existencia o no de hijos, así como la edad de éstos, más que para el desarrollo de la conducta adictiva, es un factor importante a la hora de solicitar ayuda, debido a la presión familiar que acarrea.
- **Profesión:** Los obreros no cualificados son un grupo importante dentro de las personas que solicitan ayuda en las asociaciones de jugadores. Llama la atención también la elevada proporción de vendedores y representantes dentro del conjunto total de profesiones, debido probablemente a la mayor disponibilidad de tiempo que tienen con unos horarios poco definidos, ausencia de control por parte de la empresa, mayor autonomía en la planificación del propio trabajo y necesidad de establecer relaciones sociales constantemente, etc. En el grupo de funcionarios también existe un número importante debido a la disponibilidad económica, la accesibilidad y el tiempo libre.
- **Situación laboral:** Predominan aquellos que tienen un trabajo fijo, seguidos de los que se encuentran en el paro. Las mujeres que acuden a buscar ayuda son generalmente amas de casa.

- **Nivel de ingresos:** La mayoría trabajan y disponen de ingresos propios, sin embargo, resulta llamativo que un alto porcentaje de jugadores no disponga de ingresos propios, obteniendo el dinero principalmente a través de la familia. Estas personas sin ingresos también tienen el riesgo de conseguir el dinero para jugar a través de actividades ilegales.

2.3.6 Influencia de estilos parentales⁵

Según **Young** “*las experiencias tempranas con los padres, hermanos y otras personas tienen una influencia clave en el origen de los esquemas cognitivos que desarrollan las personas, ya que su origen está en la infancia, por lo que son clave las experiencias tempranas*”. Estos esquemas estarían organizados en cinco grandes dominios o categorías:

- **Dominio de desconexión y rechazo** que implica las expectativas de que las necesidades propias de seguridad, aceptación y respeto no van a ser cubiertas por los demás.
- **Dominio de autonomía deteriorada:** Consiste en una visión negativa de uno mismo y del ambiente en cuanto a la capacidad de tener éxito o para funcionar independientemente de los demás. Este esquema tendría su origen en familias que sobreprotegen al niño no creyendo en su capacidad de autonomía.
- **Dominio de límites deteriorados:** Se caracteriza por la dificultad a la hora de establecer límites internos y de responsabilizarse respecto a los demás. Incluye los esquemas de grandiosidad y control insuficiente.
- **Dominio de orientación a los demás:** Implica un énfasis excesivo en los deseos y sentimientos de los demás. Incluye los esquemas de auto-sacrificio y subyugación. Se da en familias que se basan en la aceptación condicionada, en las que el niño debe suprimir aspectos importantes de si mismo a fin de obtener la atención y cariño por parte de sus padres, teniendo que actuar siempre de un modo condicionado.

⁵ Estévez,A. Et al. *Cognitive Schemata in people suffering from pathological gambling and their relationships with parenting*, (2006) Clínica y salud 2007, vol 18 nº1

- **Dominio de vigilancia excesiva e inhibición:** incluye los esquemas de inhibición emocional y estándares inalcanzables. Tienen su origen en familias severas con un estilo de crianza punitivo. Los valores fundamentales de estas familias son el perfeccionismo, la evitación de errores y el cumplimiento de normas.

A raíz de esta idea que tenía Young sobre la importancia que tiene la etapa temprana, y por tanto los estilos parentales, a la hora de desarrollar un esquema cognitivo u otro, se realizó un estudio con el que se pretendía evaluar si las personas con JP presentaban o no esquemas negativos disfuncionales y recordaban estilos de crianza negativos durante su infancia.

Los resultados del estudio, sí que dieron lugar a poder analizar que realmente existen particularidades tanto en los esquemas cognitivos desarrollados por las personas con JP, como en la forma de crianza durante su infancia.

Los esquemas negativos desarrollados por las personas con JP ponían de manifiesto unas altas tasas o altos niveles en lo que se refiere a privación emocional, abandono, abuso, imperfección, aislamiento social, fracaso, dependencia, vulnerabilidad al peligro, apego, subyugación e inhibición emocional.

Con respecto a los estilos parentales que habrían presentado durante su infancia, se destacan todos los comportamientos recibidos por parte del padre, mientras que de la madre tan sólo se hace referencia al estilo impulsivo de crianza y abandono. El padre o la figura paterna influiría pues de una manera mayor que la madre.

Decir que, el hecho de presentar un sujeto estos determinados estilos parentales, no tiene porque conllevar al desarrollo de una conducta adictiva, pero sí que influye indirectamente a través de las cogniciones creadas. En caso de tener que establecer algún tipo de asociación entre los esquemas cognitivos de las personas y los estilos parentales recordados, cabría señalar el estilo caracterizado por transmitir imperfección y culpa, el cual se asocia a los

dominios de rechazo y autonomía dañada.

Con estos análisis del estudio, se llegaría a la conclusión de que las personas con ludopatía tendrían la expectativa de que las necesidades propias de seguridad, aceptación y respeto no pueden llegar a ser cubiertas por los demás, siendo también personas que presentarían el esquema de dependencia, no viéndose capaces de afrontar las responsabilidades. Los trastornos de personalidad dependiente y antisocial son relativamente frecuentes en personas con ludopatía.

2.3.7 Tipología de jugadores

- En función de la importancia que le dan al juego

La clasificación más empleada con respecto a las personas que juegan, ha sido la realizada por **Ochoa y Laborador**, para los cuales existirían cuatro tipos de jugadores en función de su evolución, impulsión, complicaciones clínicas o consecuencias que presenten:

- **Jugador social:** El juego de manera solitaria rara vez es desarrollado por este tipo de jugadores, los cuales juegan por placer y dedicándole una cantidad de dinero a la apuesta que no le causa desequilibrio económico. Suele jugar entre amigos, siendo la atmósfera social lo que controla su permanencia, de manera que si el ambiente le es favorable, el jugador seguirá jugando, y sino simplemente lo dejará. El juego pues, no le ocupa en su mente más tiempo de lo que podría hacer cualquier otra actividad. El jugador social rara vez se llegaría a convertir en adicto, salvo que presente una estructura de personalidad adictógena o provenga de una familia disfuncional con antecedentes, o que sea una persona que busque sensaciones nuevas y actúe de manera compulsiva y obsesiva en otros aspectos de su vida.
- **Jugador profesional:** No tiene una implicación emocional en el juego, no pierde el control, y es calculador, reflexivo y analítico. Se dedica al juego como forma de ganar dinero, aunque si que alterne el juego profesional con otra actividad que pueda resultar más funcional.

- **Jugador problema:** Tiene una conducta de juego frecuente, lo cual le puede conllevar a desarrollar problemas económicos. Dedica al juego parte del presupuesto familiar y el aumento de la conducta le lleva a dedicar más tiempo y gastar más dinero. Este tipo de jugadores presenta un alto riesgo de convertirse en JP.
- **Jugador problema o ludópata:** La persona sufre una dependencia emocional hacia el juego, lo que provoca una pérdida de control sobre éste y unas consecuencias negativas en los diferentes ámbitos de su vida. Aunque parezca contradictorio, la actividad de jugar se mantiene e incluso se intensifica cuando le está perjudicando. Realmente lo que le mantiene unido al juego es la sensación de "adrenalina". Dentro de los JP también se debería realizar una clasificación, ya que estos difieren en muchos aspectos entre sí, por ello siguiendo a **Blaszczynski y Nover**, podemos hablar de cuatro tipos de JP:⁶
 - Jugador puro: No muestra ninguna otra característica significativa de la que puedan presentar los JP en general, y por tanto, la mayor parte de la sintomatología que presenta, está relacionada con la conducta de juego.
 - Jugador con alta vulnerabilidad emocional: Destacan en él factores de personalidad que lo hacen más vulnerable, inestable y, en ocasiones, con dificultades de adaptación social. Puede tener otro diagnóstico de otra dependencia, o haberla padecido.
 - Jugador multiimpulsivo con otras patologías asociadas: Tiene una mayor resistencia a abandonar el juego y es importante que exista una coordinación con otros recursos sanitarios y/o sociales. Se suele indicar que el tratamiento sea individualizado y acompañado de una terapia en grupo.
 - Enfermo mental que presenta JP: Persona que, además de tener JP, es diagnosticado también de algún tipo de EMG.

⁶ Manual de Intervención en Juego Patológico

- En función del tratamiento⁷

Independiente de la anterior clasificación que se basaba más en la importancia que presenta la realización de la actividad del juego para la persona, se ha llegado a formular una tipología que diferencia a los JP, más que por la intensidad de su juego o la motivación hacia él, por los tratamientos que podrían ser más acordes con él; teniendo presente también la gran carga genética que este trastorno trae: un 20% en familiares de primer grado y en 35% en familiares de segundo grado.

- **Subtipo adictivo** (alrededor del 50-60% de los sujetos con ludopatía) Implica ver a la ludopatía como una conducta adictiva, en donde el aumento de la dopamina yace como mecanismo principal.
- **Subtipo impulsivo:** (varía entre el 25-35% de los consultantes). Apunta al trastorno como un descontrol de impulsos, lo cual va en relación de dos grandes hipótesis:
 - H. serotonérgica: Se ha mostrado una disminución del mismo en pacientes suicidas, reconocidos por su gran impulsividad. Tiene gran apoyo empírico.
 - H. noradrenérgica: Tendría que ver con la búsqueda de sensaciones, a fin de disminuir cierto malestar subjetivo inespecífico.
- **Subtipo obsesivo-compulsivo** (5-10% de los pacientes). Adquiere poca validez debido a la escasez de información empírica, pero apunta a aquellas personas que buscan mantener cierto control de su vida y de las leyes del azar.

2.4 EVALUACIÓN

Los instrumentos de evaluación actualmente disponibles son muy limitados, pero cabe destacar que al igual que en otras adicciones, la entrevista es el método más potente, sobre todo si se realiza al jugador acompañado de algún familiar que pueda aportar información más “objetiva”.

⁷ Jean Paul Goffard L. *Juego Patológico: Una revisión bibliográfica de la ludopatía* (2008) psicología.cp,12 (2)

El tipo de entrevista no se diferencia tan apenas de la que se pueda realizar para otro tipo de adicciones, siendo de un estilo motivacional y no culpabilizador, teniendo en cuenta que la función del profesional que realice la entrevista es acoger, motivar y acompañar y ayudar al sujeto durante el proceso de RHB.

En este tipo de entrevista, se entiende a la persona como protagonista del cambio, es decir, la persona debe llegar a reconocer su problema y manifestar intención y voluntad de cambiar, ya que en caso de que la persona no reconociera su problema habría que poner más interés en la motivación hacia el tratamiento haciendo consciente a la persona de la conducta disfórica que lleva, la cual está limitando el desarrollo de otro tipo de actividades de su vida diaria y que le está llevando consecuencias negativas, haciéndole entrar en un círculo vicioso.

Durante la entrevista pues, el profesional no debe anticiparse a las manifestaciones que haga el sujeto sobre su intención de cambiar, sino que debe de acomodarse a su ritmo, promoviendo que la persona se sienta comprendida y en ningún momento interrogada.

Como se ha mencionado anteriormente, la entrevista toma todavía más trascendencia en los casos en los que es posible que se realice con el sujeto acompañado de algún familiar, ya que los comentarios que éste realice, pueden ayudar a que el profesional se sitúe en la gravedad de la adicción y sobre el grado de desestructuración producido en el núcleo familiar.

En el ámbito clínico se cuenta con instrumentos de screening, como **cuestionarios, inventarios y otros instrumentos** de evaluación:

- Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS): Prueba de screening adaptada al DSM-III-R que hay que completar con la información obtenida en la entrevista con el jugador y los familiares. (South Oaks Fundation, 1992)
- Cuestionario de evaluación del DSM-IV: Preguntas que guían la exploración siguiendo los criterios del DSM-IV.

- Cuestionario de juego South Oaks-Versión revisada para adolescentes (SOGS-RA). (Winters, Stinchfield y Fulkerson, 1993).
- Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego: Detecta las conductas más relevantes relacionadas con el juego. (Echeburúa Báez, 1991)
- Cuestionario de Juego de Massachusetts (MAGS): Se basa en criterios del DSM-IV para identificar jugadores adolescentes patológicos y en riesgo de serlo. (Shaffer, Labrie, Scalan y Cumigs, 1994).
- Inventario de pensamientos sobre el Juego: Pretende detectar las distorsiones cognitivas, tanto en la fase de inicio de juego, como de desarrollo y mantenimiento de la ludopatía. (Echeburúa y Baez, 1991).
- Cuestionario breve de Juego Patológico (CBJP): Apropiado para intercalarlo con una entrevista más general y para hacer cribaje de problemas de juego (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1995).
- Cuestionario Lie/Bet: Sigue criterios del DSM-IV. Su utilidad es el cribaje y podría incluirse en entrevista clínica de atención primaria cuando hay sospechas de JP.
- Las diez cuestiones de Jugadores Anónimos para Adolescentes: Se centra en realizar preguntas cerradas que tienen que ver sobre las actividades diarias que pueda desarrollar el adolescente y que se hayan podido ver afectar, y en caso de que afecten y exista una adicción, ver hasta qué punto y en qué ámbitos. (Secades y Villa, 1998)
- Método de la Observación directa: En condiciones de laboratorio, se observan las reacciones del jugador mientras juega a máquinas recreativas, de modo que se puedan recoger, a través de las verbalizaciones de los pensamientos que desarrollan mientras juegan, se aprecien los errores cognitivos que presentan, para posteriormente poder proceder a su análisis y modificación a lo largo del tratamiento.
- Autorregistros: Es una herramienta para evaluar la conducta de juego y las condiciones antecedentes y consecuentes. Ayuda a conocer cómo se

produce el juego.

- NORC DSM Screen for Gambling Problems (NODS): Entrevista clínica basada en el DSM-IV. Es el instrumento que actualmente se usa para estudios epidemiológicos. (Gerstein, Hoffman y Larison, 1999)
- Índice de Severidad de la Adicción (ASI): Adaptado recientemente al ámbito del JP. Analiza el nivel global de funcionamiento del paciente en la vida diaria y cuenta con buenas propiedades psicométricas. (McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980)

De cara a completar la historia clínica en los casos en los que sea preciso debido a la sintomatología que se presente, la evaluación se puede ampliar con instrumentos específicos y comúnmente utilizados por profesionales para evaluar la ansiedad, depresión, trastornos de personalidad, impulsividad y otras adicciones.

En los casos en los que se dieran problemas sociales (los cuales son la mayoría) derivados de la conducta del juego, tales como deudas, problemas judiciales, aislamiento del entorno social, pérdida del trabajo..., se realizará una evaluación social amplia para coordinar durante la intervención, ya que algunos de estos problemas sociales son prioritarios a la hora de ser resueltos. También hay que destacar que para poder llevar a cabo adecuadamente una intervención se debe de pensar en la prevención de recaídas, para lo cual es necesario evaluar e identificar qué situaciones concretas son peligrosas para cada paciente; para ello hay dos instrumentos:

- El Inventario de Situaciones Precipitantes de la Recaída y de Estrategias de Afrontamiento en el JP.
- El Registro de Situaciones de Alto Riesgo para la Recaída UHY

2.5 MOTIVACIONES PARA JUGAR

Se presupone que los juegos de azar son excitantes, y que esa **excitación** puede ser una de las principales para el desarrollo y mantenimiento del juego; de hecho se señala un incremento de la activación durante el juego de la tasa cardíaca.

Este incremento de la activación se ha asociado a distintos tipos de juegos y a raíz de esto, existe la hipótesis de que el nivel de activación o excitación producido por el juego podría ser uno de los factores determinantes del JP.

Se señala también como factor motivante, el hecho de que los jugadores tengan un triunfo grande en su **primera experiencia** de juego, lo cual provoca que si tienen personalidad adictógena, sigan jugando y aumentando sus niveles de participación, mientras que los que no experimentaron ese triunfo grande en las primeras experiencias, es menos probable que terminen desarrollando problemas con el juego. Se podría decir que, un ingrediente necesario para convertir a un jugador ocasional en uno que acepta el desafío, es una creencia en la capacidad de tener éxito, y obviamente, el hecho de tener un triunfo temprano, aumenta esa probabilidad de creencia. (Melissa S. Emond et al., 2009)

Esta motivación para jugar, sirve para establecer una distinción entre JP y los no problema, ya que aunque una alta proporción de ambos grupos indicaban que el juego era una diversión agradable, los JP indicaron en una proporción mayor que el juego era un modo de ganar dinero o de evitar problemas; mientras que los jugadores no problema, simplemente mencionaban la diversión, el placer y la socialización como motivos principales de juego.

Se podría decir que para los JP el juego sería como una medicina ante estados de ánimo aversivos como pudiera ser la depresión o la ansiedad, lo cual provoca que los individuos sigan jugando prolongando estas alteraciones disfuncionales de estados afectivos (Alex Blaszczynski et al.)

En el **marco cognitivo**, las creencias irracionales, las percepciones erróneas y la dificultad de entender la aleatoriedad y la independencia mutua de acontecimientos, también provocan en el individuo un círculo vicioso que le hace pensar que su capacidad de éxito pueda ser elevada.

2.5.1 Sesgos cognitivos.

Una de las principales motivaciones y razones del jugador para jugar, es el hecho de tener ciertos pensamientos inadecuados en relación con la situación de juego, pensamientos que son conocidos como sesgos o distorsiones cognitivas, las cuales no sólo aparecen en los JP, sino que son relativamente frecuentes en el comportamiento humano.

En el caso concreto de los juegos de azar es frecuente constatar la existencia de estos sesgos o distorsiones cognitivas que llevan a algunas personas a extraer conclusiones irracionales sobre las probabilidades de predecir o controlar los resultados de una actividad controlada por el azar, todo con el objetivo inconsciente, de considerar que tienen una elevada capacidad de éxito.

Entre los **principales errores o sesgos cognitivos⁸** en los juegos de azar se han señalado los siguientes:

- **Ilusión de control:** Creencia de que el resultado del juego depende más de la actuación propia que del azar. El jugador piensa que tiene o puede llegar a tener un sistema, una forma de actuar, para controlar el resultado del juego, menospreciando el valor del azar. Algunas características de los juegos, como la presión para tomar decisiones están diseñadas de forma que los jugadores deban tomar constantemente decisiones, desarrollando así esta sensación.
- **Predicción de resultados:** El jugador piensa que puede predecir el resultado de alguna forma, bien porque tiene una intuición o una sensación especial, porque ha sucedido algo o porque ha estado

⁸ Echeburúa, E. et al El Juego Patológico: avances en la clínica y el tratamiento. Pirámide D.L.(2010)

estudiando el desarrollo del juego tratando de establecer regularidades. Es posible que el jugador tenga claro que es el azar el que controla el juego y que él no puede hacer nada por controlarlo, pero que crea que por lo menos puede predecirlo.

- **Azar como proceso autocorrectivo:** En el juego se considera que la probabilidad de un evento futuro aumenta tanto más cuanto mayor haya sido la aparición del evento contrario en las jugadas anteriores. Como si el resultado de la primera tirada influyera en la segunda, en lugar de ser eventos independientes.
- **Suerte como responsable de los resultados:** El jugador considera que tiene algo especial, la suerte, bien de forma permanente o episódica; con independencia de las acciones que lleve a cabo durante el juego. Es posible que el jugador considere que no puede ni controlar ni predecir los resultados del juego, pero tiene esa cosa especial, "la suerte", que le hará ganar.
- **Sesgo de las explicaciones post hoc:** Una vez que se ha realizado la jugada el jugador no se sorprende del resultado, aunque vaya en contra de sus predicciones. Incluso llega a interpretar lo ocurrido de forma tal que cree que realmente predijo el resultado.
- **Atribución flexible:** Tendencia a atribuir los éxitos a las habilidades propias y los fracasos a influencias de otro tipo.
- **Perder por poco:** El jugador considera que ha estado "cerca" de ganar. Este fenómeno alienta al jugador a pensar que lo que está haciendo funciona y que cada vez está más cerca del premio.
- **Correlación ilusoria y supersticiones:** El pensar que ciertas conductas pueden tener efecto sobre los resultados puede llevar al desarrollo de comportamientos extravagantes. Suelen desarrollarse debido a asociaciones accidentales entre un determinado evento y un premio, de tal forma que el jugador llega a creer que dicho evento aumenta la probabilidad de ganar.

- **Fijación en las frecuencias absolutas:** El jugador hace alusiones a lo que lleva ganado sin tener en cuenta lo que ha perdido o el total invertido.
- **Heurístico de la disponibilidad:** La facilidad con la que un evento puede ser rescatado de la memoria afecta a la probabilidad considerada a la hora de establecer los juicios.
- **Personificación de la máquina:** Consiste en la atribución de cualidades humanas a la máquina. El jugador atribuye a la máquina voluntad propia o capacidad de tomar decisiones para darle premios o quitárselos, para engañarle. La máquina es la responsable de que consiga o no los premios, pese a su esfuerzo. Por eso el jugador habla con la máquina, haciéndole comentarios, reproches o peticiones...

Pero, como se ha mencionado, la existencia de estos sesgos cognitivos no se dan únicamente en personas con JP, sino que se dan en todo tipo de personas, por lo que más que el número de distorsiones que tengan las personas, habrá que tener presente el tipo de distorsiones que tienen unos y otros, para analizar cuales son realmente las que potencian el mantenimiento de la conducta del juego.

Tras los estudios realizados con referencia a la diferencia de distorsiones cognitivas que presentan los no jugadores o jugadores sociales de los JP, se ha visto que si que hay diferencias significativas en el tipo de verbalizaciones o distorsiones cognitivas presentadas.

Mientras que el grupo de jugadores emite más verbalizaciones referidas a distorsiones cognitivas como predicciones, considerar el azar como un proceso autocorrectivo y la personificación de la máquina; el de no jugadores emite más verbalizaciones relacionadas con distorsiones del tipo ilusión de control, creencia en la suerte y fijación en frecuencias absolutas, siendo los valores de la ilusión de control significativamente más elevadas en las personas sin problemas de juego.

La ilusión de control no debe ser pues un factor determinante en el

desarrollo o al menos en el mantenimiento de la conducta de juego patológico. Se va desvaneciendo a medida que la persona adquiere más experiencia; siendo posible que el hecho de que vaya disminuyendo no implica que los jugadores dejen de jugar, sino que algunos jugadores evolucionen a otros tipos de sesgos, concretamente, las distorsiones centradas en la predicción de resultados.

De hecho, las dos distorsiones referidas a la realización de predicciones se perfilan como las más importantes para diferenciar jugadores de no jugadores, por tanto, es posible que éstas tengan un valor destacado en el mantenimiento de la conducta de juego.

Debido a la importancia que pueden implicar estos sesgos o errores cognitivos, en casi todos los programas de intervención actuales se defiende la necesidad de un tratamiento cognitivo dirigido a modificar las distorsiones de los jugadores, aunque el problema es que, de momento el esfuerzo se centra en modificar toda posible distorsión, en especial la "ilusión de control" o la "creencia en la suerte"; sin embargo, los esfuerzos deberían centrarse en modificar las distorsiones que caracterizan a los jugadores frente a los no jugadores.

2.5.2 Decencadenantes familiares

Entre los factores familiares que parecen ser predisponentes, se señalan el hecho de que se diera una disciplina familiar inadecuada, inconsistente o excesivamente permisiva; la exposición al juego durante la adolescencia, la ruptura del hogar, unos valores familiares basados en símbolos materiales y financieros, la falta de planificación y el despilfarro familiar o antecedentes familiares de alcoholismo u otras dependencias. También parece ser predisponente el tener padres con personalidad inestable, muy competitivos y energéticos.

El modelo de complementariedad familiar aportado por Canevaro⁹ parece apropiado para exemplificar el tipo de familia en la que aparece un jugador. La distinción que el autor hace entre familias centrípetas (que tienden a expulsar a los miembros) y centrífugas (que mantienen a los miembros unidos) se podría trasladar a la mayoría de los casos de ludopatía en hombres adultos; casos en los que en la familia del jugador no se expresan las emociones y se tiende a evitar el conflicto mediante la negación del mismo, mientras que la esposa tiene una experiencia familiar en la que las emociones se expresan a menudo.

El encuentro de dos modos tan sumamente contrapuestos de entender la familia llevaría de forma inevitable al conflicto, y muy probablemente a la huida del jugador hacia el juego, o de la esposa hacia los hijos. También en las familias de origen de los jugadores se han encontrado sucesos vitales, que podrían explicar las estructuras relacionales que aparecen posteriormente en las familias creadas.

El desarrollo de la ludopatía exige habitualmente un largo período de tiempo, por lo que es difícil establecer los factores que pueden desencadenar la pérdida del control con respecto al juego, identificándose en los adictos problemas relacionados con la falta de habilidades comunicacionales, inmadurez afectiva, inestabilidad emocional o escasa tolerancia a la frustración.

El desarrollo de síntomas por parte de un individuo guarda relación con el contexto en el que se produce y con los sucesos vitales significativos (McCormick y Ramírez) que pueden resultar de un elevado estrés para el sujeto y que por lo tanto actuarían como factores precipitantes de la adicción:

- Encuentro y fundación de la pareja. Inicio de la familia.
- La novedad de ser padres.
- La familia con niños en edad preescolar.
- La familia con niños en edad escolar.
- La familia con hijos adolescentes.

⁹ Jaén, P. *Ludopatía y relaciones familiares: clínica y tratamiento* (2004)

- La familia con hijos jóvenes.
- La familia como centro de despegues: los hijos se casan o dejan el círculo familiar. Los hijos se independizan.
- La familia no tiene ya el control sobre los hijos: han salido del ambiente familiar. Etapa del “nido vacío”
- La familia después de la jubilación.

De este modo, se podría decir que la conducta del JP y las influencias familiares estarían vinculadas, puesto que la familia de origen podría fomentar un marco relacional donde la conducta de juego se considera adecuada, es decir, algunos problemas vitales a los que el individuo se enfrenta pueden resolverse adoptando el juego como respuesta.

Desde esta perspectiva, la familia parece desempeñar un papel muy importante en la adquisición de hábitos de juego, llegando a indicar algunos estudios que el 86% de los adolescentes que juegan lo hacen con sus familiares.

El déficit de comunicación y la pobreza relacional de las familias serían algunas de las causas que impulsarían a los adolescentes a jugar, aunque no hubiera ningún antecedente. El deterioro de la calidad de las relaciones de pareja y otras relaciones familiares parece ser también un elemento relevante para entender la conducta de juego patológico.

2.5.3 Vulnerabilidad psicológica

El ser humano por lo general busca alcanzar un nivel de satisfacción global en la vida, por lo que un mayor número de aficiones e intereses de una persona están en relación directa con una mayor probabilidad de ser feliz. Desde esta perspectiva, las carencias que pueda presentar una persona en una dimensión de su vida, pueden compensarse, en cierto modo, con las satisfacciones obtenidas en otras, de tal modo que en el caso de la ludopatía como adicción, esta constituiría una afición patológica que, al causar dependencia, restringe la libertad del ser humano.

Frente a este modo erróneo de satisfacer las necesidades humanas, hay ciertas características de la personalidad o estado emocionales que aumentan la vulnerabilidad de las personas hacia las adicciones de cualquier tipo; rasgos como puedan ser la impulsividad, la disforia, la intolerancia a los estímulos displacenteros, y la búsqueda exagerada de emociones fuertes; e incluso hay veces en las que la adicción se mostraría simplemente como un problema que se encuentra en la superficie, sobre otro problema de base que pueda ser o bien de personalidad o de un estilo de afrontamiento inadecuado ante las dificultades cotidianas.

Así, un sujeto con una personalidad vulnerable, unos recursos psicológicos defectuosos, una cohesión familiar débil y unas relaciones sociales pobres, corre un gran riesgo de hacerse adicto si cuenta con un hábito de recompensas inmediatas, tiene el objeto de la adicción a mano, se siente presionado por el grupo y está sometido a circunstancias de estrés o de vacío existencial.

2.5.4 Mecanismos cognitivos de negación¹⁰

Al igual que ocurre con otro tipo de adicciones, uno de los procesos que más tiempo lleva y que de normal se desarrolla cuando ocurre algún suceso que marque un “tocar fondo”, es el de la toma de conciencia del problema, es decir, el ludópata no es consciente en un principio de que tiene un problema con el juego ya que pasa por alto las consecuencias negativas que éste le está conllevando y que le pueden ir acarreando en el futuro, y tan sólo tiene en cuenta el placer que le provoca el desarrollo del comportamiento o conducta del juego.

Para que esto pueda realizarlo, existen múltiples mecanismos psicológicos que los ludópatas aprenden a utilizar y que le permiten convivir al adicto con su conducta adictiva. Algunos de estos mecanismos de negación que emplea el sujeto para “evitar” ser consciente de su problema son:

¹⁰ Vacca Rodríguez, R. *Aspectos clínicos de la conducta adictiva al juego: una de las adicciones no convencionales.* (2005) Salud y Drogas 5 (1) 77-97

- La **negación sistemática**, la cual consiste en argumentos reductores de la disonancia cognitivo-afectiva. El jugador niega que la conducta al juego se le está escapando de las manos. Este tipo de respuesta suele caracterizarse por un “estar a la defensiva” y realizar verbalizaciones en las que niega su problema.
- La **minimización** es un mecanismo que subestima y devalúa su conducta adictiva y sus consecuencias. Los problemas los ve como pequeños, manejables y mínimos, por lo que para él no es necesario abandonar dicha actividad. Usan para ello diminutivos, lo cual les genera una cierta familiaridad, proximidad y afectividad con respecto al juego, empleando verbalizaciones como “voy a jugar un par de horitas” “voy a echarme unas fichitas”...
- **Distorsión del enfoque:** La actividad adictiva se convierte en “su trabajo”, “un relax”, “bajar al barrio”, considerando que está desarrollando una actividad que le proporciona ingresos, menospreciando la cantidad de dinero invertida y perdida durante la realización de éste.
- **Autoengaño:** El adicto autoverbaliza argumentos que favorecen o refuerzan su conducta adictiva, que la justifican para no caer en una depresión . Los pocos o imprevistos momentos de ganancia económica que pueda lograr son auto percibidos de modo sobredimensionado. Estos argumentos que tiene, se basan en fantasías que diseña, y que le llevan incluso a planificar y elaborar proyectos o planes de vida futura que están fuera de la realidad, pero que los relaciona con los momentos de ganancia.
- **Sistema cognitivo en el adicto a las máquinas tragaperras, que funciona como reductor de la disonancia cognitivo-afectiva:** Inicialmente el juego era simplemente un pasatiempo, un relax, una forma de invertir su tiempo; pero ahora su tiempo y la realidad le dicta otra cosa y eso le causa conflicto, malestar, frustración: es decir, disonancia cognitiva-afectiva, con la cual los argumentos son una

combinación de la realidad con su voluntad de no desear dejar de jugar. Supone una estructura mental difícil de desarticular y modificar, que afecta a las relaciones interpersonales que el ludópata mantiene en su vida diaria.

- **Autoverbalizaciones no conscientes:** Autoverbaliza los argumentos que refuerzan su conducta del jugar. Son como una serie de monólogos que emplea para continuar jugando.

2.6 RELACIONES FAMILIARES

Los daños causados por el JP no se pueden reducir simplemente al terreno de lo financiero, sino que también influye en las relaciones con la familia y amigos, en la salud mental y en el propio funcionamiento de la persona. (Helen Suurvali et al.)

De hecho, se suelen ver afectadas diversas áreas, lo cual puede comprometer y desestabilizar la mayoría de las relaciones sociales cotidianas que tiene el sujeto.

Por ello, los autores insisten en la importancia de la pareja y de la familia en el desarrollo de un trabajo terapéutico con las personas que sufren dependencia al juego (Cancrini, L).

No obstante, a pesar de esta importancia, lo cierto es que este tema ha sido tratado como secundario en la mayoría de los estudios, pasando por alto las importantes repercusiones que tiene el factor o elemento de un sujeto ludópata dentro de la relación de pareja o de las interacciones en la familia.

2.6.1 Repercusiones del ludópata en la familia.

El juego puede afectar, y de hecho afecta, a la estructura, las funciones y las relaciones de los sistemas familiares, lo cual implica que sea un problema que afecta a un número importante de personas, ya que no sólo repercuten en la persona que la padece, sino también en el entorno del sujeto.

Las repercusiones que presenta la presencia de una persona con ludopatía dentro de la familia, provoca a que en algunas ocasiones, los

familiares acuden a consultas médicas o psiquiátricas por este problema; aunque realmente, los familiares no afirman o concretan que el problema por el que acuden sea por la elevada preocupación que les causa el problema de la ludopatía en un miembro de su familia, sino que generalmente lo hacen en primer lugar por “otros motivos”, como depresión, estrés, ansiedad, insomnio, somatizaciones, etc.; motivos que en raras ocasiones el profesional suele relacionar con el fenómeno de la ludopatía.

Algunos de los problemas principales que se dan en las familias en las que hay un sujeto con JP son:

- **Ocultación del problema**, a raíz de los sentimientos negativos que el juego plantea en los miembros de la familia, se usa como un mecanismo de defensa el no hablar del juego en la familia, de modo que los miembros aprenden a no expresar sus verdaderos sentimientos y emociones, principalmente la rabia.
- **Negación del problema** ya que es el propio jugador el que niega el problema, y que la familia no lo entiende como una enfermedad, sino como un vicio, del que se podría culpar al jugador porque consideran que es posible que deje de llevar a cabo esa conducta por su propia voluntad, lo cual genera unas cuotas elevadas de resentimiento y culpabilización contra la persona con JP.
- **Incomunicación** previamente a que se descubra por parte de su familia el problema que tiene, el jugador se encierra en el silencio, huida y evitación de cualquier situación que pudiera conllevar al descubrimiento de su doble vida. En el momento en el que es descubierto el problema, la comunicación tampoco es excesiva, debido a como se ha dicho anteriormente, la culpa que se deposita sobre el jugador.
- **Mentiras** son un elemento o factor clave que colabora en el mantenimiento de la adicción, ya que provocan que el jugador no sea consciente plenamente de su problema, llegando a creerse el mismo las mentiras que debe decir para ocultar el problema; y por su parte la

familia también las emplea, ya no solo como mecanismo de negación del problema, sino para evitar que el hecho de que haya una figura de un ludópata en el hogar no cree prejuicios en los demás, procurando que nadie se entere del problema. Esta secuencia de mentiras provocan un clima de desconfianza.

- **Sensación de fracaso** que siente el ludópata ante la pérdida de control de sí mismo frente al juego, y ante la cantidad de pérdidas a nivel económico que está sufriendo y que no es capaz de recuperar. Esto ocasiona que el ludópata tenga la sensación de que no sirve para nada, sensación que los familiares vivencian de una manera más patente, destacando que consideran que el sujeto realmente no tiene un problema sino que “lo hace porque quiere”, lo cual lleva a una pérdida de respeto y estima por parte de todos los miembros de la familia, los cuales se ven afectados por las consecuencias negativas del trastorno.
- **Sentido de culpa**, tanto el ludópata de manera subjetiva, porque no entiende su adicción y se siente culpable por no controlar el juego y por el daño que hace a los demás, lo cual le crea una gran angustia y deseos de autodestrucción; como por parte de la familia, quien aunque en un principio tome una postura victimista, también en cierto modo se culpabiliza por no haber puesto medios para haber evitado el desarrollo de la adicción.
- **Frustración sexual** ocasionada por la mala relación de pareja, sin cariño ni afecto, sino muy al contrario, llena de rabia y resentimiento. En el cónyuge se crea una sensación de abandono, debido al tiempo que la persona con ludopatía no pasa en el hogar, lo que le hace llegar a dudar de la existencia de una posible relación extramatrimonial, generando todavía un mayor distanciamiento.
- **Economía**, elemento que obviamente se ve afectado debido a las apuestas que el jugador realiza durante sus períodos de juego, y las cuales van en aumento. El jugador, con su idea de “caza” continúa jugando y arriesgando más capital, el cual es limitado, por lo que se ve

obligado a recurrir a cualquier otro medio para conseguir el dinero suficiente para poder continuar jugando. Con esta pérdida de recursos, la calidad de vida de la familia se ve disminuida, llegando incluso a tener que pasar por situaciones angustiosas, debido al dinero perdido.

2.6.2 JP y pareja

El juego patológico impone un estilo comunicacional y de relación muy específico en el matrimonio, ya que el juego se convierte en un punto de referencia a partir del cual se definen sus limitaciones, cualidades y virtudes, así como aquellos valores, mitos y creencias que conforman la pareja. De hecho, casi cualquier tipo de comunicación acaba estando mediatizada por la presencia/ausencia de las conductas de juego.

La adicción al juego tiene repercusiones en un doble sentido, por un lado, la conducta adictiva arroja tensiones sobre la relación; y por otro, las tensiones que existían previamente pueden verse reforzadas por los problemas derivados de la adicción al juego.

El psicoanálisis encuentra una relación estrecha entre la conducta patológica del jugador y las relaciones conyugales, al considerar la adicción como una expresión de una psiconeurosis subyacente relacionada con una regresión a las fases psicosexuales progenitales, lo cual podría indicar que la motivación del jugador podría ser el hecho de buscar actividades y experiencias estimulantes ante una relación que le aporta pocas gratificaciones. Esta idea queda manifiesta ante las declaraciones de un gran número de jugadores, los cuales reconocen haber tenido relaciones extramatrimoniales o tenerlas en el presente(Garrido Fernández, M. 2007)

Junto a esto, y referente a la pareja del jugador, algunos autores describen a la esposa como una persona con baja autoestima y poca confianza en sí misma que ha sufrido abusos físicos y psíquicos por parte del jugador. Así mismo, es una mujer que tiende a admirar a su marido y que refuerza la conducta disfuncional haciéndose cargo de las deudas contraídas por el juego.

Pero a pesar de esta conducta aparentemente sumisa por parte del

cónyuge, llega un momento en que se puede ver superado/a por tal situación, por lo que puede decidir abandonar el hogar o romper la relación de pareja; momento en el cual el juego pasa a ser un enemigo del propio jugador, que pone en peligro la relación de pareja y la estabilidad familiar. Esta retirada del cónyuge, propone una nueva perspectiva y puede ser la situación que marque un “tocar fondo” que provoque que le ludópata sea más consciente de las consecuencias negativas de la adicción, reconozca el problema, y quiera poner medios para poder dejar de jugar.

Sin embargo, hasta que esto se produce, pueden pasar muchos años; normalmente hasta que se da una imposibilidad de hacer frente a las deudas que se están contrayendo por el juego, la pérdida de empleo o simplemente el agotamiento mental que pueda suponer para el cónyuge el mantenimiento de una actitud de “negación del problema” sin saber tampoco como hacerle realmente frente.

En los casos en los que el “yo” jugador se deje atrás debido a la toma de conciencia del trastorno tras la ruptura familiar, se puede dar la posibilidad de que esa desaparición de la conducta del juego provoque la continuidad de la relación de pareja, la cual exigirá de un nuevo equilibrio, ya que como se ha mencionado anteriormente, la vida de pareja estaba condicionada alrededor del juego, por lo que la desaparición de los síntomas vienen a menudo acompañados por la aparición de reacciones depresivas y ansiógenas en el cónyuge, que tarda algún tiempo en adaptarse a la nueva situación.

Esto es debido a que el matrimonio aprende a convivir durante mucho tiempo con la adicción, de manera que la presencia de la misma acaba por constituirse en un aspecto más de la relación . La conducta patológica se instala en la dinámica familiar de manera que cada miembro aprende a desempeñar un determinado rol, en el cual el resultado final es un circuito persecutorio entre el jugador y el cónyuge, donde la culpabilización, la desconfianza y el resentimiento aumentan progresivamente.

2.7 TRATAMIENTO

Cuando una persona está implicada en una conducta adictiva tal como la ludopatía, la mayor parte de las fuentes de satisfacción en la vida proceden de dicha adicción: la ocupación del tiempo libre, la interacción social con los amigos adictos, la excitación habita, etc. Por lo tanto, no es extraño que un ludópata se sienta vacío cuando deja de jugar; por ello el tratamiento se basa también en, no sólo dejar de jugar, sino en enseñar al paciente nuevas pautas de conducta que le generen una gratificación alternativa.

Este profundo proceso de cambio implica el establecimiento de nuevas metas de vida, ya que sólo un cambio de vida estable garantiza el control de la conducta adictiva a largo plazo y evitando recaídas. Estos episodios de recaída suelen aparecer asociados frecuentemente a situaciones de alto riesgo como puedan ser estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social.

De cara al planteamiento de tratamientos, se ha considerado que sería interesante establecer tipologías de jugadores patológicos en función de la psicopatología asociada.

El principal motivo o forma de llegada al tratamiento, es a raíz de síntomas de depresión (50-70%), lo cual hace que se tome contacto con el médico, profesional de salud mental u otro profesional.

Las principales barreras a la hora de solicitar el tratamiento son la vergüenza por su comportamiento ante el juego, la negación de un problema de juego, el estigma social, preocupaciones por la eficacia del tratamiento y la falta de servicios disponibles. (Timothy W. Fong et al.)

2.7.1 Motivos para buscar ayuda

A pesar de los daños que ocasiona la adicción al juego, hay pocas personas que buscan tratamiento, (Cunningham 2005; Petry 2005).

Los jugadores suelen manifestar que su mayor motivación para buscar ayuda o tratamiento para dejar el juego son los daños ocasionados por éste, entre los que destacan las dificultades económicas, la dificultad en las relaciones

familiares y sociales y una serie de emociones negativas derivadas de la sensación de fracaso que sienten. También hacen referencia a las dificultades que puedan tener en el trabajo o en lo legal; y en ocasiones hacían referencia al deseo de un cambio de vida o a problemas de salud. (Helen Suurvali)

Otra forma de “tratamiento” que se puede tomar antes o durante el proceso terapéutico propiamente dicho, es la autoexclusión o prohibición de entrada en casinos y lugares de juego. El hecho de tomar esta medida, refieren que es por el deseo de recuperar el control del juego , considerándola como una forma de búsqueda de ayuda, ya que los jugadores manifiestan y son conscientes de que por ellos mismos no serían capaces de modificar ese hábito.

En ocasiones, la verdadera motivación para el cambio puede ser producto de una manifestación o aparición de pensamientos paulatinamente sobre los pros y contras que el juego está implicando en su vida, pero sin embargo, a pesar de ser “conscientes” no son capaces por ellos mismos de tomar la decisión de acudir a tratamiento. En otras ocasiones, la toma de conciencia sobre el problema, se da a la hora de realizar un proceso de evaluación de sus vidas en el que se incluye el papel del juego.

Pero, en muchos casos, a pesar de que los jugadores reconozcan que tienen un problema con el juego, hay obstáculos internos y externos que dificultan la búsqueda de ayuda (estigma/vergüenza, un sentido de que deberían de realizarlo por ellos mismos, la falta de conocimiento de la existencia de tratamiento, o lo que el tratamiento implica, preocupaciones sobre el valor y eficacia del tratamiento...) Para que el tratamiento sea eficaz, estos jugadores tienen que lograr en primer lugar superar las barreras que perciben para luego acceder al tratamiento.

Para otros jugadores el cambio puede ocurrir de una manera menos consciente y planificada, siendo algún acontecimiento en la vida del jugador el que pueda hacerle más consciente de su grado de implicación con el juego, de modo que puedan ser ellos mismos los que decidan abandonar el hábito puede hacer más difícil o menos interesante el juego, de modo que ellos pueden

terminar por abandonar el hábito.

2.7.2 Tipos de tratamiento

Dejando de un lado los tratamientos de tipo farmacológico que puedan acompañar o complementar otro tipo de tratamiento, vamos a centrar el análisis en los principales, más usados y más eficaces tratamientos a nivel psicológico y de terapia que se desarrollan en torno al problema de la ludopatía:

- **Control de estímulos:** Consiste en limitar el acceso a dinero, tarjetas de crédito y comerciales, cuestas bancarias, etc. Se puede ampliar el control de estímulos eliminando la relación con amigos jugadores y evitando lugares de juego; incluyendo aquí la autoprohibición a bingos y casinos de la que se ha tratado anteriormente.

Esta técnica es ampliamente utilizada siempre en combinación con otras y al principio del tratamiento, para lograr el principal objetivo con el problema del juego, que sería la abstinencia del mismo.

Para poder realizar con adecuación este tipo de técnica, es necesario contar con un co-terapeuta, es decir, una persona que pueda encargarse de que el jugador no tenga acceso a los estímulos que le puedan crear un riesgo de comenzar a jugar. Esta persona, será quien le supervisará los gastos, le proporcionará el dinero diario que necesite, y será a quien se le de cuentas de los gastos que haya realizado, para asegurarse de que no ha dedicado cantidad de dinero alguna al desarrollo de la actividad del juego.

Las tarjetas de bancos, supermercados, etc., deben ser eliminadas por completo. En las entidades bancarias es procedente mancomunar las cuentas para que le jugador no pueda retirar dinero por sí mismo. Hay que tener presente que, para un adecuado desarrollo de esta técnica, se tiene que manifestar voluntad por parte del sujeto con JP, además de entrenar al co-terapeuta, el cual debe entender que no se trata de un castigo ni de una actuación en contra de la persona, sino que se trata de

una técnica.

- **Exposición en vivo con prevención de respuestas:** Un grupo español de la Universidad del País Vasco, consideró que tras el periodo de control de estímulos, es preciso una fase de normalización, es decir, una puesta en contacto o exposición a los estímulos con prevención de respuestas y de recaídas.

Esta técnica fue diseñada especialmente para jugadores de máquinas tragaperras de bares o restaurantes, de modo que en ella se pueden diferenciar tres fases, en las cuales el jugador debe estar en un bar y controlar su nivel de ansiedad y de ganas de jugar frente al estímulo que allí estará presente.

La primera puesta en contacto con el estímulo, se realizaría con la compañía del co-terapeuta, y se permanecería en el lugar hasta que el sujeto indicara que sus deseos y ansias de jugar se han pasado. En la segunda fase, el jugador estaría medianamente sólo, es decir, la presencia del co-terapeuta no sería constante, sino que podría aparecer en cualquier momento, dejando un hueco a la autonomía del ex-jugador, para que él solo sea capaz de controlar su acción y respuesta ante la presencia del estímulo.

Por último, sería tan solo el ex-jugador el que acudiría al lugar en el que, previamente al inicio del tratamiento, jugaba. La persona acudiría prácticamente con el dinero justo para pagarse una consumición sin más, la cual iría aumentando en las siguientes exposiciones.

Esta técnica se considera que funciona por varios motivos:

Se produce una habituación a los estímulos de las máquinas tragaperras, de tal forma que ya no sean estímulos discriminativos potentes como para incitar al juego.

Mientras se realiza tal exposición, la persona puede observar como otros sujetos gastan el dinero en la máquina, y como es la máquina la que siempre gana a la vez que en la persona que juega se van produciendo

una serie de comportamientos desadaptativos.

- **Terapia cognitivo – conductal:** Este tipo de terapia se basa en la búsqueda de una reestructuración cognitiva de los errores ya mencionados y de los esquemas tratados. Se intenta cambiar las creencias y pensamientos inadecuados, utilizando técnicas como pensar en voz alta, a fin de conocer sus propios pensamientos de manera explícita. Para el desarrollo de esta técnica se dan cinco fases o elementos:
 - Información sobre el juego: Se le informa sobre lo que es un juego de azar y de apuestas, con el objetivo de que entienda que lo único que determina el juego es el azar, que las rondas son independientes unas de otras, que no existe ningún tipo de estrategia o ritual que pueda beneficiar al jugador a largo plazo, y que es el propio juego el que suscita y crea en el jugador unas percepciones ilusorias de control que no son reales.
 - Corrección de creencias erróneas: Se centra en la identificación de las creencias erróneas sobre el juego y su sustitución por pensamientos más realistas. Esta parte del tratamiento comienza entrenando al jugador a verbalizar su propio pensamiento, para posteriormente acompañar al sujeto a una sesión de juego y grabar sus verbalizaciones, de modo que puedan ser detectadas y analizadas por el propio sujeto mediante una discusión socrática, es decir, que el sujeto por sí mismo se de cuenta de que sus creencias son falsas y que no tienen ningún tipo de fundamento lógico, de manera que comprenda los errores de pensamiento y las consecuencias que tienen en la toma de decisiones, y aprenda a modificar sus pensamientos por otros más acordes con la realidad.
 - Entrenamiento en la solución de problemas respecto al juego: Serviría para hacer que el jugador fuera capaz de identificar diversos factores problema o situaciones de riesgo, y que sea el mismo el que sea

capaz de darles solución.

- Entrenamiento en HHSS: Se enseña al jugador a rechazar las invitaciones o peticiones que se le puedan formular y que tengan relación con el juego, así como a aceptar los comentarios negativos y desagradables de sus semejantes y a desarrollar una red social que le convenga.
- Prevención de recaídas: La fase de mantenimiento es la más importante en el proceso de cambio, concienciando al paciente de las consecuencias negativas que le puede acarrear una nueva recaída en el juego, ayudándole a conocer sus propias situaciones de riesgo.

2.7.3 Recaídas

Uno de los motivos por los que las terapias tienen que tener una duración mínima determinada que asegure un seguimiento, es para evitar en la medida de lo posible las recaídas, las cuales se producen habitualmente en los tres primeros meses después de la terminación del tratamiento. Si una persona mantiene el control durante un periodo prolongado, la probabilidad de recaída disminuye considerablemente.

A medida que aumenta la duración de la abstinencia y que el paciente es capaz de hacer frente con éxito a las diversas situaciones presentadas en la vida cotidiana (exposición ante los estímulos), experimenta una percepción de control, que aumenta la expectativa de éxito en el futuro.

En general, la caída inicial suele tener lugar cuando un paciente no ha sabido identificar una situación determinada como de riesgo o no ha aplicado las estrategias de afrontamiento adecuadas ante una situación imprevista, por ello ya se ha mencionado anteriormente la importancia de hacer conocedor al sujeto de las situaciones de riesgo que le pueden llevar a jugar.

De esta caída inicial se puede pasar rápidamente a la recaída, que supone ya una vuelta a los niveles de juego anteriores al tratamiento.

Por ello, a medio plazo, el tratamiento requiere actuar sobre la prevención de recaídas. Se trata de identificar situaciones de riesgo para la recaída, de

aprender respuestas adecuadas para el afrontamiento de las mismas y de modificar las distorsiones cognitivas sobre su capacidad de control de las conductas adictivas.

Para estas ocasiones en las que el jugador tenga deseos de volver a jugar, se le muestran durante el tratamiento una serie de pautas como puedan ser el pensar que se trata de una idea tonta, que no se trata de una necesidad real, o realizar otra actividad o permanecer con una compañía agradable que le evite esa impulsividad o dificultad de controlar sus impulsos de querer jugar.

Más en concreto, las técnicas de distracción cognitiva tienen por objeto desconectar este tipo de imágenes de las conductas que lleva a cabo la persona.

Técnica	Contenido
Orientación atencional a sucesos externos no amenazantes	Lo que debe captar la atención del sujeto puede ser la concentración en algún estímulo ambiental neutro- p.ej., la adivinación del lugar de origen de las personas que pasan por la calle- o, en otros casos, el recuerdo de una situación agradable vivida recientemente.
Ocupación de la mente en una actividad absorbente	Contar hacia atrás de tres en tres, hacer un trabajo manual absorbente, jugar una partida de ajedrez, aprender a hacer algo nuevo o resolver un crucigrama pueden ser ejemplos de este tipo de actividad
Ejercicio físico	Mantenerse físicamente ocupado ayuda a uno a distraerle de sus pensamientos problemáticos.

2.7.4 Terapia grupal

Lo que pretende la psicoterapia de grupo en el tratamiento de la ludopatía es la creación de condicionamientos sociales positivos sobre el psiquismo individual, a través de una situación experimental de grupo, en la que tanto el psicoterapeuta como cada uno de los demás miembros se convierten en espejo terapéutico para el resto, facilitando así la reflexión autocognoscitiva y la capacidad autocrítica. El grupo actúa sobre cada individuo, elevando el nivel de conciencia social al mismo tiempo que desarrolla la conciencia autocrítica personal, estimula la madurez psicosocial del grupo a través de la maduración personal de sus individuos componentes.

Ningún tratamiento de la ludopatía será bueno si sólo aspira a suprimir el juego de la conducta del ludópata, ya que, permanecería intacta la personalidad, que lo mismo que propició el desarrollo de la ludopatía, puede originar cualquier tipo de patología al erradicar el juego sin más.

Por eso, hay que referirse más propiamente a la RHB, que implica no solo la supresión del síntoma principal, sino la remodelación inteligente, tutelada en sus comienzos, de la personalidad del sujeto, para la adquisición y desarrollo de un nivel de madurez suficiente.

La RHB del juego de azar viene a ser pues, un fenómeno de reimplantación de la persona en la realidad desde el mundo de fantasía en que vive sumido el ludópata durante su dependencia.

3.- DESARROLLO DE LOS ESTUDIOS

3.1 Objetivo general del Estudio:

Dado que, a pesar de que se han realizado numerosos estudios en torno al trastorno del Juego Patológico, se ve que es complicado establecer un tipo de perfil concreto o más o menos aproximado de las personas que tienen cierta vulnerabilidad a padecerlo, y más concretamente, el perfil de los usuarios que acuden a la Asociación AZAJER.

Otro de los aspectos en los que no se profundiza demasiado, es en las consecuencias que tal trastorno puede conllevar a la persona y a su entorno.

3.1 Sub-estudio 1. Revisión bibliográfica sistemática

Objetivos

General:

- Recopilar información sobre la ludopatía o Juego patológico.

Específicos:

- Conocer las características más relevantes de las personas que sufren este trastorno.
- Conocer los posibles factores desencadenantes del trastorno.
- Identificar elementos que favorezcan la puesta en contacto con el tratamiento.
- Conocer las principales consecuencias negativas de la ludopatía.

Hipótesis:

General:

- Dado que no es una enfermedad que cause alarma social, la información y los estudios recientes sobre la ludopatía no serán demasiado recientes.

Secundarias:

- El grosor de los estudios estará alrededor de los años 80 y 90 con la legalización del juego en España.
- Afecta a una mayor proporción de hombres que de mujeres.
- Es una enfermedad vergonzante.
- Afecta a la familia, sintiéndose en muchas ocasiones ésta como víctima y no como responsable.
- La ludopatía es una adicción que no puede ser dejada por sí mismo.

Diseño del estudio:

Realización en primer lugar, de una búsqueda de información y documentación a nivel informal mediante el buscador de "Google académico" y en algunos libros que trataban la ludopatía y las relaciones familiares.

A continuación, una vez habido analizado la información más relevante, se realizó una serie de búsquedas en diferentes bases de datos para obtener la información más fundamental de cara a establecer las principales variables para el desarrollo de la investigación.

Las bases de datos de consulta fueron:

- CSIC → Las bases de datos bibliográficas ICYT, ISOC e IME contienen la producción científica publicada en España desde los años 70. Recogen fundamentalmente artículos de revistas científicas y de forma selectiva actas de congresos, series, compilaciones, informes y monografías.
- Psycinfo → Es la Base de datos de la American Psychological Association (APA), de más de 1,5 millones de registros. Cubre literatura académica, de investigación y práctica sobre Psicología procedente de más de 45 países en más de 30 idiomas. Contiene materiales relevantes en disciplinas relacionadas con la medicina, trabajo social, legislación, criminología, ciencias sociales y comportamientos en las organizaciones.

Materias procedentes de revistas profesionales, tesis, capítulos de monografías, informes técnicos, etc. Es una fuente de información imprescindible para los investigadores, profesionales y estudiantes de Psicología. Recoge información bibliográfica desde 1887.

- Social services abstracts → Contiene referencias bibliográficas con resumen e índices de artículos de revistas, libros, tesis y otros documentos

Los artículos que fueron analizados fueron comprendidos entre el año 2004 y 2012 y la selección se realizó en función de la relevancia. Fueron seleccionados, teniendo en cuenta el término "*pathological gambling*" o "*ludopatía*". Posteriormente, han sido leídos y traducidos aquellos escritos en inglés y, se ha utilizado la información recopilada para elaborar el marco teórico de la investigación.

Del análisis de los documentos completos, algunos que se realizaron en profundidad fueron:

- Comorbilidad de trastornos con pérdida del control de impulsos: ludopatía, adicciones y trastornos de la personalidad
- Aspectos clínicos de la conducta adictiva al juego:una de las adicciones no convencionales.
- Cognitive Schemata in people suffering from pathological gambling and their relationships with parenting.
- Juego patológico: Una revisión bibliográfica de la ludopatía.
- Tratamiento grupal de la ludopatía. Una experiencia desde el Centro de Día ARTIC.
- Frequency of Gambling Problems among Parents of Pathological, versus Nonpathological, Casino Gamblers Using Slot Machines

- Problem gambling in Europe: An overview
- Gambling Related Cognitions Mediate the Association Between Thinking Style and Problem Gambling Severity
- Problem and Pathological Gambling in a Sample of Casino Patrons
- Gambling Motivations, Money-Limiting Strategies, and Precommitment Preferences of Problem Versus Non-Problem Gamblers
- Motivators for Resolving or Seeking Help for Gambling Problems: A Review of the Empirical Literature
- Government Sanctioned “Tight” and “Loose” Slot Machines: How Having Multiple Versions of the Same Slot Machine Game May Impact Problem Gambling

Resultados:

Los resultados obtenidos en este Sub-estudio aparecen reflejados a lo largo del marco teórico.

3.2 Sub-estudio 2. Análisis de la realidad: AZAJER



Objetivos:

Generales:

- Conocer la Asociación sobre la que se va a realizar la investigación sobre el perfil de las personas con ludopatía.
- Conocer la metodología de trabajo desarrollada para lograr la rehabilitación de la persona con trastorno de JP y otras comorbilidades.

Específicos:

- Conocer la cantidad de personas atendidas y el éxito de los tratamientos.
- Obtener información acerca del surgimiento de la asociación.
- Conocer qué tipo de profesionales trabajan en ella.

AZAJER (Asociación Aragonesa de Jugadores de Azar en Rehabilitación), es un centro asistencial cuya labor está centrada en la información, prevención, rehabilitación y reinserción de personas con problemas con el juego de azar, las drogas o el alcohol, así como el tratamiento a sus familiares y personas de su entorno que resultan afectadas debido al problema de la adicción.

Es el marco dentro del cual se establece el estudio llevado a cabo en este Proyecto de Investigación, con el que se pretende establecer un perfil de las personas con ludopatía de la ciudad de Zaragoza que hayan acudido a la

Asociación para solicitar información o tratamiento, así como de las consecuencias que tanto las personas afectadas, como los familiares o personas del entorno y profesionales que trabajan con ellos, consideran como las principales derivadas del trastorno.

Se trata de la única asociación en todo el territorio de Aragón dedicada a este tipo de adicciones, concretamente a la ludopatía; contemplando en ella también la adicción al alcohol y a las drogas, debido a la elevada comorbilidad que existe entre el JP y el consumo de éstas sustancias.

Esta ubicada en la C/Arias nº 30, en el barrio Delicias de Zaragoza, atendiendo en el año 2010 a un total de 291 personas, contando a enfermos y familiares.

- DESCRIPCIÓN DE LA ASOCIACIÓN

AZAJER está homologado como Centro de Especialidades por el Gobierno de Aragón, por lo que desde la Asociación se puede tratar no sólo la ludopatía, sino otras adicciones como el alcohol y las drogas, ya sea como únicas adicciones o como comorbilidad con el JP.

Lo que procura la Asociación, es establecer un contacto que sirva para orientar, asesorar e informar a otros profesionales que trabajen directa o indirectamente con personas que padeczan esta patología, facilitando un conocimiento y sensibilización sobre ésta, así como darse a conocer, para que, por ejemplo desde los Centros de Salud de Atención Primaria, puedan realizar las derivaciones de los casos que se consideren oportunos por padecer este trastorno. De hecho, está autorizado para la toma de muestras y control con protocolo con la Unidad de Toxicología del HCU.

Por ello, se podría decir que la atención que ofrece AZAJER, no va únicamente dirigida al usuario o persona que padece la patología, sino que se dirige a la sociedad en general; teniendo como misión el sensibilizar a la opinión pública e instancias oficiales sobre la peligrosidad y las consecuencias que puede conllevar una adicción al juego, acompañada de una posible comorbilidad por TUS, o con las Nuevas tecnologías, de forma que se logre un cambio sobre la mentalidad de la gente y la actitud de la sociedad frente a este

trastorno, dejando de ser visto desde la perspectiva de que es un vicio, y por tanto culpabilizando al jugador, para pasar a verlo como un trastorno de adicción susceptible de tratamiento, del cual el jugador no es culpable, sino que es una forma manifiesta de que algo “no va bien” y mostrándolo a través del desarrollo de la actividad del juego.

- A QUIÉN SE DIRIGE

La actividad desarrollada en AZAJER va dirigida principalmente a los ludópatas, alcohólicos o drogodependientes que solicitan la intervención y el tratamiento para poder abandonar sus adicciones. Sus acciones, también van encaminadas a ofrecer apoyo y tratamiento a los familiares, pareja y personas del entorno más cercano a la persona con la adicción, haciéndoles participes del proceso de cambio al que se someten las personas con trastorno.

AZAJER, define en su memoria del año 2011 la figura del ludópata de la siguiente manera: *“Persona que ha generado una relación inadecuada y reduccionista con el juego de azar y que a pesar de los problemas que le causa la reiteración de la conducta de juego es incapaz de evitarla; es decir, a pesar de los problemas que genera tal reiteración de la conducta, en los distintos ámbitos de la vida, es incapaz de evitarla.”*

El JP como cualquier otro adicto, es una fuente constante de problemas para sí mismo y para las personas de su entorno. La relación dependiente del adicto altera radicalmente la dinámica de todo su alrededor afectándose y afectando a todos los niveles, desde el emocional al económico, produciendo en algunos casos una destrucción progresiva y contundente de las relaciones familiares y sociales. Las conductas adictivas se convierten así en un serio problema personal y social con graves repercusiones.”

- **OBJETIVOS**

El objetivo principal :

- Reducir el daño que causa la dependencia a los juegos de azar tanto en el propio individuo como en las personas de su entorno más cercano, así como las adicciones a sustancias.
- Conseguir una rehabilitación de las personas, teniendo siempre presente que, realmente el principal problema no es la ludopatía, aunque sí el más visible, por lo que desde las terapias, lo que se debe de potenciar es el hecho de trabajar con la personalidad del usuario; ya que si el tratamiento se centrara simplemente en el hecho de dejar la actividad de jugar y tener un periodo de abstinencia, manteniendo intacta la personalidad del individuo; se puede predecir que, en cualquier momento en el que el individuo se enfrentara a una determinada situación de riesgo, debido a su vulnerabilidad personal hacia la adicción, podría volver a desarrollarla.

Como objetivos específicos se destacan:

- Conseguir la rehabilitación de personas con ludopatía..
- Lograr la rehabilitación de todos aquellos que adolecen de adicciones comórbidas con el JP (alcohol y drogas).
- Hacer consciente a la persona dependiente de los recursos emocionales con los que cuenta para enfrentarse a las diferentes situaciones de la vida sin necesidad de “huir” con el juego.
- Lograr la reinserción psicosocial de la persona, como un ciudadano útil con nuevas y articuladas defensas.
- Contribuir a la recuperación, no sólo de la persona adicta, sino también de las personas de su entorno más cercano, especialmente la pareja y familia.
- Hacer emerger las potencialidades y fortalezas que tienen los individuos.
- Eliminar el sentimiento de culpabilidad transformándolo en responsabilidad sobre los actos.

- METODOLOGÍA

Como se ha dicho anteriormente en el apartado de “descripción de la Asociación”, se trata de un Centro de especialidades, por lo que su metodología está en relación directa y el coherente con el análisis de la situación y las necesidades detectadas, orientada toda ella hacia un mayor control de los determinantes de salud, siendo un complementario con los planes de Salud Pública, de manera que se facilite la coordinación entre los diferentes recursos asistenciales.

El tratamiento o terapia desarrollada está orientado a conseguir, no una simple abstinencia de la conducta adictiva, sino a lograr una reestructuración personal, lo cual implica producir cambios radicales en la personalidad del usuario, de modo que dejen de considerar que deben realizar ese cambio por los demás esperando un reconocimiento por ello, ya que de ese modo, si el paciente no obtuviera ante los cambios producidos, la respuesta esperada, podría hacerle llegar a la idea de que el proceso terapéutico está fracasando, y por tanto volver a “huir” mediante el juego.

Así pues, el tratamiento y los cambios conseguidos con éste, están orientados a que el paciente haga las cosas por y para sí mismo, lo cual evita la generación de frustraciones que puedan conllevar a un fracaso o abandono de la terapia.

Este tipo de metodología empleada pretende cumplir con uno de los objetivos específicos previamente mencionados, es decir, hacer emerger las potencialidades de los individuos, de manera que se vean más capaces de afrontar las diferentes situaciones de la vida, de modo que las actividades desarrolladas pretendan una mejora en la calidad de vida del paciente, y por consecuente de su entorno más inmediato, normalmente la familia; para la cual también se desarrolla terapia.

Las **actividades** realizadas en AZAJER son:

- Información.
- Orientación.

- Grupos de terapia.
- Tratamiento individualizado.
- Tratamiento de pareja a demanda.
- Capacitación en HHSS.
- Resolución de conflictos.
- Colaboración con otros especialistas e instituciones.
- Sensibilización mediante seminarios, asambleas, ruedas de prensa...

Línea de intervención

La mayoría de las terapias que se llevan a cabo en la Asociación son mediante terapias de grupo, las cuales se comenzaron a emplear debido a la semejanza de sintomatología existente entre la ludopatía y otro tipo de adicciones a sustancias, como pueda ser el alcohol o las drogas. Se conoce que esta forma de terapia tiene un alto potencial y unos buenos resultados, debido a que se centra en un “crecer aprendiendo”, es decir, las personas van siendo conscientes de sus potencialidades a través del grupo y van actuando como espejos de los demás a la hora de relatar sus experiencias o sus inquietudes, contando dentro del grupo con alguna persona ya rehabilitada que anime al resto a seguir con el tratamiento y a mostrarles que sí que hay salida, aunque el camino a recorrer tenga episodios que realmente duros.

A pesar de que esta sea la generalidad del modo de tratamiento, también se es consciente de las necesidades específicas que algunos tipos de usuarios puedan presentar, por lo que se desarrollan también terapias individuales.

Uno de estos ejemplos de necesidad de desarrollo de terapias individuales, son las personas mayores de 70 años, las cuales pueden tener alguna dificultad a la hora de incorporarse al grupo de terapia, y con ellos, debido a su edad, no se solicita la abstinencia total del juego, sino que se procura que se realice el “juego controlado” que, aunque la Asociación no esté demasiado de acuerdo con la práctica de éste tipo de terapia, la considera la más adecuada para personas de avanzada edad, de modo que se logren unos

cambios en la persona, minimizando el daño y favoreciendo un control del gasto. Para estos pacientes por ejemplo, se ha diseñado una terapia quincenal con control de estímulos y dinero.

Temporalización de actividades:

El tratamiento ofertado por AZAJER tiene una duración de dieciocho meses sin recaídas y seis meses de seguimiento para valorar la evolución de la persona. Obviamente, se puede apreciar que, dada la duración del mismo, no simplemente se centra en dejar la conducta adictiva, sino que pretende un cambio en la persona, de modo que las vulnerabilidades personales y las inseguridades que tiene, o el modo erróneo de afrontar los conflictos y las crisis a través del juego, desaparezcan, para evitar las posibles recaídas futuras.

La asistencia a la terapia es obligatoria, teniendo una duración de dos horas cada sesión y con una frecuencia de dos veces por semana.

En los grupos de familiares, esposos y esposas, la asistencia sigue el mismo patrón, mientras que, en el grupo de padres, parejas y hermanos/as, solo acuden una vez por semana.

Debido a la frecuencia con la que se desarrollan los grupos y a la obligatoriedad de los mismos, y de cara a facilitar una buena conciliación de la vida personal y laboral con la terapia, sin que ésta desestabilice demasiado la vida del paciente: AZAJER tiene un amplio horario, siendo éste:

ACTIVIDAD	DÍAS	HORARIO
• At. primera demanda	Lunes a jueves	9,30 a 13h // 17,30 a 22h.
• Terapia grupal	Lunes a jueves	9,30 a 11,30h // 17,30 a 22h.
• At. individualizada	Lunes a viernes	11,30 a 13h //17,30 a 20h.
• Labor informativa y preventiva	A demanda	Sin horario

A lo largo de la semana, se realizan 20 terapias grupales, terapias individuales, informaciones y recepciones; a la vez que, se realizan diversas actividades desarrolladas a la sensibilización de la sociedad con respecto a la adicción al juego, realizando actos relevantes en el "Día sin juego y de la Jornada de sensibilización".

- **RECURSOS HUMANOS**

El equipo terapéutico de AZAJER está formado por personal cualificado y por un número importante de voluntarios; teniendo la originalidad de que se trata de un equipo experimentado, ya que son ex-adictos que previamente han pasado por el programa, lo que facilita que tengan un conocimiento mayor sobre las repercusiones de la adicción así como de las necesidades que puedan presentar las personas con ludopatía y de los pensamientos que les llevan a actuar de una u otra manera, así como los motivos de riesgo para que se produzca una recaída.

El personal, ha sido formado por la escuela de formación que tiene AZAJER, en la que se explica las características del trastorno, los modelos psicológicos en los que se basa, la forma de intervención...

Los recursos humanos con los que se cuenta son pues:

- 1 Director ejecutivo y terapeuta.
- 1 Director terapéutico que se encarga principalmente de la labor de información.
- 1 Médico – terapeuta.
- 2 Psicólogas.
- 1 Responsable de administración, encargado también de la atención en la primera demanda.

Este equipo de trabajo se organiza en función de las actividades programadas (grupos de terapia, reuniones informativas, historias sociales, recepciones, terapias individuales...).

Con respecto a la atención a las personas que acuden directamente a la asociación, aunque sea sin cita previa, siempre son atendidas por algún terapeuta, así como las que se realizan telefónicamente son recogidas por el equipo de Primera Demanda.

- **RECURSOS MATERIALES**

AZAJER está ubicada en un local de la C/Arias nº 30 de Zaragoza, siendo allí donde se desarrollan todas las actividades terapéuticas, puesto que la sede dispone de varias salas de terapias, una sala polivalente y diversos despachos para el equipo terapéutico.

También desarrollan trípticos, carteles o folletos encaminados a las acciones informativas que la asociación lleva a cabo. Han realizado de igual modo, una serie de publicaciones y videos, los cuales serán más desarrollados en el siguiente apartado.

- **RECURSOS TECNOLÓGICOS**

AZAJER dispone de una página web, la cual sirve de presentación de la propia asociación, siendo ésta: <http://www.AZAJER.com/>



En su página principal o de portada, aparecen diferentes apartados como:

- Usuarios conectados.
- Publicaciones que se han realizado
- Noticias. Sobre esto hay dos apartados, siendo uno de ellos de noticias relacionadas con el juego y otro sobre noticias a nivel general, apareciendo un enlace que dirige a la página del Heraldo de Aragón.
- Lo más destacado. Apartado llamado "Hoy destacamos..." y donde van apareciendo diversas diapositivas sobre novedades que se hayan realizado en la web.
- Apartado de testimonios. Uno de los más interesante, conteniendo diversos escritos publicados de pacientes usuarios de la asociación que tienen o ludopatía o alcoholismo o drogadicción como adicciones únicas, o una comorbilidad entre ellas. Éstos cuentan su sensación ante el hecho de tener una adicción, cómo se sienten y afecta esto a su vida, definen qué es la ludopatía en referencia a los sentimientos que a ellos les genera, o relatan como han podido salir de la adicción gracias al tratamiento.

Otros apartados que aparecen son:

- AZAJER:
 - *Dónde estamos*: Muestra un mapa con la situación geográfica en la que se encuentra el local de la Asociación y el teléfono de la misma.
 - Sobre AZAJER: Aparecen diversos acontecimientos en los que ha participado AZAJER, con la intención de fomentar la sensibilización y de procurar que la ludopatía deje de ser vista como un vicio, para ser tratada como lo que realmente es, una adicción.
- Videos: Serie de documentales o de presentaciones que tengan relación con el JP, siendo los últimos de ellos más dedicados a las Nuevas tecnologías, debido al incremento de adicciones que están generando.

También hay otros dedicados a los otros tipos de adicciones tratadas en la Asociación, como son las drogas o el alcohol.

- Enlaces:

- *Mapa de España con indicación de las ciudades en las que hay alguna asociación dedicada a la ludopatía.*



- *Listado de asociaciones dedicadas a la ludopatía en España* : En el aparecen las diversas provincias españolas, indicando la localidad con la dirección concreta en la que se encuentra ubicada la sede de la asociación, así como el nombre de la misma y el teléfono de contacto.

- Donativos: Se pone a disposición de los socios o de los que quieran colaborar con la asociación, un número de cuenta en el que poder realizar los ingresos, explicando también las ventajas que pueden tener los socios y donantes con respecto al IRPF.
- Contactar: Apartado a través del cual, aparte de informar sobre el teléfono tanto móvil como fijo con el que pueden contactar o el correo electrónico de la Asociación; se deja a disposición de quienes deseen información un formulario.
- Autodiagnóstico: Consta de cuatro test de evaluación de diferentes patologías, las cuales en un futuro pueden tener comorbilidad con el JP, tal y como se ha podido ver en el apartado de “marco teórico”. Los test que hay a disposición son:
 - *Test de ludopatía* basado en los criterios diagnósticos que establece el DSM-IV.
 - *Test de TDA-H Adultos*
 - *Test TDA niños*
 - *Hiperactividad niños*
 -

3.3. Sub-estudio 3. Estudio cualitativo

Este sub-estudio lo podemos dividir en dos fases, la primera de ellas basada en unos cuestionarios (ver anexo 3) realizados a los ludópatas que acuden a terapia en AZAJER, con el objeto de identificar un perfil de las personas con ludopatía que acuden a la Asociación; y en segundo lugar se realizaron una serie de entrevistas semi-estructuradas con el objeto de profundizar más en la enfermedad, y en las diferentes perspectivas que se tienen acerca de ella por parte de los integrantes de AZAJER, desde los profesionales a los enfermos, pasando por los familiares de los pacientes.

FASE 1: CUESTIONARIOS

Objetivos

General:

- Conocer el perfil de las personas con JP que acuden a la asociación AZAJER.

Específicos:

- Conocer los factores desencadenantes del trastorno.
- Conocer las consecuencias personales que le han producido.
- Conocer el “tocar fondo” que le llevó a acudir a tratamiento.
- Conocer la comorbilidad existente tanto con TUS como con TP.

Hipótesis:

General:

- Aunque no se pueda establecer un perfil concreto de las personas con ludopatía, si que habrá una serie de características en común o que al menos se den en la mayoría de los enfermos.
- El número de varones es muy superior al de mujeres.
- La edad rara vez está por encima de los 65 años, estando la media de edad en torno a los 45.

Secundarias:

- La mayoría de los ludópatas están activos.
- La mayoría señalan que han intentado dejar de jugar en alguna ocasión por sí solos, considerando que son capaces de controlarlo.
- El principal motivo para jugar ha sido en primer lugar el entretenimiento, pero también la huida de problemas, es decir, toman el juego como una forma de evadirse.
- En la mayoría de los casos no se trata de una ludopatía pura, sino que aparece acompañada del consumo de sustancias, principalmente el alcohol.
- A pesar de que existe una cierta vulnerabilidad a padecer ludopatía por parte de personas que padecen algún tipo de trastorno psicológico o psiquiátrico, no se puede hablar de una patología dual.
- La cantidad de dinero apostado se ha ido incrementando, también debido al fenómeno denominado “caza”.
- La mayoría tienen sesgos cognitivos que le motivan a jugar.
- El estilo parental de abandono, inhibidor de sentimientos o demasiado permisivo es frecuente.
- En muchos casos hay antecedentes familiares de conductas adictivas.

Diseño del estudio:

Para la realización de este estudio de aproximación a un perfil de las personas con ludopatía de AZAJER se han pasado 43 cuestionarios entre los enfermos que acuden a terapia, basándose tales cuestionarios en la documentación que aparece en el marco teórico.

De este modo, las variables establecidas pueden verse en una serie de nodos empleados para la realización de los cuestionarios, los cuales han sido:

- Sexo
- Edad
- Edad de comienzo de juego

- Años de evolución del juego
- Estado civil
- Nivel de estudios
- Situación laboral
- Tipo de juego
- Motivos para jugar
- Frecuencia de juego
- Cantidad apostada
- Comorbilidad
- Consumo de sustancias
- Relaciones con los padres
- Estilos parentales
- Problemas de pareja
- Consecuencias económicas
- Problemas legales
- Sesgos cognitivos
- Motivos para acudir a tratamiento
- Existencia de antecedentes familiares

Resultados:

Los resultados obtenidos con el análisis de los cuestionarios reafirma alguna de las hipótesis planteadas, siendo las conclusiones extraídas de este estudio las siguientes:

- La mayoría son hombres, siendo tan sólo 3 los cuestionarios que han sido realizados por mujeres.
- La edad media está en los 45 años.
- La mayoría de ellos se encuentran en activo. (67,44%)
- El nivel de estudios se encuentra bastante igualado, no pudiendo establecer un perfil en torno a esta variable.
- El estado civil de la mayor parte de las personas que acuden a AZAJER

es casado.(65,11%); representando un número muy pequeño el de personas divorciadas, suponiendo simplemente el 6,9% de los ludópatas de AZAJER.

- Los principales motivos de juego son el evadirse del estrés, la búsqueda de sensaciones y problemas con la pareja.
- El juego por Internet representa un porcentaje muy importante, sobre todo entre la gente menor de 30 años.
- La mayoría de personas realizan algún consumo de sustancias, siendo los que no un 40%.
- El 47% acompañan la adicción al juego con el tabaco, el 21% con el alcohol y el 16% de otras sustancias, principalmente la cocaína.
- El juego más típico es el de máquinas tragaperras.
- En cuanto a las relaciones con las figuras paternas, se encuentra que en su mayoría son señaladas como buenas, aunque el porcentaje es bajo (39%), debido a que un 34% señalan las relaciones como regulares y el resto como malas.
- En cuanto al estilo parental, el mayor porcentaje se encuentra en aquellos que indican un estilo parental permisivo o que sintieron necesidad de aprobación, (siendo 16 respuestas en cada uno de los casos de 38 personas que contestaron esa pregunta) suponiendo un 42%. También se da un porcentaje bastante destacable en el abandono (23,68%) y en la inhibición emocional (21,05%).

FASE 2: ANÁLISIS DE ENTREVISTAS

Objetivos:

General:

- Averiguar los diferentes puntos de vista de los miembros de AZAJER con respecto al trastorno.

Específicos:

- Conocer los sentimientos que surgen a raíz de la conciencia de enfermedad.
- Analizar la evolución del pensamiento y de la conciencia de la enfermedad en función que avanza el tratamiento, tanto desde el punto de vista de enfermos y familiares.
- Conocer los objetivos y efectividad del tratamiento.
- Conocer los principales miedos a la hora de afrontar el tratamiento.
- Conocer los motivos para acudir a tratamiento.

Diseño del estudio:

Se han valorado las diferentes técnicas de investigación social y se ha considerado realizar entrevistas semiestructuradas y un grupo de discusión de esposas. Se ha tomado esta decisión en función de conseguir la máxima información posible sobre historias de vida, sentimientos creados a raíz del conocimiento de la enfermedad, descubrir cual fue ese “tocar-fondo”, las razones para acudir a tratamiento que se suelen dar, así como los principales riesgos que se han visto de cara a tener una posible recaída.

Con estas entrevistas también se pretende el conocer un poco más acerca de la labor que desempeña AZAJER, no sólo de cara a los usuarios, sino también de cara a las personas de su entorno, como parte imprescindible de cara a lograr una buena rehabilitación. Por ello, se han realizado entrevistas también con padres y parejas de personas enfermas que también acuden a sus respectivos grupos de terapia, los lunes y miércoles, respectivamente;

acompañando al enfermo en todo el proceso del tratamiento, y sometiéndose también dos años a terapia, como parte responsable del desarrollo de la enfermedad, tomando conciencia del problema de su papel co-protagonista y evitando que crezca ese sentimiento de culpabilización que en muchas ocasiones se da, sobre todo, en los padres de los enfermos.

Las entrevistas han sido realizadas en la misma Sede de la Asociación, contactando con los usuarios, profesionales, padres y esposas/novias, durante el horario de la Asociación y en función de los horarios de los grupos de terapia.

A todos los participantes en el estudio se les informó de la confidencialidad y de su derecho a expresar libremente su voluntad o no de participar, así como de no responder, en caso de que no quisieran, a las preguntas que no considerasen oportunas.

Hipótesis:

General:

- Las personas con ludopatía siguen siendo vistas por la sociedad en general como viciosos.
- La ludopatía se trata de una enfermedad vergonzante, y más para las mujeres.

Secundarias:

- El motivo para acudir a tratamiento suele ser por un ultimátum.
- La gente sigue considerando la ludopatía como un vicio, sin darle la consideración de enfermedad.
- Los sentimientos que surgen en las personas del entorno suele ser de confusión, rabia, enfado...
- El sentimiento de culpabilidad del ludópata es muy grande.
- Los ludópatas no tienen conciencia del problema.

- Existe poca sensibilización con respecto a esta enfermedad, en comparación con otro tipo de adicciones.

Resultados:

Se han realizado entrevistas a:

- 3 enfermos.
- 3 profesionales: (médica, educadora social y psicóloga)
- 2 padres.
- 4 esposas/novias.

El análisis cualitativo se ha realizado siguiendo el objetivo del estudio, es decir, conocer los diferentes puntos de vista y perspectivas acerca de la enfermedad de toda las personas implicadas en AZAJER. Para ello, se han establecido una serie de nodos de análisis resultantes, siendo estos los siguientes:

Lista de nodos:

- Motivos para jugar
- Comienzo del juego
- Conciencia de la enfermedad
- Comportamiento típico del ludópata
- Formas de conseguir dinero
- Variable sexo
- Comorbilidad
- Personalidad
- Desencadenante del problema
- Antecedentes
- Familia
- Relación familiar/ de pareja
- Estilos parentales

- Sentimientos hacia el trastorno
- Consecuencias a nivel
 - Salud física y psicológica
 - Pareja
 - Familia
 - Trabajo / Estudios
 - Relaciones sociales
 - Actividades de ocio
 - Economía
- Tocar fondo
- Motivos para acudir a tratamiento
- Tratamiento
- Recaída
- Conciencia y sensibilización social

Análisis entrevistas ludópatas:

U1	Usuario 1
U2	Usuario 2
U3	Usuario 3

• Motivos para jugar

Para los ludópatas, debido a su personalidad adictiva y a las características de esta, el juego representa normalmente una vía de escape, una forma de escapar y no hacer frente a los problemas que se le puedan plantear a lo largo de la vida; o también puede ser el cúmulo de una serie de circunstancias o sucesos estresantes en la vida que no se han sabido gestionar y afrontar, y que en un momento determinado, provocan que la persona necesite escapar a través del juego. U3: "*El juego para la mayoría yo creo que si que es la vía de escape para no afrontar los problemas que tienes.*"

Las motivaciones para jugar se han considerado diversas, porque obviamente, al carecer de conciencia de problema, en un principio la persona

no asocia el juego como una forma de escapar de los problemas; simplemente puede ser que tengan curiosidad, o que les apetezca distraerse, y que a raíz de tomar contacto con el juego, al tener una personalidad adictiva, entren en esa espiral de autodestrucción. U2: "*Yo dejaba a mis hijas en el colegio, me iba al bar y jugaba un rato. [...] Nose como empecé, porque yo no lo recuerdo, se que le pedí una monedica a mi marido pero...no se el motivo. Más fue curiosidad al principio. [...] Al final, me encontraba en una espiral en la que yo estaba rara, a disgusto. Te menosprecias a ti misma, te vas sintiendo mal por dentro.*"

También puede que probablemente, el hecho de trabajar en un lugar o en otro, aporte más motivos para desarrollar la actividad del juego, por ejemplo, U1: "*Los que trabajamos en bingos y casinos puede haber un 2% que no juegue y no sea ludópata, porque el resto vamos a la caza de ese premio, porque vemos y sabemos como funcionan, sabemos como funciona el tema, que maquinas estan buenas, que premio vana soltar...porque como tenemos contacto con mecánicos y demás... es la ambición del dinero. Yo no conozco en mi entorno en tema bingo de cada 100, 2 que digan después de una cena <<ui no, yo no voy al bingo, que me he pegado 5 días trabajando>> El resto...<<bah! Vamos a echar unos cartones>>, unos cartones que pueden ser 50, 100 o 200 € en una noche. Claro yo iba praticamente todos los dias, porque salia de trabajar y me marchaba.*"

- **Conciencia de la enfermedad**

En muchas ocasiones la persona si que es consciente de que tiene un problema, pero piensan que se trata de un problema sin más...que se podrá llegar a controlar; pero en ningún momento consideran el juego como una adicción o una enfermedad, por ello, suele ser la gente del entorno quien tome la iniciativa de acudir a AZAJER, de buscar ayuda.

U2: "*Yo sabia que yo tenía un problema, pero haber, no sabia como atacarlo, a donde acudir tampoco...y mientras te dejas llevar, osea no...tú no sabes la solución, entonces o realmente hablas con alguien que este en algún*

sitio...pero es que tampoco tienes confianza para hablar de este tema abiertamente con mucha gente."

- **Comportamiento típico del ludópata**

Un rasgo a destacar de los ludópatas, es el hecho de parecer que llevan una doble vida, porque normalmente juegan a escondidas, y nadie de su entorno conoce hasta qué grado de intensidad llega la actividad del juego; de forma que, cuando se descubre todo, aparecen una serie de mentiras que han ido una tras otra para ocultar los agujeros económicos que aparecen normalmente, debido a ese intento de recuperar lo perdido, que hace a la persona seguir jugando a pesar de que sepa que realmente nunca va a recuperarlo.

U1: "los ludópatas mentimos mucho, somos vamos...mentirosos compulsivos. Y tenemos un Óscar en actores o actrices, somos vamos...únicos.

Es que lo que me dijo mi marido, <<¿con quién me he casado yo? Si es que tienes una doble vida, si es que eres una actriz cojonuda>>, es que es así."

- **Formas de conseguir dinero**

Lógicamente, a pesar de que la mayoría de los ludópatas estén en activo y reciban unos ingresos mensuales, estos pueden ser escasos para el ritmo y el nivel que alcanzan sus apuestas y sus respectivas pérdidas; por ello, el jugador se ve obligado a buscar vías alternativas con las que conseguir el capital que necesita para poder seguir desarrollando la actividad adictiva del juego.

U1: "Hacía horas extras, vacaciones...yo me las jugaba, osea si a mi me correspondían 45 días al año de vacaciones, en mi casa decía que 15, porque así tenía una economía sumergida, y en la economía familiar no se notaba."

U3: "El dinero se lo cogía a mi madre, la cantidad es importante pero tampoco fue un desaguisado para ella tremendo. Osea, era suficiente como para que se notara, pero a mi madre no le supuso ningún perjuicio ni nada."

- **Variable sexo**

Se aprecia una mayor estigmatización hacia las mujeres ludópatas debido a la visión de vicio que se sigue teniendo hacia la ludopatía, y al machismo que existe en torno a la palabra "vicio". U2: "*ies que yo los comentarios los he oido yo! Osea, <<qué poca vergüenza tiene se está gastando 5.000pts en la máquina!>>, y haber un hombre que se está gastando 30 o 40000 pts y no han dicho nada. Eso lo he visto yo. Osea si la mujer se los gasta, pues ifijate tú que mal!...que oye yo entiendo que se gaste 300€ en la máquina un hombre, pues haber ¿no somos igual? Igual de culpable sera el uno que el otro, o igual de mal lo estará haciendo el uno que el otro. Esa discriminación, por supuesto.*"

- **Desencadenante del problema**

El desencadenante de la adicción puede ser completamente diferente para cada persona, estando siempre de base la personalidad de ésta, pero hasta que no se someten a tratamiento, no se realiza ese análisis interno que hace llegar a averiguar cuáles son las razones que mueven a jugar en lugar de afrontar ciertos problemas o situaciones estresantes de la vida, o cuales son las situaciones vividas que se han quedado enquistadas por no hacerles frente o no saber sobrellevarlas. U2: "*El desencadenante no lo se. Ha habido un cúmulo de circunstancias en la vida que te han llevado...porque era pues eso...era lo menos que me podía pasar dentro de lo que me pasa, de los tipos de adicciones que puedes coger. El desencadenante puede ser a lo mejor pues lo que me ha rodeado durante toda la vida y que un día rompes por algún sitio*"

U3: "*La chispa que me hizo volver a jugar fue la mala relación con mi mujer [...] yo el problema lo tenía claro, el problema es que no tenía tan claro que bueno es que muchas veces una decisión...dejar a la pareja es mejor que meterse en el berenjenal que me he metido. Con la pareja lo deje al día de entrar aquí.*

- **Antecedentes**

El hecho de que existan antecedentes familiares con algún tipo de adicción (U2: "*Mi padre era un hombre alcohólico*") es bastante relevante de cara a la aparición de personas con adicciones en futuras generaciones, ya sea por componente genético o por simple conducta del modelado y el ambiente que rodea a la persona.

U3: "*En mi casa siempre ha habido un ambiente de juego y eso probablemente...y digo posiblemente porque mi padre murió hace unos 25 años. [...] Yo el día que cumplí 18 años, esa misma noche, ya me fui a jugar con mi padre. Los primeros recuerdos que tengo yo del juego son con 7 o 8 años que se iban mis padres a jugar al casino y yo me quedaba jugando por donde fuera.*"

- **Estilos parentales**

Se han realizado estudio, como el realizado por Young, sobre la relación que hay entre los estilos parentales y los esquemas cognitivos que se desarrollan, de modo que se podía apreciar que había determinados factores que podían provocar que una persona con personalidad adictiva, terminara con una adicción, como es el caso de los estilos parentales extremadamente estrictos e inhibidores de sentimientos, o los extremadamente blancos. U3: "*Yo era el mimado, el pequeño...*"

- **Relación familiar/ de pareja**

El psicoanálisis, tal y como se explica en el apartado de "marco teórico", encuentra una relación entre la conducta del juego y las relaciones conyugales, indicando que la motivación del jugador podría ser el hecho de buscar actividades y experiencias estimulantes ante una relación que le aporta pocas gratificaciones. U3: "*La relación de pareja...pff...si tu nos veías, veías nuestra relación o aunque penetraras un poco en ella, era una relación estupendísima, pero causaba una terrible...bueno nose, emm...a mi me causaba muchísima tensión, porque evidentemente yo he accedido, soy una persona a la que no*

me cuesta adaptarme al as circunstancias, pero vamos cada vez hacia cosas que cada vez me gustaba menos. Pero vamos teniamos una relación normal con mi ex mujer, teníamos unas relaciones sexuales que vamos, era la envidia de mis amigos, no discutiamos por nada; osea era muy normal, lo que pasa que es que efectivamente, no tenía nada que ver con mi forma de ser."

- **Sentimientos hacia el trastorno**

A pesar de la falta de conciencia personal del ludópata hacia su enfermedad, si que es cierto que es capaz de identificar una serie de comportamientos o de actitudes que sabe que no son normales, y por ello, en muchas ocasiones, si que son conscientes de la existencia de algún problema.

Esta conciencia de problema se ve reflejada en una serie de sentimientos, en muchas ocasiones contradictorios, y que pueden incluso hacer crecer la espiral en la que se ve inmersa la persona; puesto que, a pesar de sentirse mal jugando, no puede dejar de hacerlo, porque es la actividad del juego, lo que le aporta el mayor grado de gratificación.

U2: "Pues la verdad es que hacía ya mucho tiempo que yo sentía, o sea que yo iba...que me encontraba mal, iba hacia abajo, hacia abajo...vas perdiendo la estima en ti mismo también,... seguía jugando; otro día lo llevabas un poco mejor, otro día peor...otro día te dejas de arreglar, otro día pierdes la ilusión por salir. Estaba en una espiral en la que no salía, iba para abajo para abajo sin ver salida."

- **Consecuencias a nivel**

Las consecuencias que mencionan sufrir las personas con ludopatía son a distintos niveles, es decir:

- **Salud física y psicológica:** U1: "*Emociones super contradictorias, no dormía, empecé a perder...*"
- **Pareja:** U1: "*Esto va a acabar muy mal, voy a romper mi matrimonio*".

▪ **Trabajo / Estudios:** U3: "Tú tienes una escala de valores que has aprendido y de repente pues las empiezas a intercambiar y empiezas a hacer cosas que no deberías, robos, faltar al trabajo...esas cosas." "Empiezas a vender vacaciones, a hacer horas extras..."

▪ **Relaciones sociales:** U3: "No puedo decir que no me ha afectado a las relaciones sociales porque efectivamente me ha afectado. He dejado de hacer miles de cosas y de esas miles de cosas, antes de dejar cosas de mi familia pues dejaba de quedar con los amigos."

▪ **Economía:** U1: "Empiezas a pedir créditos, empiezas a meterte ya en más pufos"

• **Tocar fondo**

Es un fenómeno importante de cara a que hace a la persona más consciente de que tiene un problema, que necesita ayuda, y por tanto de cara a reconocerlo. En este fenómeno, es probable que aparezca una ansiedad que se manifieste mediante diferentes síntomas como pueden ser nerviosismo, insomnio, cambio en las pautas de alimentación, dolor de cabeza... U1: "En la última época los nervios...el declive... fue en la última época. Porque ya jugaba a un nivel más alto, porque ya como tienes deudas, vas a pillar lo más, vas a recuperar, pero nunca recuperas, es imposible recuperar. Pero nosotros no lo vemos. Encima me sentía mal jugando, más remordimientos, más culpabilidad..."

• **Motivos para acudir a tratamiento**

Normalmente la persona que acude a AZAJER en busca de tratamiento para la ludopatía no es consciente de que tiene una enfermedad, por lo que normalmente acude obligada por alguna persona de su entorno que observa el declive y la autodestrucción en la que está inmersa la persona enferma. U2: "Vine obligada, accedí un poco a regañadientes, pero luego pensando por dentro <<es que quiero hacerlo, osea, realmente tengo que hacerlo>>."

En raras ocasiones es la propia persona con ludopatía la que decide acudir a tratamiento y es consciente de su enfermedad, pero en los casos en los que así ocurre, no deja de ser igualmente doloroso el hecho de romper con la pauta o el ritmo de vida que se estaba llevando hasta entonces, girando toda ella alrededor del juego y de las mentiras que se debían de decir para poder continuar realizando la conducta adictiva. U1: "*Vine aquí porque ya estaba en un estado de estrés emocional...[...] Y hubo un día en que se me enciende el chip, y en mi caso decido despedirme de mi trabajo porque no es comparable con una rehabilitación de ludopatía. Imagine cuando llego yo a casa, y le comento a mi familia que me he despedido de mi trabajo , que me he ido con una mano delante y otra detrás, que simplemente tengo el paro, y que necesito una terapia de ludopatía. Cuando yo pongo todo encima de la mesa pues imagine el caos...en mi caso es un caos. Me arriesgue a que mi marido me pusiera las maletas en la calle, pero yo necesitaba ayuda. Yo asumí las responsabilidades, <<he dejado mi trabajo con o sin ti voy a salir adelante, llevo tantos años haciendo esto, soy ludópata y me tenis que ayuda. Sino sabes lo que es una ludopatía, pues vente conmigo a AZAJER. Es una enfermedad>>, mi marido no lo comprendió hasta meses después. Osea su mujer era una cabeza loca que se había jugado millones y millones y millones de pesetas.*"

- **Recaída**

La función del tratamiento es el desarrollar la personalidad de la persona, de cara a que sea capaz de afrontar los problemas y no tenga que esconderse en el juego. Por ello, cada persona debe ser consciente de quién es, cómo es, que sucesos o circunstancias le provocan un mayor estrés, en qué situaciones tiene más tentación necesidad de jugar, etc...U3: " *El mayor riesgo es cuando tienes confianza en ti mismo, cuando te ves fuerte, cuando te ves...es el momento en que te tienes que plantar para decir..”para”. Cuando estas fuerte te crees capaz de cualquier cosa.*"

- **Tratamiento**

El hecho de desarrollar la personalidad es la parte fundamental del tratamiento, pero antes de ésto, lo primero que se hace es una concienciación, de forma que la persona acuda convencida a terapia de que tiene una enfermedad, de que necesita ayuda, y de que no es culpable. U2: "*Entiendo que es una enfermedad, entiendo que hay unos desencadenantes , a lo mejor, en unos de una manera, porque cada vida es distinta, cada uno es distinto; pero hay un desencadenante, y hay gente que estamos más predispuestas precisamente a caer en algún tipo de adicción. Eso lo tengo claro.*" U1: "ya no eres culpable de, eres responsable".

Con respecto al trabajo que se realiza en las terapias de cara a un crecimiento y desarrollo de la personalidad que ayude a la persona a afrontar sus problemas y a no tener esa necesidad de escapar a través del juego, se realiza una labor muy importante. Ya que por medio de esas terapias, se logra que la persona vence esos riesgos, esos miedos, que pueden provocar una recaída en el juego.

- U1: "*Te empiezas a conocer a ti misma, empiezas a saber decir las cosas, empiezas también a analizar porque llegas aquí, a este grado de juego.*"
- U2: "*Conforme cada día he venido me reafirmo más en que quiero hacerlo, me estimo más yo misma...no salia de casa, me encerré en no salir del ámbito en el que vivo. [...] Entonces me ha venido muy bien para relacionarme con otra gente, para salir de mi casa...Veo otra forma de ver la vida, de como la veía yo, de aquello que veía tan negro, tan...Voy sintiéndome más fuerte, sintiéndome mejor, queriéndome un poco más yo.*"
- U3: "*Me costó un tiempo hasta empezar a ver las cosas que debía cambiar, las cosas en las que debía ... el famoso ser capaz de decir no, no estar siempre queriendo agradar a todo el mundo, la impulsividad era una de mis grandísimas tareas, el ser ...aprender a aburrirme; bueno pues vas trabajando todas las cosas y cambia todo, osea con la ludopatía*

ninguno de esos valores tenía que ver con mis hijos, la relación con mis hijos me parecía correcta, yo tenía una relación muy buena con ellos, pero evidentemente ahora lo ves a lo lejos y dices mira, pues todo esto me ha cambiado en mucho en mi relación con mis hijos. Porque mi relación con ellos ahora es más completa, más sincera..."

Análisis entrevistas profesionales:

P1	Profesional 1
P2	Profesional 2
P3	Profesional 3

El hecho de que AZAJER esté formada mayoritariamente por personas que hayan pasado por la enfermedad de la ludopatía y por un tratamiento en esta misma Asociación, enriquece los testimonios que puedan ser aportados por estos profesionales, debido a que conocen no sólo de una manera teórica la enfermedad, sino que muchos de ellos han pasado por ella, por lo que pueden aportar su opinión tanto como profesionales, como representantes de personas rehabilitadas.

- **Motivos para jugar**

Cuando el juego se convierte en una conducta adictiva, lo que el sujeto que realiza la acción de jugar siente es, en un principio y mientras realiza esa actividad, un grado de alivio y de satisfacción que le provoca seguir jugando. Este alivio es el causante en muchas ocasiones de que la persona juegue; a pesar de que pueda ser consciente, en cierta manera, de las consecuencias negativas que le puede conllevar el juego, pero sin embargo, cuando se le presentan en la vida una serie de problemas, es una forma fácil de evadirse y de escapar.

P 3: "A mi me gusta jugar desde pequeña ¿vale? Y desde pequeña para

mi el juego me hacía sentirme muy especial, tenía mucha suerte . [...] Cuando yo empiezo a tener problemas a lo largo de mi vida, por muchas circunstancias que ocurrieron en mi casa, en mi familia..., pues tampoco claro...lo entiendes cuando ya lo vas estudiando. Era el juego lo que me hacía sentirme especial. Entonces al principio no hay ningún tipo de problema, simplemente te sientes bien, te evades y punto."

- **Conciencia de la enfermedad**

P3: "Yo creo que todo el mundo es consciente de que tiene un problema, pero no saben que es un trastorno. Entonces entienden como tengo un problema, que me he gastado mucho dinero, y el problema es me he gastado mucho dinero o he causado un agujero, o estoy a punto de empezar a crear deudas. [...] Entonces la gente si que viene con la sensación de que tienen un problema, pero lo que no entienden es que no tienen un problema, es que tienen un trastorno, tienen una enfermedad, tienen una adicción."

Los ludópatas rara vez tienen conciencia de que padecen una enfermedad y que deben ser tratados por ello. Si que puede ocurrir que consideren que tienen un problema; pero no realmente una adicción, sino que consideran que en cierto modo ellos pueden llegar a controlarlo, P2: "*era consciente de que tenía un problema, era consciente de que tenía un problema, que me jugaba mucho dinero y que no podía dejar de jugar; pero todavía intentaba controlarlo, quiero decir, que con las adicciones todavía te planteas que puedes controlarlo; que podré jugar pero menos*".

En la mayor parte de las ocasiones, sino se dan circunstancias económicas negativas, o agujeros económicos, no se considera que exista un problema, o no se le da tanta importancia; aunque si que es cierto que pueden ser estas dificultades económicas las que en muchas ocasiones lleguen a provocar el fenómeno de "tocar fondo", de modo que sean conscientes de que por sí solos no pueden parar. Porque por mucha voluntad que se quiera tener, es esa misma fuerza de voluntad lo primero que se pierde con las adicciones. P3: "*Tu puedes ser totalmente consciente de que eso hay que frenarlo, que no*

puedes más, pero si llevas dinero ya...ya lo haré mañana ¿no?" Las adicciones rara vez pueden ser superadas por la persona sola, ya que hay que trabajar la base que está debajo de la adicción, la base que provoca a la persona que escape en lugar de enfrentar los problemas, en este caso, mediante el juego.

Por ello, el tratamiento y la primera recepción o despacho que se realiza, se basa en explicar y hacer entender que no se trata simplemente de un problema, sino que es una enfermedad; y deben tomar conciencia de ello. A partir de esa toma de conciencia es cuando la persona enferma decidirá o no entrar en tratamiento, y se le asignará un grupo.

Es cierto que, una vez que la persona es consciente de que tiene una enfermedad suelen querer ser tratados y se comprometen, el problema y el riesgo de abandono viene provocado en las situaciones en las que la persona no es completamente consciente de su enfermedad. P1: "*El abandono del tratamiento se da obviamente cuando la persona no es consciente de que tiene un problema, ha venido obligado, sigue obligado, no tiene conciencia del problema; y entonces en cuanto se presiona un poquito para que vaya modificando o vaya sabiendo cuál es la causa que le lleva a jugar, no quieren. Por eso cualquier excusa es buena para abandonar: me está presionando, estoy perdiendo un montón de tiempo, que yo puedo sólo, etc."*"

- **Variable sexo**

La ludopatía, aparte de ser una enfermedad en sí misma estigmatizante, lo es más si cabe para las mujeres P1: "*porque evidentemente no está igual visto una mujer ludópata que un hombre ludópata, o una mujer alcohólica que un hombre alcohólico.*" Esto provoca que, a pesar de que las mujeres sean antes conscientes de que tengan un problema, sienten mucha más vergüenza a la hora de expresarlo y de exteriorizar que precisan ayuda para salir de la adicción, lo cual puede provocar que se entre en un callejón sin salida, en el que tampoco encuentran apoyo de la gente de su entorno, como por ejemplo sus maridos, los cuales también se sienten avergonzados de tener a una mujer con ludopatía, de hecho P1: "*Aquí en la Asociación el número de mujeres es*

mucho menor de lo que es el varón”, P3: “si te das una vuelta, ves que vienen prácticamente todas las esposas y novias de personas ludópatas, pero maridos pocos, muy pocos...muy pocos.”

Esto es debido en muchas ocasiones, ya no solo a la vergüenza o estigmatización que sienta la mujer ludópata a la hora de pedir ayuda, sino a la vergüenza que siente el marido de cara a que se conozca que su mujer tiene problemas con el juego. Por ello, debido a la falta de conciencia de enfermedad y que muchas veces se acude al tratamiento por un ultimátum de la pareja, es que hay muchas menos mujeres, ya que P2: “*Es menos frecuente que el marido te ponga la maleta a que la ponga la mujer. Los hombres, cuando una mujer es ludópata, el marido siempre intenta solucionarlo en casa, intenta tapar, y sin que nadie se entere y sin que nadie lo sepa; [...], por la visión de vicio y porque es más vergonzante, vamos la gente lo ve más vergonzante en una mujer que en un hombre.*” P3: “*Tanto la familia como las enfermas se sienten más avergonzadas en caso de que sea la mujer ludópata.*”

Esto provoca también que existan diferencias en cuanto al tipo de juego que desarrollan hombres y mujeres; ya que los hombres suelen jugar máñas en máquinas tragaperras que puedan estar instaladas en bares y restaurantes, los cuales son lugares públicos, mientras que las mujeres suelen preferir el bingo, un lugar más particular, más privado, en el que poder desarrollar su actividad adictiva de jugar sin el riesgo de ser vistas por tanta gente. P3: “*en un bingo estás más protegido, te ve menos gente.*”

• Comorbilidad

Podríamos hablar de dos tipos de comorbilidades, por un lado refiriéndonos a otro tipo de adicciones que suelan acompañar al JOP, como pueden ser la adicción con sustancias como el alcohol o las drogas, y por otro lado podemos hablar de comorbilidades de tipo psicológico o psiquiátrico.

Con respecto a estas últimas, no hay una relación directa observada por los profesionales de AZAJER, es decir, P1: “*No podríamos hablar de una patología dual en estos pacientes*”; sin embargo, si que hay una mayor

vulnerabilidad de algunos enfermos que padecen de otro tipo de trastorno, como pueda ser P2 "los parkinson, los TLP y las personas con TDH si que tienen una mayor vulnerabilidad"

Con respecto a comorbilidad con otro tipo de adicciones, podemos hablar de como P3: "antes era más común que la gente acudiera a tratamiento exclusivamente por una ludopatía, pero esto ha ido cambiando ¿vale?, entonces dependiendo de las edades te encuentras ciertos trastornos o adicciones comórbidas con el juego. Por ejemplo, en el caso de los hombres adultos siempre ha estado bastante unido el juego con el alcohol, y hay numerosos estudios que lo demuestran, como una cosa lleva a la otra ¿no? Bebo, me desinhibo, me importa todo un comino, y juego. Estoy jugando, me encuentro fatal porque estoy liandola, bebo y me tranquiliza ¿no?"

En el caso de jóvenes, en el caso de los chicos, mucha droga (speed, cocaína, alcohol...). ¡Ojo! Que una cosa no quita la otra, que puede ir speed, cocaína, alcohol y juego. En el caso de las chicas TCA, drogas y juego."

- **Personalidad**

A pesar de que no se pueda establecer unos patrones característicos de personalidad de una persona con ludopatía, si que se puede afirmar que, P1: "Todas las personas que tengan algún tipo de adicción, sea la que sea, en el fondo tienen una personalidad adictiva."

El tener este tipo de personalidad es lo que puede conllevar a que, en el caso del juego, al desarrollar la actividad de jugar y sentirse uno aliviado, sin problemas, eliminando la ansiedad, distraído...provoque una dependencia hacia esa actividad en los momentos en los que tiene alguna situación de estrés o de crisis en la vida, de modo que el juego, a pesar de las consecuencias negativas que pueda conllevar a la persona, se convierte en la vía de escape, mediante la cual, el ludópata puede evadirse de sus problemas. P1: "Entonces es una consecuencia de sucesos que pasan a lo largo de su vida: problemas familiares, problemas sociales, problemas afectivos ...siempre hay un pasado más o menos, que a ellos les perturba, ¿entiendes? Y que no

son capaces de afrontar ciertas situaciones, y evidentemente el juego es una huida. Una persona que se pone delante de una máquina, que se pone delante de un cartón de bingo o con el ordenador; en el fondo está escapando, está huyendo de los problemas que verdaderamente a le florecen. "

P3: "Los ludópatas somos personas que no solucionan muchas cosas; pero claro como no solucionamos muchas cosas, los problemas se van acumulando y el juego te va causando más problemas aún y van agravando los que ya tenías, pues por las discusiones, la autoestima, ocultas muchas cosas...y quieras que no, de ocultar más te sientes peor, por lo que te refugias más en el juego."

Otro rasgo de la personalidad del ludópata y que se trabaja en los grupos, es lo relacionado con la autoestima, con el saber tener su lugar, saber decir que no...ya que son personas que P3: "*les cuesta pedir ayuda, prefieren echar las cosas para atrás y ya se solucionarán, les importa muchísimo lo que puedan pensar de ellos, entonces dan una imagen que no tiene nada que ver consigo y se pierden..., no se valoran absolutamente nada, que no se conocen prácticamente nada*"

- **Desencadenante del problema**

El hecho de tener o no una personalidad adictiva es lo que provoca que la persona no sea capaz de gestionar o de enfrentar de un modo adecuado sus problemas y sus miedos, y se refugie en algún tipo de adicción, como pueda ser el alcohol, las drogas o el juego.

Realmente no se puede hablar de una única causa o un patrón que marque un desencadenante concreto de la actividad del juego, sino que cada persona ha tenido su historia, y en ella hay diferentes sucesos que no ha sabido afrontar en su momento y que de alguna manera le han marcado, hasta que llega un momento en que esa ansiedad y angustia mal gestionada aparece en forma de adicción, desarrollando una actividad que en el fondo conlleva más consecuencias negativas para la personas que las que pudiera haber ocasionado el enfrentar los problemas en el momento en el que ocurrieron. P3:

"Realmente es muy difícil decir <<este ha sido el desencadenante>> o <<esto me ha pasado>>. [...] Cada cual ha tenido sus razones, para al final, cuando vas montando el rompecabezas, vas acordándote de todo y piensas, <<es que no me extraña que haya terminado con un trastorno>>."

Este hecho de que el juego sea la simple manifestación de un problema de personalidad de base sobre el que hay que trabajar, es lo que provoca que, en los tratamientos y terapias desarrollados por AZAJER no se realice simplemente una terapia conductual centrada únicamente en el cese de la actividad adictiva, sino que de lo que se trata es de trabajar la base de la persona, haciéndola consciente de quién es, por qué actúa como actúa, qué defectos y virtudes tiene, los hechos de su vida que le han causado dolor...P3: *"De lo que se trata no es de que dejes de jugar, sino de que no necesites escapar; y que si necesitas, aprendas a resolver las cosas, es de lo que se trata; no me trago las cosas, no voy acumulando cosas que luego llega un momento que ya no puedo más porque soy una olla a presión; y si algo no se resuelve pues se pide ayuda que no pasa nada de nada ¿no?."*

- **Antecedentes**

En el apartado de marco teórico se ha visto como si que se puede encontrar una causa-efecto, o una relación entre el hecho de tener unos antecedentes familiares con algún tipo de adicción, ya sea al juego o de otro tipo, por ello P3: *"Puede ocurrir que vengan, por ejemplo, imaginate, el padre o la madre y poco a poco vayan descubriendo que uno de los hijos tiene problemas no?"*

- **Familia**

A pesar de que el jugador sea un jugador individual, se trata de una enfermedad que afecta al entorno más cercano de la persona, P1: *"La familia es muy importante en el tratamiento de estos pacientes."*, ya sea porque reciba las consecuencias de la actividad adictiva desarrollada por el ludópata, o porque lo hayan acompañado en sus momentos de juego. P1: *"Es muy*

importante concienciar de que la familia tiene el problema, no solo el paciente, sino la familia." De cualquier modo, se trata de una enfermedad en la que no se puede culpabilizar al enfermo por ser enfermo, sino que hay que hacerle simplemente responsable de no haber intentado controlar más ese impulso que le llevaba a jugar y de no haber sabido pedir ayuda en el momento en el que notaba que se le estaba escapando de las manos.

Pero del mismo modo, la familia también debe de asumir su grado de responsabilidad, y deben de colaborar con el enfermo en el proceso; y no sólo colaborar, sino acompañarle y acudir a terapia P1: "*Vienen todos los lunes a la terapia de los padres y las mujeres de los pacientes vienen dos veces por semana también a grupo.*" de modo que el cambio no se produzca tan sólo en la persona que padece la enfermedad, sino que el cambio se produzca en el entorno, ya que es éste el que también de algún modo está enfermo y ha participado de la conducta adictiva, aunque simplemente sea teniendo una reacción victimista o tapando o queriendo negar el problema.

De hecho, la responsabilidad que deben asumir los familiares o las personas del entorno más cercanas es primordial a la hora de poder realizar un adecuado proceso de rehabilitación, ya que en un principio el enfermo debe de llevar una serie de normas de forma que deje de jugar desde el primer momento en el que entra a formar parte de la asociación y se somete al tratamiento, y obviamente, si no hay nadie que le pueda llevar esas normas, por sí sólo y con dinero al que poder acceder, es muy complicado que la persona sea capaz de poder controlar los impulsos y las ganas de jugar a pesar de que acuda a terapia; ya que la modificación que debe producirse en la personalidad supone y requiere de un proceso de tratamiento largo, de dos años de terapia, en los que la persona va evolucionando, pero lógicamente, en un principio precisa de alguien que le administre el dinero, de modo que no pueda satisfacer sus deseos de jugar. P2: "*para que la terapia funcione tiene que venir con una persona que le lleve las normas, osea, no dejamos a nadie que venga solo, porque sino no daría ningún resultado. Porque una persona que maneja el dinero no deja de jugar, entonces necesita una persona al lado*

que le controle las cartillas, que le restrinja el acceso a las cuentas, que le racione el dinero, que le controle los tickets. Entonces una persona sola...nunca lo atendemos."

La importancia de que los familiares también realicen un cambio, es debido pues a que, no sólo la persona con ludopatía está enferma o es la única que tiene que llevar a cabo una serie de cambios, sino que la familia, quien ha negado la enfermedad, también debe de desarrollar una serie de cambios y a la vez ir aceptando y adaptándose a la nueva persona que surge tras el tratamiento, debido a que el ludópata, tras haber realizado su terapia, ya es una persona con una personalidad desarrollada, capaz de expresar sus ideas, sus opiniones, de preservar su sitio, no se siente culpable, es capaz de pedir ayuda, etc. Por ello, P3: "*Hay familiares que cuando el enfermo empieza a cambiar, empieza a poner límites, empieza a decir <<esto por aquí no paso>>, <<no estoy de acuerdo contigo>>, <<no quiero que sigas tirando tu del carro, quiero también mi lugar>> ¿vale?; pues quien, entre comillas, era el que no jugaba, resulta que muchas veces está igual o peor que el que está jugando; y ante ese cambio se asusta o no le interesa, y a veces tira del propio enfermo [...] Tira en el sentido de decir...<<bueno pues es que me gustaba más como eras antes>>.*

Hay que tener presente que mientras el ludópata estaba jugando, mientras hacía cosas que eran erróneas, estaba engañando, estaba ocultando, etc, etc; de alguna forma o de otra compensaba; no protestaba porque se encontraba muy mal muy mal. Claro, cuando empieza a cambiar, a ponerse en tratamiento, a darse cuenta de que hay cosas con las que estaba mal viviendo, que no solamente tiene que cambiar él, tiene que cambiar todo su entorno, porque si no cambia su entorno al final o volvemos a lo mismo o hay que romper"

- **Consecuencias de la ludopatía**

Las consecuencias negativas que produce la adicción al juego pueden ser a todos los niveles, desde a nivel físico (dolores de cabeza, indigestión, pérdida de peso...) a nivel de relaciones sociales (abandono del grupo de amigos), y obviamente a nivel económico, debido a la cantidad de dinero apostada, la cual es la que provoca que en muchas ocasiones haga a la persona "tocar fondo" y pedir ayuda debido a las deudas contraídas.

Pero hay que señalar que las consecuencias económicas, puede que sean las más alarmantes, pero sin embargo, el juego sin dinero también podría llegar a ser adictivo y también tener repercusiones en la persona a nivel de salud, de relaciones sociales, abandono de otras actividades de ocio, etc...P3: "*Yo estaba a veces con mis amigos por ejemplo, y es que no me llenaba nada, llego un momento que es que a mi no me llenaba nada. Entonces les decía "que me voy que tengo que estudiar" y me daba la vuelta y me iba a jugar.*

P2: "*Las consecuencias es...es realmente como un suicidio, es como cuando tienes ganas de suicidarte. Consecuencias de todo tipo, psicológicas, físicas, un hundimiento, un abandono absoluto y ...a todos ámbitos, en todos. A nivel laboral pues mira...yo tenía una consulta privada y me la jugué, conque fijate como me afectó...por la mañana trabajaba en un ambulatorio y por la tarde en una consulta privada, y la consulta privada me la jugué, osea que la tuve que cerrar por desatenderla, y porque bueno yo...cogía dinero y me lo jugaba.*"

Probablemente, uno de los motivos por los que no se asocie la palabra adicción al juego con enfermedad, y sí con la idea de vicio, sea el hecho de que las consecuencias físicas o psicológicas que se producen no se vean, es decir, no ocurre lo mismo que con un cáncer o un VIH, sino que los problemas físicos no son tan visibles. P3: "*Lo que pasa que es algo que físicamente, por desgracia siquieres, no se vea como en un alcoholismo, por ejemplo. Ese es uno de los grandísimos problemas en todos los trastornos de este tipo, que no se ve físicamente...entonces parece que no es tan importante, no se causa tanta alarma social.*"

- **Motivos para acudir a tratamiento**

En rara ocasión la persona acude por voluntad propia y porque tenga conciencia del problema P3: "A pesar de que en mi caso fui yo la que tuvo la iniciativa, lo normal es que alguien de tu entorno te pare en seco, te ponga un ultimátum."

Por lo general, es algún miembro de la familia o la pareja quien, en el momento en que descubre el por qué de las deudas económicas, P1: "Suele ser por temas económicos, porque la familia se da cuenta de que llega una carta del banco, que hay una deuda impresionante, o porque un vecino viene diciendo <<oye mira que tu marido o tu hijo me han pedido dinero el otro día>>", o el por qué de determinados comportamientos, se ponga en contacto con la asociación y de un ultimátum a la persona enferma, sobre todo si ya le han dado en su momento la oportunidad de dejar sólo la adicción. Porque, debido a la falta de conciencia de que no es implemente un problema, sino que es una adicción, una enfermedad; la persona se cree capaz de poder controlarlo y dejar el juego, pero realmente, aunque lo intenten, al final ven que no son capaces, y que ante cualquier circunstancia de la vida pueden volver a caer, porque precisan trabajar la base de su personalidad, de modo que no necesiten tener como vía de escape el juego. P2 "le dije que había jugado y bueno lo intente, le convencí de que no iba a volver a jugar que no se que...pero al final...no pude. Una adicción no se puede dejar, por si sola, no se puede dejar. [...] De normal la gente que acude aquí acude con la demanda de la pareja, normalmente es por ultimátum. Vamos he conocido muy poca gente que haya venido por decisión propia."

- **Tratamiento**

El tratamiento que se desarrolla en AZAJER para las personas con ludopatía se basa en la realización de terapias grupales en grupos abiertos, en los que va entrando la gente en función que se van incorporando a la Asociación, durando el tratamiento 2 años.

Los grupos se establecen en función de las edades, y también hay grupos para padres y parejas, entendiendo que la responsabilidad y el trabajo con el entorno es fundamental para asegurar una buena rehabilitación.

P3: "Los grupo se establecen por edades. En terapia de grupo lo que es muy importante es sentirse comprendido y entendido, entonces cuando por su forma de ser, por la problemática que tenga, porque hay personas que vienen que son muy muy cerradas, muy tímidas, muy introvertidas, la persona no vaya a aguantar una terapia de grupo y necesita un apoyo, pasa por terapia individual. Hay veces que en un grupo te das cuenta de que la persona necesita un apoyo individualizado y se le da.

En una terapia de grupo, si se puede, se comparten muchísimas cosas; entonces cuanto más se comparta, más identificado te sientas, más entendido... el punto de vista de uno, el punto de vista del otro...eso ayuda muchísimo.

Padres, novias, novios...cada cual tiene su grupo, y si es necesario."

Además de las terapias grupales, también se pueden realizar "despachos" en los que se trabaja de manera más individualizada; pero éstos solo son para ocasiones concretas, en los que se observa que al individuo le cuesta integrarse en el grupo y no se va a conseguir en un primer momento los objetivos para los que el grupo ha sido creado, ya sea porque se trate de una persona muy introvertida, o porque tenga unas circunstancias, como pueda ser su edad, que hagan que sea mejor el trabajo individualmente.P1: "Cuando una persona entra aquí lo primero que se le hace es una primera recepción explicándole como funciona AZAJER. Se le dan las primeras normas, tanto a él como a la familia, y una vez que acceden al tratamiento , se empieza en tratamiento grupal, y en momentos puntuales, tratamiento individual, por ejemplo, cuando el paciente necesita hacer un despacho para hablar algún caso concreto."

Durante el tratamiento se va pasando por una serie de fases: P3: "De problema paso a entender que soy una persona enferma, lo que pasa que siento la enfermedad como una enfermedad vergonzante, y luego poco a poco

vas entendiendo que bueno, tienes un trastorno, una enfermedad ...no es algo que te hayas buscado tu, pero por tu forma de ser, por la vida que has tenido, por un montón de cosas pues...y bueno poco a poco se va saliendo.

Este tratamiento no se basa en la simple deshabitación de la conducta del juego, sino que se pretende trabajar sobre la base de la persona que provoca que ésta escape a través del juego y que no afronte sus problemas.

De cara a dejar la conducta del juego, se establecen una serie de normas, las cuales deben de ser llevadas y requieren de una tercera persona que controle los gastos de las personas con ludopatía y que le administren el dinero.

P3: "Lo bueno del tratamiento, es que no se trata de bueno tu juegas, y te vamos a llevar unas normas y vas a dejar de realizar la conducta del juego, no. Aquí hay que llevar unas normas pero de lo que se trata es de averiguar, tratar y cambiar todo lo que hay debajo de la adicción en sí; porque sino no hacemos nada. Entonces lo que tenemos que tratar es qué hay debajo de todo eso. Cómo afrontar los problemas, cómo te valoras, qué es lo que te ha ido pasando, qué te has ido tragando, qué es a lo que no te atreves... Y eso es lo que sale en los grupos.

La persona tiene que intentar dilucidar en el grupo como se ha ido haciendo a si mismo, que le ha pasado en la infancia, cómo ha ido entendiendo su mundo, cómo ha reaccionado ante las cosas, porqué empezó o cómo aprendió a callarse cosas, por qué no se puso en su sitio, porqué en un momento dado no salta de la forma que salta...,es decir, hay que investigar y analizar quien eres y de dónde te viene, el origen. El de por qué eres así y qué llevas mal. [...] Entonces es una labor que es dolorosa, muy dolorosa pero, tiene una parte muy buena terminar con un trastorno: que creces y que a la fuerza tienes que cambiar, entonces conviértete en lo que haber, vas a tener problemas toda la vida...,no hacemos milagros y no se trata de eso, pero ¿sabes la sensación de con mis problemas y mi forma de ser puedo con todo, así que la cabeza la llevo alta?; pues de eso se trata. Con mis fallos y mis cosas, pero las se afrontar, y sino se pide ayuda,, no me esconde."

- **Recaídas**

El hecho de realizar un tratamiento trabajando sobre la base de la persona tiene como principal objetivo el evitar las recaídas, es decir, para ello es necesario analizar qué situaciones son las que pueden suponer un riesgo para la persona ludópata de volver a caer, de tener una caída que haga que haya que volver a comenzar con el tratamiento.

P3: "Las recaídas pueden ser porque durante el anterior tratamiento hubo una serie de cosas que no se quiso mover, que no se quiso tocar, entonces salen bien al principio, pero siguen teniendo problemas, entonces vuelve a jugar, y aunque sabe que no debería hacerlo cae; pues porque baja el control, porque llevo no se cuantos años sin jugar y me puedo volver a dar un homenaje...y se vuelve a la rueda. Hay que tener muy muy claro que el juego es una forma de escapar, que tienes que solucionar un montón de cosas, pero que problemas vas a tener a lo largo de tu vida y que la recaída es algo que entra dentro de la enfermedad y que puede ocurrir."

- **Conciencia y sensibilización social**

La ludopatía, al igual que en un comienzo las adicciones con sustancia, se sigue viendo por mucha gente como un vicio, ya que, actualmente las adicciones con sustancia, debido probablemente a las consecuencias físicas que presentan, por ejemplo, la cirrosis que aparece en un alcohólico, resultan más visibles que una adicción sin sustancia, como es el caso de la ludopatía, la cual es una adicción pura. El hecho de que no se vean consecuencias visibles en la persona, es lo que dificulta el hecho de verla como una enfermedad. P1: "A la gente le cuesta ver la ludopatía como una enfermedad, la gente piensa pues que es un vicio, de hecho los comentarios que se oyen cuando ven a un hombre jugar a una mujer entrar a un bingo es <<madre mia que vicio tienen estas personas>>; cuesta todavía el tener que entender que detrás de una ludopatía hay una enfermedad. Además, P2: "es una enfermedad vergonzante.

También cabe señalar el hecho de que, probablemente al Estado P2: "No le interese la sensibilización como en otro tipo de patologías como pueda ser el

alcoholismo o la drogadicción, porque la ludopatía no causa gasto sanitario; en todo caso provoca un gasto sanitario encubierto, osea, muchas depresiones, muchas ansiedades...pero no se diagnostican, entonces como no se diagnostican, pues no se sabe. Además, es algo positivo para el Estado porque aporta dinero para la Administración a través de las casas de juego.

P3: "El problema de la sensibilización puede ser que no hay una alarma social en el sentido de gasto sanitario, de delincuencia, robos, atracos, enfermedades...no hay. Una persona ludópata acude al médico porque tiene una depresión o una ansiedad, pero no ocurre por ejemplo, como con el tabaquismo, no hay un cáncer, no hay un trasplante de hígado como con el alcohol, no hay robos y atracos por la calle como con la jeringuilla, ... ¿entonces qué ocurre con la ludopatía? Pues que la ludopatía es ...que solo se ve la acción y sobre todo que el juego a nivel de impuestos deja muchísimo dinero,.. en las arcas de estado entra muchísimo dinero por juego. Entonces, ¿se puede hacer algo? Si concienciar; ¿les interesa a un nivel estatal que haya mucha conciencia? Pues tengo mi duda."

Análisis entrevistas padres:

M	Madre
P	Padre

• Comienzo de juego

Lo cierto es que los padres no saben muy bien cuando poner fecha al comienzo del problema, ya que de normal los ludópatas suelen realizar sus actividades de juego a escondidas, por lo que normalmente nadie se entera hasta que ocurre alguna situación, como pueda ser la llegada de una carta de embargo, que haga que se descubra el problema.

M: "El problema comenzó hace pff..ni lo se, porque él ya con 18 o 19 años hacia sus pinitos. Ya me dijo una vez <<me ha tocado...he ganado esto en las apuestas, en nose que...>>y yo claro pues tampoco haber...no le di

importancia. Pero claro ya a raíz de eso nose si volvió a jugar o no, seguro que sí; y el problema fue hace dos años o así que el problema fue ya...que lo pillamos."

- **Comportamiento típico del ludópata**

Debido a la falta de conciencia de la gravedad del problema que tienen, es decir, de la enfermedad que tienen, los ludópatas muestran una actitud completamente normal de cara al exterior, con el objeto de disimular cualquier tipo de problema económico que pueda estar atravesando o cualquier actitud disfuncional que pueda tener debido al juego. M: "*La apariencia de mi hijo de cara al mundo era de que no pasaba absolutamente nada. Mantenía el tipo al 100% o al 110 %...porque iban a mirar muebles, iban a mirar cosas para la casa...*"

Por ello, a la hora de comenzar el tratamiento, es muy importante hacerles conscientes de que realmente tienen una enfermedad que debe ser tratada, tienen que aprender a reconocer que son ludópatas y que precisan ayuda de la gente de su entorno para poder superar la adicción M: "*Le costo le costo creerse que necesitaba ayuda*", ya que necesitan que alguien se haga responsable junto con ellos del cumplimiento de las normas, que alguien se comprometa a hacer con ellos el proceso de cambio, ya que no sólo se basa en un cambio de ellos, sino que deben de cambiar de forma paralela su entorno.

Además el hecho de que no tengan una completa conciencia de la enfermedad, provoca que, tal y como ellos cuentan el problema que tienen, el resto de personas no le den importancia, y que se queden con el simple acto de jugar, sin las consecuencias que éste trae para la persona; y a la vez creyéndose ellos mismos que su problema no es para tanto, sin considerar necesario el acudir a tratamiento, puesto que sino toman conciencia de la enfermedad, persiste en ellos la idea de que pueden llegar a controlarlo. M: "*Él venía aquí, estaba con la novia, todo iba muy bien...pero lo típico, <<pues fijate que allí están peor que yo>>*".

- **Desencadenante del problema**

Por regla general, no se achaca la ludopatía a un problema de personalidad, sino que se considera que se debe a elementos y aspectos fundamentalmente extrínsecos, en los que el comportamiento de terceras personas o únicamente unas determinadas circunstancias, han llevado a la persona a jugar. Por ello, son importantes las terapias para familiares, de cara a que no sientan que alguna circunstancia provocada en mayor o menor medida por ellos, ha sido el desencadenante del problema; sino explicarles que la base del problema se haya en la personalidad del sujeto.

P: "*Como desencadenante pues al principio pensé que pues haberse quedado sin madre, irse a vivir solo...pues se organiza y tal; pero aquí nos han enseñado (porque casi todos venimos con esa idea) que no, que el problema es falta de personalidad, falta de ...a mi hijo le detectaron también aquí un TDA.*"

- **Antecedentes**

Se sabe que el hecho de que un familiar tenga o haya tenido algún tipo de adicción, incrementa las probabilidades de padecerla a alguna persona de generaciones posteriores, ya sea por razones genéticas, como puede ser la relación existente entre alcoholismo o TCA, o simplemente por una actitud de modelado de la conducta del adulto y del comportamiento aprendido. M: "*Yo he hecho un programa de RHB de drogas y su padre también.*"

- **Familia**

Representa un papel fundamental en el tratamiento de la ludopatía, ya no sólo por el hecho de que conozcan la enfermedad, sino también a nivel personal; ya que favorece un crecimiento y elimina las culpabilidades que se puedan sentir en determinadas ocasiones, transformando ese sentimiento de culpa en sentimiento de responsabilidad.

Además, el hecho de que un familiar acuda también a terapia supone un apoyo para el enfermo, un acompañamiento en el proceso y una evolución paralela. Se trata de algo imprescindible para asegurar una adecuada intervención.

P: "Yo creo que los chavales que sus padres no acuden, sus madres y padres, pues hombre también saldrán de su vicio y tal, pero no es el mismo apoyo y en casa no hablarán tanto como nosotros; osea ...porque claro el padre no recibe esa enseñanza, ni la madre ni el padre.

- **Sentimientos**

Los sentimientos que aparecen en los padres a la hora de conocer el trastorno son principalmente de incertidumbre, pero una incertidumbre con unos tintes de culpabilidad y frustración, y de pensar que el motivo que ha llevado a su hijo/a a la adicción al juego ha sido algún aspecto relacionado con la educación que han recibido por su parte, desconociendo por completo la base del desarrollo de la enfermedad. P: "Me sentí hundido, desecho ...desecho porque es que claro no te lo esperas, parece que esas cosas solo les pasa a los demás...yo lo primero que pensé inmediatamente, que habremos hecho algo mal...que no hemos sabido criarlo, que lo hemos llevado por el mal camino, que lo hemos ...y te sientes frustrado, amargado...de todo. Se me cayó el mundo encima."

Por ello, es muy importante eliminar ese sentimiento de culpabilidad, para que puedan pasar a ser responsables y acompañar a su hijo/a durante el proceso de rehabilitación.

En otras situaciones, el hecho de no ser capaz de acompañar al hijo/a a tratamiento no se debe a un sentimiento de culpabilidad, sino a un sentimiento de rabia, de recriminación, de no entender por qué se ha dejado llevar por el juego, y de no entender la enfermedad. M: "¿La reacción mía? Pff..fue mucha rabia, yo...bueno, no lo podía perdonar. Sentí mucha mucha rabia contra él. Mucha, y mucho tiempo me duró. Yo creo que por aquél entonces porque le ayudó la novia...yo no hubiera sido capaz. Yo aun tarde unos meses en venir

aquí con él. [...] A mi es algo que me generó mucha rabia, mucho daño...aunque sabía que en el fondo había algo, nunca me había imaginado que llegara a tanto la situación."

A lo largo del proceso de rehabilitación y de tratamiento, un momento crítico de cara al surgimiento de nuevos sentimientos, es cuando se retiran las normas, puesto que en muchas ocasiones los padres, que son a veces quienes se encargan de llevarlas, sienten miedo y una gran inseguridad al ver que ya no van a tener ellos el control sobre la actividad adictiva de su hijo, sino que él ya va a volver a ser independiente económicamente, y por lo tanto, el riesgo de recaída se puede considerar que aumenta si la persona no ha llegado a realizar el trabajo que tenía que realizar durante los meses de terapia que lleva, o si no ha aprendido a valorar el dinero. P: "*Otra fase de las que van pasando que todos padres tenemos miedo es cuando ya las normas dejan de funcionar. En el momento en el que ya le han quitado las normas...y piensas de momento bien porque le hemos controlado y bien, pero ¿y ahora? porque quieras que no hay que llevar un control y más viviendo él solo.*"

Un aspecto muy importante con respecto a los sentimientos que aparecen, es el hecho de tener que informar a la gente del entorno más próximo de la enfermedad de su hijo, teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad vergonzante. De hecho, ese es otro sentimiento que puede surgir a la hora de conocer la enfermedad, la vergüenza. P: "*Hombre al principio si que me costó, pero digamos de cara los demás, como aquí hay dinero hay que comunicarlo todo, los familiares, amigos íntimos lo tienen que saber, porque sino a lo mejor les piden dinero. También al poco tiempo el dijo que no le importara que se supiera, que él es ludópata y es ludópata, no le importa que se sepa.*"

• Relación

Los ludópatas, por lo general no suelen ser personas muy comunicativas, es decir, se cierran en sí mismos debido probablemente al miedo a ser descubiertos y a su sentimiento de culpabilidad y de baja autoestima.

M: "Antes del tratamiento la comunicación que había era pues...muy superficial, pues de..¿qué tal todo?...pues bien, y ¿qué has hecho? Pues eh...nada. Esas eran sus palabras que más utilizaba. Es que no había ningún tipo de comunicación, él era muy cortante."

P: "no te paras a hablar con ellos porque en un principio parece que no hace falta y claro luego ves que sí que hace mucha falta."

Uno de los aspectos que señalan como positivo tras el tratamiento, es que se nota una mejora en la comunicación, que son más abiertos, debido probablemente a la eliminación del sentimiento de culpabilidad por parte del enfermo y, por otro lado, por la eliminación del sentimiento de culpabilidad, victimismo y rabia que se puede generar en el padre/madre a la hora de conocer la enfermedad del hijo/a. P: "*iAhora hablamos mucho más! Y aquí nos han ayudado mucho a él su terapeuta y a mi la mía. Es que hablar...parece que no hace falta, lo das por hecho que todo va bien y luego pues te das cuenta que no y que efectivamente la cosa va a peor, si si. Ya al poco tiempo de venir aquí, ya se notaba que era más comunicativo y tal y yo también claro.*" M: "*Ahora es cuando puedes hablar con él y puedes tener una conversación normal...haber es que antes no te daba la opción, es que era muy cerrado. Era nada comunicativo, y ahora pues bueno...creo que ahí he ganado algo, aunque haya costado mucho esfuerzo.*"

- **Motivos para acudir a tratamiento**

Debido a la falta de conciencia del problema, normalmente los ludópatas acuden a AZAJER por petición o por ultimátum de personas de su entorno; y este ultimátum se produce cuando se da alguna situación, normalmente algún problema económico derivado del juego, que sale a la luz, y que hace que la familia tome conciencia del problema y se ponga en contacto con la Asociación. M: "*Fue cuando se descubrió cuando a a partir de ahí empezamos a tomar cartas en el asunto un poco a fuerza, obligándolo, poniéndolo contra la espada y la pared, si él no lo dejaba, nosotros lo dejábamos a él. [...] Fue un poco que lo pillamos, porque ellos juegan mucho con la mentira.*"

- **Consecuencias a nivel**

Las consecuencias que se pueden apreciar desde el punto de vista de los padres puede ser, por ejemplo, una culpabilización de uno hacia otro, en la forma de educar, por ejemplo, queriendo así no implicarse demasiado en el proceso de tratamiento. M: "*Mi actual pareja ahora, no es del padre de X. Fue difícil, porque de alguna manera eh...no me lo decía, pero me lo hacía sentir, que el problema era mio, que era mi hijo. Haber, con palabras no me lo decía, pero no se implicaba, y eso duele. Claro..pff..."*

- **Tratamiento**

El tratamiento para padres constituye un elemento fundamental en el proceso de rehabilitación de una persona con ludopatía, ya que la presencia y la implicación de éstos en los grupos de apoyo, provoca que los ludópatas se sientan acompañados en su proceso de cambio, saben que tienen a alguien que les entiende, alguien a quien le están explicando como ayudarles, etc. P: "*Pensé que el hecho de que mi hijo viera que yo venía pensé, bah, le animará. Y la verdad que los padres sentimos poco a poco un alivio exagerado. Yo al principio no hablaba mucho, solo escuchaba a gente que llevaba más tiempo, que sabe más...y ya pues te vas animando, luego ves que el chaval también va hacia arriba."*"

Y ya no sólo es importante la terapia de padres de cara a los ludópatas, sino que también tiene efectos positivos en la personalidad de los padres, haciéndoles crecer como personas, haciéndoles entender la enfermedad, y consiguiendo que se establezca un nexo de unión más fuerte entre padres e hijos. P: "*Si me dicen al mes que esto iba a tener una consecuencia a la larga positiva, digo imposible, están locos y tal; y sí sí. Porque es verdad, es cierto que he descubierto a mi hijo que no lo había descubierto. Entonces lo descubres y él se ha hecho hombre, se ha hecho más persona vieniendo aquí.*"

La terapia para padres pues, no se centra tan solo en la persona con ludopatía, sino que trabaja con la figura paterna, le resta culpabilidad, y le coloca el papel de responsable, haciéndole ver que, en caso de que el ludópata

no pudiera rehabilitarse por completo, no debe sentirse culpable, ya que él ha realizado su tratamiento. P: " *El terapeuta intenta que no hablemos tanto de los hijos, sino de nosotros, que tenemos derecho y tenemos que hacer todo lo posible por ser felices, y los hijos pues hombre..., ahora están aquí para curarse y para enderezar su vida. Pero si al final deciden que no, pues oye ellos viven a su manera, pero viven...pero nosotros podemos acompañar, pero no sufrir y estar ...lo que pasa que es difícil, es difícil. Coincidimos todos los padres en que si que sales con la conciencia de que vas a intentar vivir tu vida lo mejor que puedes, atendiendo en lo que hagas a tu hijo y tal, pero intentando ser feliz claro.*"

Análisis entrevistas pareja:

E1	Esposa 1
E2	Esposa 2
N1	Novia 1
N2	Novia 2

• Motivos para jugar

A pesar de que la pareja desconozca el motivo que pueda llevar a jugar a la persona con ludopatía, si que es cierto que en la terapia se pueden establecer unas reglas generales que normalmente se cumplen y que constituyen unos motivadores para el desarrollo de la actividad del juego. N1: "*hablan de la suerte del principiante: <<estoy seguro de que tuviste una mano, que te salieron las tres cerezas, y 25€ >>y todos dicen <<ah pues si>>... y eso es lo que hace que luego te enganches. Es dinero fácil.*"

También pueden conocer que sentía su pareja cuando jugaba por lo que le hayan comentado una vez que, la comunicación en torno al tema del juego sea fluida, y puedan expresar cada uno lo que sienten al respecto. N1: "*Cuando jugaba el me decía que no pensaba en nada, en desaparecer, en centrarse en eso; en el momento en que se queda sin un duro y sale por la*

puerta piensa <<madre mía, soy un mierdas, soy lo peor, tengo que recuperar esto...>>

- **Comportamiento típico del ludópata**

Entre los comportamientos típicos de un ludópata que pueden dar lugar a conocer que hay un problema, no solo se encuentran las mentiras o las deudas económicas E1: "*Él era autónomo y podía decirme no he cobrado, no he recibido ese dinero...cuando a lo mejor lo había recibido pero lo había gastado. Ellos son muy mentirosos...te envuelven...*", sino que también otra serie de estrategias E2: "*mi marido cogía los recibos del buzón para que no me enterara.*"

Uno de los comportamientos que señalan las parejas como alarmante o que llama la atención a pesar de no querer profundizar en él por miedo a encontrarse con el problema, es el hecho de que N1: "*Veías en el extracto de las tarjetas 90-90-90 o 120 y 120, y tú decías ¿para qué necesitabas el dinero?,- para esto,- y ¿por qué no has sacado todo de golpe, en vez de 90-90-90? Son cosas que te van dando pistas. O alguna vez le pedía la cartilla y pues no la tengo, me la he dejado en el trabajo...en el coche...siempre eran excusas, excusas, excusas.*"

Uno de los comportamientos que provocan que sea más complicado el descubrirlo, es que la mayoría de los jugadores se esconden, es decir E2: "*De las que venimos, nadie a visto a su marido jugar, ini delante de su familia eh! nunca nadie lo ve jugar y ni se lo imaginan.*" N2: "*Normalmente los ludópatas se esconden.*"

- **Personalidad**

Como rasgos de personalidad que señalan las parejas son:

- La necesidad de afecto, reconocimiento...: N2: "*Él necesita que alguien le quiera, sentirse reconocido, yo soy el mejor...*"
- Necesidad de quedar bien con todos: N1 "*Les gusta mucho agradar a todo el mundo, aunque juegan ellos solos, ellos lo que quieren es*

agradar a los demás, no sentir rechazo.” N2: “Mi marido es el que siempre ha quedado bien.”

- Baja autoestima. N1: “*Él tenía traumas de infancia que no se atrevía a contarme. Es el mediano de sus hermanos, y ya se sabe que el mayor es el hiper-responsable, el mediano el de baja autoestima y el pequeño es el pasota. Esos patrones le han marcado mucho.*”
- No saben decir que no. E2: “*Mi marido era a todo que si [...] yo era la que controlaba, la que manejaba, la que mandaba, y él era...como se sentía culpable...a todo que si.*”
- **Desencadenante del problema**

No se puede hablar de una causa concreta debido a que es una enfermedad multicausal, en la que prevalece no sólo la personal adictiva que pueda tener el enfermo, sino también los sucesos que le han ocurrido en su vida, el ambiente que le ha rodeado, los problemas que no ha sido capaz de afrontar... N2: “*Mi marido empezó pues porque en su casa es lo que ha visto, y salió por ahí. [...] Y haber que si estaba saturado es tan fácil como decir, <<oye no puedo más con esta situación vamos a ...>>él se vio desbordado, es ludopata, pero en ese momento estaba agobiado, y en vez de pedir ayuda acudió al juego.*”

- **Antecedentes**

El hecho de que existan o no personas con algún tipo de adicción en la familia, puede constituir una de las causas para que se desarrolle una adicción, en este caso la ludopatía. E1: “*Tengo dos hijos enfermos también. [...] Siempre hay antecedentes. Si miras el conjunto de los enfermos siempre hay. A mi marido, sus padres iban al casino a jugar, su madre le mandaba a comprar loterías...*”

N1: “*Dicen que su abuelo tuvo problemas y que ya desde pequeño se fijaba mucho en el juego de cartas y tal...que tenía muy mal perder, pero no se si eso tiene algo que ver.*”

- **Relación familiar y de pareja**

Lógicamente, al descubrir el trastorno, y más en los casos en los que el sentimiento es de rabia, la relación de pareja se ve perjudicada de modo negativo hasta que la persona no accede a acudir a tratamiento. *"Durante los últimos 4 años fueron insopportables. No porque me faltaba al respeto, era yo la que se enfadaba, yo era ..verbalmente he dicho muchísimas burradas, pues porque yo sabía que había algo, pero si no preguntaba...o preguntaba, pero Me enfadaba, le decía muchas cosas pero él no me contestaba, porque sabía que yo salía de casa y él se iba a jugar."*

- **Familia**

La ludopatía, a pesar de ser visible tan sólo la actividad del juego, esconde tras de si muchos otros factores y elementos imprescindibles, de cara a una rehabilitación, a una caída, a una recaída, etc...Uno de esos elementos fundamentales y que deben de asumir parte de responsabilidad, es la familia E1: *"Yo estoy aquí porque también he hecho cosas mal, porque si me hubiera plantado desde hace muchísimo tiempo, pues alguna cosa hubiera hecho, y me hubiera tenido miedo y no hubiera estado siempre dependiente, porque he sido siempre dependiente de mi marido."*

E2: *"Tienen una enfermedad pero nosotras tenemos también nuestra parte de responsabilidad, primero porque lo aguantamos y luego porque hay cosas que hay que arreglar. a la vez que cambian ellos tienes que cambiar tú."*

- **Sentimientos hacia el trastorno**

Como sentimiento general que se observa en las parejas de las personas con ludopatía, es la sorpresa, el estado de shock...pero realmente no es tanta sorpresa, sino que sabían que había algún problema, pero sentían miedo de descubrir en qué consistía y qué era lo que les estaba ocurriendo a sus parejas. N1: *"Un shock muy grande, shock de que piensas que esto es una pesadilla que me despierten, pero por otro lado se te caen todas las vendas que tenías...algo sabía que había pero el miedo impide preguntar."*

Por ello, en cierto modo el hecho de descubrirlos, supone una liberación, a pesar de la rabia o del enfado que se pueda sentir en un primer momento; porque al conocer lo que ocurre, consiguen dilucidar las dudas que tenían sobre aquello que sabían que pasaba pero que no se atrevían a preguntar. N1: "Cuando me lo contó para él fue una liberación ya aquí os dejo la bomba. Para mi también fue una liberación, a la vez una pesadilla, pero te quitas la venda y te encajan muchas cosas y a la vez dijimos pues ahora que sabemos lo que es nos ponemos a trabajar sobre ello."

El sentimiento de rabia, suele venir acompañado de una recaída o de unas deudas económicas que puedan conllevar graves consecuencias. E2: "Cuando la persona viene con pufos económicos, con mucha deuda, la rabia es mayor."

N2: "Me sentí engañada, rabiosa, . Yo tenía mucha rabia, porque no entendía de su parte en el sentido de que joder...has estado cuidando, llevas las normas de tus padres, y te estás gastando nuestro dinero, porque normalmente un ludópata engancha dinero de todos los lados."

- **Tocar fondo**

Este fenómeno es el que en muchas ocasiones provoca que, o bien el enfermo comunique a su familia el problema que tiene, o que por una serie de circunstancias (normalmente motivos económicos) la familia se entere del problema que hay. Este tocar fondo, es el que suele hacer que la persona acuda a tratamiento, bien sea por decisión propia o por ultimátum. N1: "Las deudas que el tenía escondidas iban creciendo y entonces llegó la carta de embargo y salto la liebre."

- **Motivos para acudir a tratamiento**

Casi siempre, cuando la pareja descubre el problema, y debido a la falta de conciencia de la enfermedad del propio enfermo, el motivo para acudir a tratamiento es un ultimátum por parte de la pareja, amenazando al ludópata con ponerle las maletas en la puerta. E2: "Le dije que o iba a AZAJER o le

dejaba." N1: "*O terapia o aquí se acaba todo.*"

- **Tratamiento**

El hecho de que en el tratamiento se incluya terapia de pareja, supone un aspecto muy importante, ya que en muchas ocasiones son ellas las que llevan las normas y el control de la conducta de sus esposos o novios.

En estas terapias se pretende eliminar se sentimiento victimista con el que en muchas ocasiones acuden las mujeres de personas con ludopatía a la Asociación, mostrando una actitud sumisa y como las que han vivenciado todas las consecuencias negativas de la enfermedad. Por ello, es importante hacerles conscientes de su parte de responsabilidad y eliminar de ese modo, la culpabilidad que puedan depositar en el miembro de la pareja que padece la enfermedad.

Además, es importante que se produzca un cambio, no sólo en el ludópata, sino también en la pareja, ya que ésta debe de habituarse al nuevo papel que va a desarrollar su pareja, a que ahora va a ser una persona con una personalidad más desarrollada, que no va a tener ese sentimiento de culpa.

E2: "*Ahora él tiene criterio, tiene su autoestima, y la relación mejora en cuanto que nos llevamos muchísimo mejor. Él ha cambiado y yo he tenido que cambiar, no es solo un problema de ellos. A la vez que cambian ellos tienes que cambiar tu, porque sino cambias...a mi personalmente como persona me ha ido muy bien.*"

- **Recaída**

Las recaídas suelen darse por no haber trabajado bien y profundamente todos los aspectos de la persona que han dejado su huella y que de alguna manera repercuten en el hecho de que la persona necesite evadirse. N1: "Él había hecho una terapia muy buena pero no había profundizado en le tema de su hermano, había mejorado en muchísimas cosas, pero el tema de su hermano no lo había tocado."

En las recaídas, cabe señalar que no son tan sólo aquellas que conllevan un gasto de dinero, sino que pueden darse recaídas de actitud N1: "Primero hubo una recaída de actitud con un jueguecito del Facebook, [...] las recaídas de actitud son más peligrosas que las otras, pero no le dimos importancia, porque parece que sino hay dinero no es importante."

- **Conciencia y sensibilización social**

A pesar de que se realicen campañas, de que haya más concienciación con respecto a las adicciones, tanto con sustancia como sin sustancia...no se ve la ludopatía como una enfermedad, sino que continúa siendo vista en muchas ocasiones como un vicio; un vicio al cual tan sólo se enganchan una determinada serie de personas con unos rasgos en concreto de personalidad, de clase social, nivel de estudios, etc; obviando el hecho de que realmente se trata de una enfermedad que puede afectar a cualquier persona.

E2: "Para la gente al principio es como una vergüenza cuando lo dices, para la familia, los padres, y bueno es el disgusto ...todos llorando...<<no pensaba que tú>>...al principio lo ven...luego ya...su hermano mayor le dijo <<Javier yo pensaba que tu eres un tío inteligente y que la gente inteligente no cae en esto>>. El concepto que tenemos desde fuera es ese, <<si yo soy una persona inteligente, una persona normal, no voy a caer>>."

N1: "Se sigue pasando mucha vergüenza con esta enfermedad. [...]El que opinarán de mi, si me perjudicará en el trabajo...y es que son toda la vida ludópatas, igual que el que es alcohólico es toda la vida alcohólico. [...]Yo lo que hablo con mi pareja es que el día de mañana yo puedo tener una mala época y pensar que como estoy con un ludópata el día de mañana tengo riesgos, ...claro que hay riesgos, pero también es verdad que una persona completamente normal, la vida le da un revés y puedes caer perfectamente en una adicción, porque el hecho de que te venga un golpe tan duro y no afrontes las cosas y te refugies en el juego, le puede pasar a cualquiera, a cualquiera."

4.- CONCLUSIONES

Tras la realización de este estudio, lo primero que quiero señalar es el hecho de que es necesaria una mayor concienciación y sensibilización social sobre la ludopatía, debido a que se sigue teniendo esa visión de vicio, que provoca un gran estado de ansiedad y culpabilidad por parte de los enfermos, y a la vez una vergüenza por parte de sus familiares, que en muchas ocasiones, también culpabilizan al ludópata de su adicción.

Realmente no se puede establecer un perfil único de personas que padeczan ludopatía, aunque sí que parece que, tal y como dice la literatura y los estudios realizados previamente, hay diversos factores que influyen en que se desencadene el trastorno, como es el hecho de que existan antecedentes familiares o de que las relaciones y los estilos parentales no hayan sido del todo funcionales; lo cual supone un elemento más de vulnerabilidad de padecer este tipo de adicción.

Otro aspecto a señalar sobre el perfil del ludópata y unido también a la estigmatización de la enfermedad , es el escaso número de mujeres que acuden a terapia, debido probablemente a que la visión de vicio, al igual que ocurre con el alcoholismo, está por visto socialmente en una mujer que en un hombre, lo cual provoca que, aunque éstas sean conscientes de que padecen un problema, no quieran pedir ayuda por miedo al qué dirán.

En lo referido a la comorbilidad, si que es cierto que no se puede hablar de una patología dual, pero existe una cierta relación entre determinados trastornos psicológicos y psiquiátricos como pueda ser el TLP y el TDA; y se ve una clara comorbilidad con otro tipo de adicciones, principalmente el tabaco y el alcohol, seguido bastante de cerca de las drogas, principalmente la cocaína.

5.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Echeburúa, E., Becoña, E., Labrador, F.J., (2010) *El juego patológico: Avances en la clínica y en el tratamiento.*

Emond, M., Marmurek, H. (2009) Gambling related cognitions mediate the association between thinking style and problem gambling severity. Original Papers 26, 257-267.

Estévez, A., Calvete, E. (2007) Cognitive Schemata in people suffering from pathological gambling and their relationships with parenting. Clínica y Salud 18 (1) 23-43.

Fong, T., Campos, M., Brecht, M.L., Davis, A., Marco, A., Pecanha, V., Rosenthal, R. (2011) Problem and pathological gambling in a sample of casino patrons. Original Papers 27, 35-47.

Garrido, M., Jaén, Pd., Domínguez, A., (2004) Ludopatía y relaciones familiares (clínica y tratamiento). Paidós. Psicología psiquiatría y psicoterapia.

Goffard, J.P., (2008) Juego patológico: Una revisión bibliográfica de la ludopatía. Psicología.com 12 (2)

Harrigan, K., (2010) Government Sanctioned “tight” and “loose” slot machines: how having multiple versions of the same slot machine game may problem gambling. Original Papers 26, 159-174.

Kurdelbach, N., Walker, H.I., Chapman, H.A., Haro, G., Mateu, C., Leal.(2006) Comorbilidad de trastornos con pérdida del control de impulsos: ludopatía, adicciones y trastornos de la personalidad. Actas Españolas de

Psiquiatría, 34(2), 76-82

Mark Griffiths (2009) Problem gambling in Europe: An overview. Apex Communications (April 2009)

Memoria AZAJER, 2011

Nower, L., Blaszczynski, A., (2010) Gambling motivations, money-limiting strategies, and precommitment preferences of problem versus non-problem gamblers. Original Papers 26, 361-372.

Suurvali, H., Hodgins, D., Cunningham, J. (2010) Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. Review Paper 26, 1-33.

Tobón Álvarez, N.I., Cano Bedoya., V.H., Londoño Arredondo., N.H. (2010) Perfil cognitivo en personas con ludopatía: aproximación a la población no institucionalizada. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 29 (febrero-mayo), 1-24.

Vacca Rodríguez, R., (2005) Aspectos clínicos de la conducta adictiva al juego: una de las adicciones no convencionales. Salud y drogas 5 (1), 77-97.

Valdés Torres, R., (2004) Tratamiento grupal de la ludopatía. Una experiencia desde el Centro de Día ARTIC, Salud y drogas 4 (1) 99-105.

Versini, A., LeGauffre, C., Romo, L., Adés, J., Gorwood, P. (2011) Frequency og Gambling Problems among Parents of pathological, versus nonpathological, casino gamblers using slot machines. *The American Journal on Addictions* 21, 86-95.

ANEXOS

Anexo 1: HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPANTES DE LA ENTREVISTA

Estimado participante,

Desde la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, con el apoyo de la Asociación AZAJER se va a realizar el estudio "**Perfil de las personas con ludopatía de la Asociación AZAJER y las consecuencias que presenta para la persona tal adicción**".

Antes de confirmar su participación en el estudio es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea detenidamente este documento y pregunte todas las dudas que le puedan surgir.

Introducción: El objetivo de este estudio es realizar un balance acerca del perfil de las personas con ludopatía que acuden a la asociación AZAJER en busca de tratamiento para su adicción, así como las principales comorbilidades que presentan y las consecuencias que le ha acarreado tal adicción en su vida. También se pretende establecer una comparación de los motivos que pueden conllevar a desencadenar tal trastorno y las condiciones que ayudan a mantenerlo.

Proceso: Con dicho objetivo se realizarán una serie de cuestionarios de 28 preguntas con los que se intentará recoger los aspectos más destacados de acuerdo con el objetivo del estudio, de manera que pueda ser una nueva investigación con respecto a un trastorno como la ludopatía, pretendiendo, en la medida de lo posible, que esta deje de ser vista como un vicio, para darle la caracterización y valor que requiere como adicción.

Beneficios: Conocer que, a pesar de la creencia que aún pueda darse en la sociedad y los estigmas que puedan existir de culpabilización hacia la persona con adicción al juego, se entienda que no se trata de un "vicio", sino que es la base de un problema, la parte visible de que algo "no va bien", y con lo que

hay que trabajar, por lo que se necesita más conciencia acerca de la patología.

Participación: La participación para este estudio es voluntaria. Usted decide si participar o no. No tiene que contestar los cuestionarios si no desea hacerlo, e incluso si decidiera en un principio realizarlo y al ver las preguntas no las considera oportunas, no tiene la obligación de finalizarlo.

Confidencialidad: Sus respuestas y opiniones tendrán un carácter totalmente confidencial.

Preguntas/información:

Si tiene alguna pregunta, antes, durante o después de la entrevista puede comunicárselo al Director terapéutico de la Asociación, quien contactará personalmente con la persona que realiza el estudio, o le indicarán como contactar directamente.

Consentimiento: Si está de acuerdo en participar en el estudio firme en el espacio reservado para ello.

Yo,(nombres y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera y sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante:

.....

Fecha:

.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al participante.

Firma del Investigador:

.....

Fecha:

.....

Anexo 2: MODELOS DE ENTREVISTA

ENTREVISTA USUARIOS

1. ¿Cómo describiría el problema de juego que le ha provocado la necesidad de buscar ayuda?
2. ¿Ha tenido algún intento de dejar el juego por sí sólo?
3. ¿Cuáles considera que eran las razones por las que jugaba?
4. ¿Acudía a algún otro tipo de tratamiento? ¿Cómo contactó con la Asociación?
5. ¿Contactó por iniciativa propia o animado por algún familiar o persona de su entorno?
6. ¿En qué momentos es en los que considera que está a punto de tener una caída?
7. Cómo ha repercutido el juego en:
 - Su salud física y psicológica.
 - Pareja.
 - Familia
 - Trabajo / Estudios
 - Relaciones sociales
 - Actividades de ocio
 - Economía.
8. ¿Hasta qué punto considera que su problema con el juego afectó a personas de su entorno?
9. ¿Cuándo comenzó a jugar? ¿Lo hizo en compañía de alguien? ¿Algún familiar?
10. En su familia, ¿conoce si hay algún antecedente con problemas con el juego?
11. ¿Ha padecido usted algún otro tipo de adicción?
12. Describa cómo eran las relaciones con sus padres.
13. ¿Su relación de pareja considera que iba bien antes de comenzar con el

problema del juego?

14. A nivel personal, ¿qué le está aportando el tratamiento, aparte de la abstinencia y ruptura con el juego?

ENTREVISTA A PROFESIONALES

1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con personas con ludopatía?
2. Tras haber pasado usted por el trastorno, y trabajar con personas con ludopatía, ¿cuáles considera que son las principales consecuencias y en qué ámbitos?
3. ¿Quién suele tomar la iniciativa de acudir a tratamiento? ¿La propia persona afectada, alguna persona del entorno en particular, derivado de su médico de at. Primaria u otro especialista?
4. ¿Con qué demanda acuden? ¿Acuden con conciencia de que tienen un problema?
5. ¿Con qué edad suele venir la gente a la Asociación?
6. ¿Se está produciendo realmente un descenso en la edad de comienzo del juego?
7. En cuanto a la variable sexo, ¿cuántas mujeres acuden en búsqueda de ayuda? ¿Se observa mayor estigmatización hacia ellas?
8. En lo referente al abandono del tratamiento, ¿por qué motivos se suele producir?
9. En su memoria del año 2011, podemos leer que un ludópata no nace, sino que se hace en función de las circunstancias y de ciertas vulnerabilidades personales. ¿Cuáles suelen ser esos factores desencadenantes que hacen a la persona “uir” a través de la adicción al juego?
10. ¿Cuál es la principal comorbilidad que se da junto con el JP? Tanto a nivel de sustancias como de trastornos de la personalidad.
11. Considera que la ludopatía sigue sin valorarse como un trastorno y

sigue existiendo la visión de considerarla un vicio?

12. ¿Qué proporción de personas que terminan el tratamiento vuelven por haber tenido una recaída?

13. ¿Qué tipo de terapias son las que se desarrollan? Me podría explicar brevemente las diferentes actividades que desarrollan:

- Información.
- Orientación.
- Grupos de terapia.
- Tratamiento individualizado.
- Tratamiento de pareja a demanda.
- Capacitación en HHSS.
- Resolución de conflictos.
- Colaboración con otros especialistas e instituciones.
- Sensibilización mediante seminarios, asambleas, ruedas de prensa...

14. ¿Considera que hay poca sensibilización con respecto al JP, si lo comparamos con otras adicciones? ¿A qué cree que se debe?

ENTREVISTA PAREJA

1. ¿Hace cuánto considera que su pareja tiene un problema con el juego?
¿Cómo se dio cuenta? ¿Cómo se sintió?
2. ¿Cómo ha afectado la adicción en la pareja?
3. ¿Cómo era su relación previamente a la adicción?
4. ¿Ha tenido usted también adicción al juego?
5. ¿Compartía con él sus tiempos de juego? ¿Cómo se sentía?
6. ¿Ha considerado en algún momento que su pareja era celosa?
7. ¿Se ha sentido en algún momento sobre pasado por la situación de adicción?

ENTREVISTA A PADRES

1. ¿Hace cuánto considera que su hijo/a tiene un problema con el juego?
¿Cómo se dio cuenta? ¿Cómo se sintieron?
2. ¿Ha tenido algún otro tipo de adicción anteriormente?
3. ¿Existe en la familia algún antecedente de adicciones a juego, trastornos de la alimentación, y otras adicciones?
4. ¿Cuál considera que ha sido el factor desencadenante para que se desarrolle la adicción al juego?
5. ¿Acude usted también a terapia?
6. ¿Cómo definiría su relación previa con su hijo/a?
7. ¿Le costó aceptar el problema de su hijo? ¿Lo veía en un principio como un vicio?
8. ¿Cómo definiría usted las repercusiones que la patología de su hijo/a ha tenido para su familia?
9. Considera que, gracias al tratamiento, además de estar dejando la actividad adictiva ¿está “creciendo como persona”?
10. ¿Reciben apoyo por parte de otros profesionales, como puedan ser los profesores?

Anexo 3: CUESTIONARIO

1. Sexo:

Hombre

Mujer

2. Edad: ____

3. Edad de comienzo de juego: ____

4. Años jugando: ____

5. Estado civil

- ‘ Soltero
- ‘ Con pareja estable
- ‘ Casado
- ‘ Viudo
- ‘ Divorciado/separado

6. Nivel de estudios

- ‘ Básico. Primaria. EGB
- ‘ Secundarios
- ‘ Bachillerato
- ‘ Universitarios
- ‘ Formación profesional, grado medio
- ‘ Formación profesional, grado superior

7. Situación laboral

- ‘ En activo
- ‘ Desempleado
- ‘ Jubilado por edad.
- ‘ Jubilado por invalidez

8. Antecedentes familiares de ludopatía o algún otro tipo de adicción:

Sí

No

9. Considera que sus principales motivos de juego han sido:

- Aburrimiento
- Ganas de diversión y entretenimiento.
- Huida de problemas/Estrés.
- Ganar o recuperar dinero.
- Problemas con la pareja.
- Búsqueda de sensaciones.
- Relacionarse con los amigos.

10. Su primer contacto con el juego fue:

- Sólo
- Con la compañía de algún familiar.
- Con la compañía de amigos.

11. Lugar donde solía desarrollar la actividad del juego

- Bares y restaurantes
- Casinos
- Bingos
- Casas de apuestas
- Otro: _____

12. Tipo de juego que desarrollaba con mayor frecuencia:

- Máquinas tragaperras
- Bingo
- Ruleta
- Juegos de cartas
- Lotería, primitiva, ONCE.
- Apuestas de deporte, caballos....

13. Frecuencia de juego (máxima frecuencia alcanzada)

- ` menos de 3 veces por semana.
- ` mínimo 3 veces por semana.
- ` mínimo 5 días a la semana.
- ` todos los días

14. Máxima cantidad de dinero apostada en un día

- ` de 5 a 10 €
- ` de 10 a 30€
- ` de 30 a 50€
- ` de 50 a 100€
- ` de 100 a 150€
- ` de 150 a 200€
- ` más de 200€

15. La cantidad de dinero apostada, ¿ha ido aumentado en función de las jugadas o de los días?

Sí

No

16. Presenta algún otro tipo de trastorno psicológico

Sí

No

En caso afirmativo, indicar de qué tipo:

- ` Trastorno por uso de sustancias
- ` Trastorno antisocial de la personalidad.
- ` Trastorno límite de la personalidad.
- ` Trastorno narcisista de la personalidad.
- ` Esquizofrenia
- ` Depresión
- ` Trastorno obsesivo-compulsivo
- ` Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad.
- ` Trastorno histriónico de la personalidad.

Otros: _____

17. Consumo de sustancias

Sí

No

En caso afirmativo, indicar de qué tipo:

Alcohol

Tabaco

Otras: _____

18. Considera que su relación con sus figuras paternas fue:

Padre: Buena Regular Mala

Madre: Buena Regular Mala

19. Considera que el estilo educacional de sus padres fue:

Permisivo

Le permitía una alta expresión emocional.

Inhibición emocional.

Sintió abandono.

Sintió necesidad de aprobación.

Otro: _____

20. ¿Ha tenido usted problemas de pareja debido al juego?

Sí

No

21. ¿Ha tenido problemas de deudas debido a los gastos del juego?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿ha intentado recuperar esas pérdidas jugando?

Sí

No

22. Problemas legales (robo, fraude...) debido al juego.

Sí

No

23. ¿Ha dejado de realizar alguna actividad (trabajo, reuniones, acudir a clase...) por el juego?

Sí

No

24. ¿Tenía la impresión de que iba a ganar según que actuaciones realizara o en qué máquina jugara?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿qué era lo que le provocaba la idea de que iba a ganar o qué rituales tenía?

- El jugar en la misma máquina durante un periodo prolongado de tiempo.
- El hecho de haber ganado en la partida anterior.
- El llevar un ritual o vestimenta determinada.
- El contar con una u otra compañía en el momento del juego.
- Consideraba que era capaz de prever el resultado que iba a obtener.
- Jugaba a las mismas horas.
- Tenía una máquina de referencia o número en caso de bingo.
- Hablaba con la máquina.

25. Ha tenido intentos de dejar el juego por sí sólo:

Sí

No

En caso afirmativo, indicar motivo de recaída y búsqueda de tratamiento:

26. Los motivos de acudir a tratamiento fueron:

- Empeoramiento de las relaciones familiares.
- Obligación por parte de alguna persona de su entorno.
- Conciencia del problema.
- Deudas contraídas.
- Por otro tipo de adicción.

27. No acudió a tratamiento previamente porque...:

- ` No lo consideraba un problema.
- ` Consideraba que era una forma de ganar dinero de manera rápida.
- ` Sentía que tenía control sobre él.
- ` Sentía vergüenza, culpabilidad...
- ` Simplemente lo veía como un hobby y no le daba mayor importancia.
- ` Le hacía sentirse bien y aliviado en momentos de angustia y estrés.

28. ¿Ha solicitado auto-prohibición de entrada en lugares de juego?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿ ha sido por voluntad propia? _____