



ROL DE LA ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN,
DETECCIÓN PRECOZ Y TRATAMIENTO DEL JUEGO
PATOLÓGICO.

ROLE OF NURSING IN THE PREVENTION, EARLY
DETECTION AND TREATMENT OF PATHOLOGICAL
GAMBLING.

TRABAJO DE FIN DE GRADO-GRADO EN ENFERMERÍA – MAYO 2022
FACULTAD DE ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD DE CANTABRIA



AUTORA: PAULA SIERRA BRÍGIDO.

DIRECTORA: CRISTINA ORTIZ FERNÁNDEZ.



Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
Justificación del tema	4
Objetivos.....	4
Metodología	5
Descripción de los capítulos.....	5
CAPÍTULO 1: JUEGO PATOLÓGICO.	5
1.1. Concepto de juego patológico y evolución.....	5
1.2 La prevalencia del juego patológico.	7
1.3. Factores de riesgo de desarrollo de la patología.	8
1.3.1 Factores de riesgo individuales.....	8
1.3.2 Factores de riesgo externos.	10
1.4 Las consecuencias del juego patológico.	10
CAPÍTULO 2: LA PREVENCIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO.	12
2.1. Marco legal.	12
2.2. Estrategias de prevención del juego patológico.....	14
2.2.1. Estrategias de prevención de tipo educacionales.	14
2.2.2. Otras intervenciones.	16
CAPÍTULO 3: DETECCIÓN PRECOZ DEL JUEGO PATOLÓGICO.	18
CAPÍTULO 4: EL TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO.....	20
4.1. Valoración.....	20
4.2. Tratamientos farmacológicos.	20
4.3. Tratamientos no farmacológicos.	21
4.4. Terapias de autoayuda: Jugadores Anónimos:	23
4.5. La prevención de recaídas.....	23
4.4. Otras funciones de la enfermería.	25
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFÍA.....	27
Anexos.....	33

RESUMEN

El juego patológico fue reconocido como una entidad patológica en 1980 cuando se introdujo por primera vez en el DSM III como un trastorno de control de impulsos. Sin embargo, no sería hasta 2013 cuando se incluiría en la categoría de trastornos adictivos no relacionados con sustancias, lo que modificaría su enfoque terapéutico.

Actualmente, tiene una prevalencia global aproximada de entre el 0,7-6,5% dependiendo del país, una prevalencia que ha aumentado en los últimos años.

Mencionar también que esta alteración de la conducta tiene importantes consecuencias en la salud, a nivel familiar, en el desempeño personal y económico, lo que deja de mostrar la importancia de su adecuada comprensión. Está influenciada por numerosos factores tanto individuales como externos que deben ser reconocidos por los profesionales de la salud para su adecuada detección, prevención y tratamiento. En este aspecto, la enfermería cuenta con la capacidad, conocimientos y habilidades suficientes para poder llevar a cabo estrategias adecuadas de detección, así como de prevención, especialmente a nivel educativo e incluso para el abordaje de una parte importante de su tratamiento.

Palabras clave: juego patológico, prevención, tratamiento, enfermería.

ABSTRACT

Pathological gambling was recognized as a pathological entity in 1980 when it was first introduced into DSM III as an impulse control disorder. However, it would not be until 2013 when it would be included in the category of addictive disorders not related to substances, which would modify its therapeutic approach.

Currently, it has an approximate global prevalence of between 0.7-6.5% depending on the country, a prevalence that has increased in recent years.

Mention also that this alteration of behavior has important consequences on health, at the family level, on personal and economic performance, which ceases to show the importance of its adequate understanding. It is influenced by numerous factors both individually and externally that must be recognized by health professionals for its adequate detection, prevention, and treatment. In this aspect, nursing has sufficient capacity, knowledge, and skills to be able to carry out adequate detection strategies, as well as prevention, especially at the educational level and even for the approach of an important part of its treatment.

Key words: pathological gambling, prevention, treatment, and nursing.

INTRODUCCIÓN

El juego es algo inherente a la vida de los seres humanos, desde niños permite fomentar el desarrollo, la comprensión y la relación con el entorno. Sin embargo, cuando se introducen las apuestas, el juego puede comenzar a adquirir un potencial peligrosamente adictivo. Se habla de “jugador patológico” cuando se produce una conducta problemática, persistente y recurrente que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo, ya que el individuo no controla sus impulsos. La mayoría de los autores diferencian este concepto con el de “jugador problemático”, aquel que se ve afectado por las consecuencias de una conducta excesiva de juego, sin llegar a ser diagnosticado como enfermedad (1).

Cabe mencionar que los juegos con apuestas ya se llevaban a cabo antes, incluso, de la existencia de la moneda, dado que fue cuestión de tiempo que una vez descubiertas las fuerzas del azar se llevaran a cabo las primeras apuestas. No obstante, las civilizaciones griegas y romanas ya se percataron del potencial dañino de este tipo de actividades considerándolo algo perjudicial para el individuo y la sociedad. Posteriormente existen otros ejemplos en la historia que relatan las restricciones desarrolladas en torno al juego, como puede ser el código de Hammurabi perteneciente al Imperio babilónico, considerada una de las primeras leyes de regulación del juego (2).

La concepción social sobre los juegos de apuestas cambiaría en mayor medida a lo largo del siglo XIX, cuando los casinos dejan de ser ámbitos privados y comienzan a utilizarse como lugares de reunión. Ya en el siglo XX, con la Revolución Informática se generan importantes modificaciones en el perfil de jugador, provocando un inicio más precoz en los juegos con apuestas y mayores dificultades para su control y prevención. A día de hoy, las consecuencias de esta situación aún perduran, e incluso se han agravado conforme el desarrollo de las nuevas tecnologías (2).

Es por ello, que desde el ámbito sanitario se ha de la existencia de esta patología, así como de su impacto y consecuencias en la vida de los individuos que la sufren. Los profesionales sanitarios han de ser capaces de detectar, prevenir y tratar adecuadamente este tipo de patologías, evitando así consecuencias futuras.

Justificación del tema

A raíz de los últimos años he podido apreciar como aumentaba el número de locales de apuestas en mi barrio, así como su respectiva clientela, en una gran parte jóvenes. Esto me llevó a preguntarme si se habría producido un cambio en el perfil del jugador patológico en los últimos años, favorecido además por el desarrollo de las nuevas tecnologías. Tras informarme de las múltiples consecuencias de este tipo de patología, pude darme cuenta de la importancia de la prevención, detección precoz y tratamiento para evitar un agravamiento de la actual situación y, por tanto, del valor y las cualidades que podrían aportar la enfermería en este proceso.

Objetivos

Esta revisión tiene como objetivo principal analizar la importancia de la prevención, detección y tratamiento del juego patológico desde la enfermería. Los objetivos específicos que se persiguen son:

1. Identificar los factores de riesgo de desarrollo del juego patológico.
2. Definir los principales instrumentos de detección del juego patológico.
3. Describir los tipos de prevención más efectivos que existen actualmente.
4. Explicar el rol de la enfermería en la detección, prevención y tratamiento del juego patológico.

5. Describir los tratamientos aplicados para este tipo de patología.

Metodología

Para la realización del presente trabajo y la consecución de los objetivos propuestos se realizó una revisión bibliográfica sobre los diferentes aspectos del juego patológico.

Para obtener la información necesaria se utilizaron las siguientes bases de datos: Scopus, Web of Science, Scielo, Dialnet, Pubmed y Google Académico.

La búsqueda se realizó en español y en inglés, utilizando las siguientes palabras clave en forma de terminología DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings):

- Jugador patológico/pathological gambling.
- Prevención & control /prevention & control.
- Tratamiento/ treatment.
- Enfermería/ nursing.

Los operadores booleanos utilizados para llevar a cabo las búsquedas bibliográficas fueron AND, OR y NOT.

Los criterios para incluir los artículos en esta revisión bibliográfica se basaron en que estuvieran publicados en los últimos diez años (se han hecho excepciones, incluyéndose artículos que no podían ser rechazados dada su relevancia), que tuvieran acceso libre al artículo completo y que contendrían información relacionada con los objetivos a dar respuesta.

Finalmente mencionar que las referencias bibliográficas se han citado en estilo Vancouver.

Descripción de los capítulos.

Capítulo 1: Expone los principales aspectos del juego patológico, tales como: su concepto y evolución a lo largo del tiempo, su prevalencia, factores de riesgo y las consecuencias de la patología.

Capítulo 2: Define los tipos de prevención más utilizados en cuanto al abordaje de los comportamientos de tipo adictivos, así como las estrategias de prevención más empleadas, incluyendo aquellas más interesantes a nivel de enfermería, todo ello enmarcado primeramente en el contexto legal propio.

Capítulo 3: Se describen los principales instrumentos de detección del juego patológico.

Capítulo 4: Desarrolla los aspectos relevantes de la valoración inicial antes del tratamiento, las diferentes opciones de tratamiento tanto farmacológicos como no farmacológicos, las técnicas de prevención de recaídas y el papel de enfermería en este aspecto.

CAPÍTULO 1: JUEGO PATOLÓGICO.

1.1. Concepto de juego patológico y evolución.

La naturaleza dañina del uso abusivo de los juegos de apuestas comenzó a estudiarse en el siglo XX, principalmente por un grupo de psicoanalistas (3). Fue en 1970 cuando el psiquiatra inglés E. Morán introdujo por primera vez el concepto de “juego patológico” en su artículo “*Gambling as a form of dependence*”. Este hecho permitió fomentar la divulgación científica hacia el planteamiento del uso abusivo de los juegos de apuestas como una enfermedad (2,4).

Sería en el año 1980 cuando la Asociación Americana de Psiquiatría introduciría por primera vez en la historia el “juego patológico” en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su tercera edición (DSM III). En esta edición, la patología sería incluida en la categoría de “Trastornos del control de impulsos no clasificables en otros apartados”

definiéndola como “fracaso progresivo y mantenido en el tiempo a resistir los impulsos de apostar, comprometiendo, interrumpiendo o dañando actividades de índole personal, familiar o vocacional” (5,6).

En el año 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) introduciría por primera vez el juego patológico en la Clasificación Internacional de Enfermedades de su décima edición (CIE-10). De esta forma, se introduciría el concepto de juego patológico en el Capítulo V (Trastornos Mentales y del Comportamiento) en la Categoría F63.0 que hace referencia a los trastornos de los hábitos y del control de impulsos, junto con trastornos del control de impulsos como la cleptomanía. En esta clasificación se definiría el concepto de juego patológico como “presencia de episodios de juego frecuentes y reiterados que dominan la vida del enfermo en perjuicio de sus valores y obligaciones sociales, laborales y familiares del mismo” (7).

Uno de los avances más cruciales en el diagnóstico de esta patología sería la publicación del DSM-V en el año 2013 donde se pasa a incluir el juego patológico dentro del apartado de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, bajo la categoría de trastornos no relacionados con sustancias, siendo por tanto el primer trastorno de tipo comportamental clasificado en esta categoría. Posiblemente, lo más relevante de este aspecto sea la justificación que ofreció la Asociación Americana de Psiquiatría al respecto, argumentando que la conducta que se relaciona con el juego patológico genera una activación del sistema de recompensa a nivel cerebral y una sintomatología similar a la que provocan las drogas. Esto supondría un importante cambio a nivel global en lo que respecta al diagnóstico, tratamiento y planes de prevención elaborados respecto a esta patología (8).

En esta edición se definiría el juego patológico como: “actividad problemática, persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo”. Para ser diagnosticado como jugador patológico, se considera que el individuo ha de cumplir 4 o más de los criterios descritos a continuación durante un periodo de tiempo de mínimo 12 meses, de tal forma que sus comportamientos con el juego no se encuentren contextualizados en un episodio maniaco (8).

1. Necesidad de realizar apuestas cada vez de mayor suma económica para lograr la excitación deseada.
2. La reducción o abandono del juego genera nerviosismo e irritabilidad en el individuo.
3. Ha realizado intentos anteriores para reducir o abandonar el juego sin éxito.
4. Con frecuencia piensa en los juegos de apuestas.
5. En numerosos casos juega cuando se encuentra en una situación de malestar.
6. Tras perder dinero en las apuestas, tiende a volver otro día para intentar recuperarlo.
7. Miente sobre su actividad relacionada con el juego.
8. Ha arriesgado una relación, un empleo o una carrera tanto a nivel profesional como académico a causa del juego.
9. Pide dinero a los demás para aliviar sus deudas.

Dentro de esta edición, además, se especifica la clasificación en concreto de la patología según la cantidad de tiempo que mantiene la conducta: si esta es por tanto episódica o persistente, si se encuentra en remisión inicial o final y la gravedad de esta; siendo leve si únicamente cumple de 4-7 criterios, moderada si cumple de 7-8 o grave si cumple entre 8-9 de los mismos (8).

Finalmente, en el año 2019 se presentó la undécima edición de la clasificación internacional de enfermedades en la Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra que entraría en vigor en enero de este año (2022). En esta nueva clasificación uno de los aspectos más importantes sería la

categorización de esta patología como trastorno debido a comportamientos adictivos, siguiendo por tanto la misma línea que el DSM-V (9).

1.2 La prevalencia del juego patológico.

Los estudios de prevalencia de juego problemático o patológico a nivel mundial son escasos. Además, el hecho de utilizar diferentes cuestionarios o escalas de detección de la patología supone variaciones en los resultados obtenidos que dificultan la comparación de resultados. No obstante, de forma general se puede considerar, en base a los estudios sistemáticos más recientes de la prevalencia de juego patológico y problemático a nivel mundial, que esta se encuentra entre un 0,7%-6,5%. En este caso, la prevalencia más baja correspondería al porcentaje de jugadores problemáticos en el país europeo de Dinamarca, mientras que la más alta se relaciona con Estonia como tasa combinada de jugadores patológicos y problemáticos (10).

Si procedemos a la categorización de los porcentajes de prevalencia de juego patológico y problemático a nivel continental, basándonos en los últimos estudios: en América del Norte el porcentaje de juego problemático se encontraría entre 2% (Canadá) y un 5% (Estados Unidos), en América del Sur en torno al 2,3% (tasa combinada) correspondiente a Brasil, en Asia varía en tasas combinadas desde un 0,7% en Singapur hasta un 4,8% en Hong Kong, en Oceanía el porcentaje de juego problemático se encuentra entre un 0,4% en Australia hasta un 0,7 en Nueva Zelanda, finalmente, en cuanto a los porcentajes de jugadores problemáticos en África, en concreto Sudáfrica, corresponden a un 4,8%. A nivel europeo es donde existen mayor número de estudios, siendo, como ya se ha mencionado anteriormente, Dinamarca el país con menor porcentaje de jugadores problemáticos y Estonia el mayor (10).

En lo que respecta a la prevalencia de juego patológico en adolescentes, en el año anterior al estudio se encontraba entre un 0,2% hasta el 5,6%, siendo España el país con el porcentaje más alto. Las prevalencias más bajas se encontraron en Australia y Noruega (11).

Basándonos en los datos de España, el Informe de Adicciones Comportamentales del año 2020 en el que se utilizaron como criterios diagnósticos aquellos que figuran en el DSM-V (incluidos en este estudio por primera vez en el año 2017) muestra, según la encuesta EDADES (Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en España) la presencia de un 2,7% de personas con juego problemático y 1% de personas con juego patológico. Generalizando estos datos a la población española de entre 15-64 años, el 1,6% desarrollarán juego problemático y el 0,6% juego patológico. Se demuestra además en este estudio, que el riesgo de desarrollar juego patológico es mayor entre las personas que juegan online respecto a presencial (12).

En cuanto a la población juvenil en España (14-18 años) encuestada en este mismo estudio por medio de la encuesta ESTUDES (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España) y aplicando la escala Lie/Bet, un 19,8% de los jóvenes que han realizado juegos con apuestas podrían ser candidatos a desarrollar juego problemático. Extendiendo estos datos a la población española ente la población de 14-18 años, un 4,7% de los adolescentes podrían tener una conducta de juego problemática. Las probabilidades de sufrir problemas de juego son mayores entre aquellos que juegan online que respecto a los que lo hacen presencial (12).

Por tanto, en base al informe de adicciones comportamentales del año 2018/2019 ha decrecido ligeramente la cifra de personas de la población general susceptibles a desarrollar juego problemático o patológico. Mientras que, en el caso de la población joven el porcentaje se ha mantenido estable (13).

A nivel autonómico, en la comunidad de Cantabria, los datos son escasos. En base al único estudio encontrado respecto la adicción al juego en estudiantes de educación secundaria de Cantabria, pone de manifiesto que hasta un 7,5% de los jugadores encuestados son jugadores de riesgo. Así mismo, un 0,9% presentan características propias de los jugadores patológicos en

base al cuestionario NODDS; aplicado en una amplia población de entre 14-19 años, correspondientes a diferentes centros de estudios de educación obligatoria repartidos por Cantabria (14).

1.3. Factores de riesgo de desarrollo de la patología.

El juego patológico se trata de una entidad patológica compleja con un origen multifactorial que depende tanto de factores individuales como familiares y socioculturales. De este modo, ningún factor de riesgo de forma independiente y aislada se considera capaz de producir dicha patología, sino que su desarrollo depende de la interacción de varios de los mismos. A continuación, se procederá a explicar los principales factores de riesgo considerados de mayor trascendencia en el desarrollo de dicha patología, clasificándolos en factores de tipo individuales y externos. Así, se pretende lograr una mayor comprensión de la profundidad de la patología, de los factores modificables y no modificables que influyen en la misma y, por tanto, permite llevar a cabo unas estrategias de detección más efectivas y precisas (2).

1.3.1 Factores de riesgo individuales.

Factores biológicos.

De forma más frecuente, se considera que los orígenes a nivel biológico están relacionados con alteraciones en los sistemas neurológicos de recompensa cerebrales. Por un lado, existen estudios que consideran la existencia de alteraciones a nivel del ventrículo estriado mesolímbico y la corteza prefrontal ventromedial, relacionado en mayor medida con las funciones de ejecución e inhibición. Asimismo, en las personas que sufren este diagnóstico, las vías de recompensa se encontrarían hipofuncionantes, provocando en el individuo la necesidad de un mayor nivel de excitación a nivel cerebral. En la misma línea, otros estudios han demostrado una disminución de la materia gris cerebral a nivel del córtex prefrontal y de materia blanca en el cuerpo caloso, sistema límbico y fascículo fronto-occipital, unos resultados que muestran semejanzas con los encontrados en personas con diagnósticos de trastornos de sustancias (2,3,15).

En cuanto a los neurotransmisores implicados parece destacar, en primer lugar, una elevación mayor de los niveles de noradrenalina de forma constante en estos pacientes respecto a los grupos control, que parecen generar un nivel constante de excitación. Esto genera un nivel de tolerancia que los jugadores han de superar por medio de mayor estimulación, acudiendo por tanto a la práctica del juego o al consumo de tóxicos. En segundo lugar, se han hallado niveles disminuidos de serotonina, relacionado con el control de impulsos. Otro de los neurotransmisores implicados es el glutamato, relacionado con los comportamientos de tipo impulsivos, también aumentado en estos pacientes. Por último, mencionar alteraciones en los niveles de dopamina vinculada también a los sistemas de recompensa cerebral (15).

En el aspecto biológico, también se ha de mencionar el sistema opioide relacionado con la impulsividad y el placer, dadas sus implicaciones en los ensayos farmacológicos llevados a cabo para el tratamiento de la patología que se desarrollaran próximamente en el trabajo. Así mismo mencionar la relevancia del papel del estrés en este trastorno dado que se han encontrado niveles de cortisol más elevados en este tipo de población (15).

En cuanto a la contribución de la genética en la patología su implicación oscila entre un 40%-60% dependiendo de los estudios consultados, de esta manera, se produce una alteración genética que se relaciona a su vez con otras comorbilidades como el abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas (2). Esta alteración se basa principalmente en mutaciones en los genes relacionados con la producción de dopamina, en concreto se produce un polimorfismo en el gen receptor de la dopamina 2 (DRD2) (15).

Factores psicológicos.

Sin duda, los factores psicológicos también juegan un importante papel en este trastorno.

Uno de los elementos más importantes en este aspecto son los sesgos cognitivos, una parte fundamental del desarrollo del trastorno del juego y especialmente utilizado por los sistemas de marketing de este tipo de empresas. Destaca fundamentalmente el sesgo de "control", por el cual la persona jugadora considera que es capaz de modificar los resultados del azar en función de sus habilidades personales, y el sesgo relacionado con las probabilidades reales de ganar, de tal forma que todos los juegos de azar están minuciosamente estudiados para asegurar que la empresa siempre se beneficie del dinero (2).

Así mismo, los sistemas de afrontamiento ineficaces de las situaciones estresantes también se relacionan con las conductas abusivas del juego, el hecho de utilizar el juego como una forma de escape de la ansiedad, de las preocupaciones, de conseguir dinero para compensar otras situaciones, son las ideas más repetidas (2).

Otro aspecto influyente son las características de la personalidad. En general las personas impulsivas, que se aburren con facilidad, que huyen de la monotonía, egoístas, con dificultades para trabajar en equipo y un locus de control externo bastante prominente tienen mayores probabilidades no solo de desarrollar un patrón de juego adictivo sino de que éste cronifique y se dificulte su tratamiento (2).

Estrechamente relacionado con los factores psicológicos se encuentra la comorbilidad psiquiátrica, sin duda, uno de los factores de mayor relevancia en el desarrollo y las complicaciones de la patología y uno de los principales a considerar dentro del marco de detección y prevención precoz.

Se ha demostrado en diversos estudios que las personas con patología de salud mental tales como esquizofrenia, psicosis depresiva, bipolaridad, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, trastornos del espectro afectivo y diversos trastornos de la personalidad son 4 veces más propensos a desarrollar un trastorno de juego patológico que la población general. Además, es importante tener en cuenta que las consecuencias psicológicas, sociales, económicas y legales derivadas de este trastorno pueden tener efectos graves en la evolución y adherencia al tratamiento de su diagnóstico principal. Es por ello por lo que se señala la importancia de realizar un adecuado cribado de este tipo de patología en la población psiquiátrica de riesgo (16).

En particular, en lo referente a los trastornos de la personalidad, aquellos más frecuentemente asociados con el juego patológico son los trastornos de personalidad de tipo dependiente, obsesivo-compulsivo, antisocial y narcisista. En relación al trastorno de personalidad de tipo dependiente, éstos parecen desarrollar en mayor medida ansiedad debido al afrontamiento de nuevas responsabilidades económicas, legales y sociales, esta situación de ansiedad genera un malestar psicológico que parece desencadenar un estado de hipomanía. No obstante, este es el patrón de personalidad que parece tener mejor pronóstico en el tratamiento del juego patológico. En cuanto, al trastorno de personalidad de tipo obsesivo-compulsivo, el afrontamiento de la situación parece desencadenar quejas de tipo somáticas. En las personas con trastorno de tipo antisocial, destaca la relación que desarrollan de abuso de alcohol y drogas derivado del juego, además de la presencia de ideas delirantes que parecen asociarse principalmente con el abuso de sustancias. Por último, el trastorno de personalidad narcisista, donde destacan no solo las quejas de tipo somáticas sino también los estados de hipomanía y el consumo de drogas, todo ello con el objetivo de no desarrollar una alteración de su autoconcepto como consecuencias del afrontamiento de estas nuevas situaciones (17).

Otro de los problemas más preocupantes y frecuentemente derivados del juego patológico son los trastornos de abuso de alcohol y sustancias. Es importante tener en cuenta la dualidad

de estos comportamientos ya que no solo funcionan como factores de riesgo de la enfermedad, sino que también pueden actuar como desencadenantes de la misma. Esta vigilancia en el consumo de sustancias no solo se ha de dar en el juego problemático o patológico sino también en el social, ya que pueden derivar rápidamente en un trastorno del juego. Se ha demostrado que estos patrones de consumo generan un grave empeoramiento del trastorno del juego, cronificando su curso y dificultando su tratamiento. A nivel estadístico, cerca de la mitad de los jugadores desarrollan problemas con el uso del alcohol y cerca de un tercio con el abuso de sustancias (15,18).

1.3.2 Factores de riesgo externos.

Factores de riesgo sociopolíticos.

En cuanto a los factores de riesgo de tipo político destaca en primer lugar, el factor de accesibilidad a los juegos de apuestas. Se considera que cuanto más accesibles son los locales y los sistemas de juego online, más probabilidades hay de que las conductas problemáticas se lleven a cabo. La aprobación del juego en España en el año 2011 y la laxitud de las restricciones al respecto provocaron un desproporcionado aumento del número de locales de apuestas en las diferentes localidades del país, así como una mayor variedad de oferta que, a su vez, aumentan las probabilidades de problemas con el juego entre la población (2).

En esa misma línea, las estrategias de marketing de las empresas de apuestas provocan una importante presión hacia el consumo, escogiendo los medios y momentos más adecuados en función del tipo de juego que promocionen y a la población a la que se dirijan. De hecho, la publicidad relacionada con las apuestas deportivas aumenta durante los principales eventos deportivos y en las aplicaciones de juegos del móvil, aumentando su visualización por parte de la población joven. Además de eso, las empresas elaboran estudiadas tácticas no solo para atraer nuevos clientes, sino para recuperar a los antiguos o hacer que éstos aumenten la cantidad de sus apuestas. De forma general, podríamos establecer que los principios del marketing de las empresas de juegos de apuestas se basan en cinco bases que serían: el poder de lo positivo, el sentido de la urgencia, la psicología de los colores, el objetivo de que los jugadores regresen y los “regalos” (2).

Factores de riesgo de tipo familiar.

La familia es el principal sistema de apoyo del individuo, son las primeras personas de las que el menor aprende a través del aprendizaje vicario a relacionarse, actuar y afrontar los diferentes estresores. Es por ello por lo que su papel resulta fundamental en el desarrollo de un proceso de juego patológico. Estos factores de riesgo se pueden explicar por medio del modelo circunflejo de sistemas familiares y maritales; de tal forma que el desarrollo de una posible conducta patológica dependería de la alteración básica de dos elementos: la cohesión familiar, como referencia de la fortaleza de los lazos familiares establecidos; y por otro lado la flexibilidad, en cuanto al establecimiento de los roles en la familia, reglas y procesos de comunicación. En base a esto, no es extraño que las situaciones familiares disfuncionales, con problemas de comunicación, conductas parentales negligentes, bajo apego o carencia afectiva y débil unión familiar, se sumen como factores de riesgo a la patología. A nivel disciplinario también se pueden desarrollar problemas cuando ésta se practica de forma muy rígida o, por el contrario, excesivamente permisiva. Así mismo, se ha visto que la visualización de conductas de abuso de juego por parte no solo de los padres, sino también del entorno próximo al menor, también supondrá un factor de riesgo a tener en cuenta (18,20).

1.4 Las consecuencias del juego patológico.

Las consecuencias de una patología como el juego patológico abarcan múltiples esferas del individuo y el entorno que lo rodea. De este modo, se puede ver perjudicada, además de la propia salud mental, la salud física, la vida académica, laboral, familiar y económica de la

persona y, por tanto, ocasionar un malestar que el individuo trata de suplir nuevamente con el juego, generando un peligroso círculo vicioso.

Consecuencias en la salud mental:

En lo que respecta a la salud mental, ésta se ve afectada más allá del propio diagnóstico en sí, puesto que se genera una situación constante de ansiedad, estrés, irritabilidad y desesperación, todo ello fruto de los continuos engaños que se ven obligados a llevar a cabo en su entorno próximo y el aislamiento al que ellos mismos se someten para evitar las confrontaciones. Además, que los locales donde se desarrollan este tipo de actividades se relacionan con un mayor acceso a drogas, lo que genera un empeoramiento de la situación clínica del individuo. Como consecuencia, en muchas ocasiones se plantean el intento autolítico como única vía de escape a su sufrimiento. En diversos estudios se ha demostrado que las tasas de ideación e intento autolítico son más elevados en la población de jugadores que respecto a la población general (21,22).

En un estudio de cohortes sueco en el que se llevó a cabo el seguimiento de 2.099 personas, de las cuales más de la mitad de esta población tenía el diagnóstico principal de jugador patológico (en el resto era un diagnóstico secundario), se produjeron 21 muertes debidas a suicidio, siendo la primera causa de muerte durante este estudio. De este modo se demostró que las personas diagnosticadas con esta patología en un rango de edad entre 20-74 años tienen 15.1 veces más posibilidades de morir por intento autolítico que la población general (21).

Consecuencias en la salud física:

Igualmente, la salud física también se ve seriamente dañada. Se ha relacionado el diagnóstico de jugador patológico con un empeoramiento general de la salud física y las condiciones de salud, incluyendo patologías tales como: la obesidad, aterosclerosis y los problemas del corazón (17). En el caso de los jugadores online, estas no son menores ya que también sufren de problemas de tipo neuro-musculares, a nivel odontológico o desarrollo de fatiga (16). Se ha demostrado del mismo modo, que la tasa de mortalidad entre este tipo de población es 1,8 veces mayor que en la población general (21).

Consecuencias familiares y sociales:

Así mismo, las familias comienzan a deteriorarse como consecuencia de diversos motivos. En primer lugar, el jugador comienza a incumplir de manera cada vez más evidente sus obligaciones familiares, hasta que las abandona por completo. Además, las continuas mentiras que el jugador elabora para poder seguir manteniendo su conducta, provocan una importante pérdida de confianza por parte de los familiares. Las dinámicas familiares disfuncionales generan desagradables sentimientos entre los allegados, que pueden pasar desde la apatía hasta el odio hacia el individuo. Cabe mencionar que una de las situaciones más relevantes en este aspecto es la confesión del problema por parte de la persona jugadora a la familia que, a pesar de suponer para él o ella una importante liberación, provocará un aumento de la carga emocional que deben asumir los familiares. Es importante señalar que los familiares se pueden ver obligados a sufrir las continuas consecuencias de las deudas adquiridas por el individuo, lo que puede suponer la pérdida prácticamente por completo del poder económico; obligándoles en muchas ocasiones a pedir ayuda para subsanar los gastos más básicos de subsistencia (23).

En lo que refiere a la pareja, es sin duda una de las partes que más daños sufre como resultado de la patología. Se considera que en general, las parejas atraviesan tres etapas básicas cuando lidian con este tipo de conflictos: la negación, el estrés continuo y el agotamiento (23).

Además, a lo largo de este proceso, los problemas de comunicación provocarán importantes sentimientos de fracaso y culpabilización por parte de la pareja. De hecho, son varios los estudios que han demostrado las consecuencias físicas y psicológicas que éstas sufren, como la

depresión, pérdida del apetito, trastornos relacionados con el patrón del sueño, abuso de drogas (especialmente de alcohol) e incluso intentos autolíticos (22,23).

Por último, en lo que respecta a la esfera social, el jugador tiende a aislarse lo máximo posible con el fin de evitar las situaciones incómodas con aquellas personas a las que debe dinero, generando importantes daños en sus relaciones sociales (24).

Consecuencias laborales, económicas, académicas y judiciales.

En cuanto a las consecuencias económicas, laborales y académicas del jugador, es evidente que se caracterizan por el absentismo. Debido a la ahogada situación económica que enfrentan por la que no son capaces de suplir las necesidades más básicas se ven obligados continuamente a pedir dinero prestado o pluriemplearse. De este modo, no tardan en dejar de acudir a sus empleos, solicitar continuas bajas o en caso de acudir, presentar una importante disminución de la productividad, al igual que ocurre en el ámbito académico. Como consecuencia, muchos de ellos acaban perdiendo el trabajo, sufriendo una degradación del puesto en el que se encontraban o en el caso del ámbito académico, siendo expulsados o repitiendo curso. Uno de los elementos en los que más coinciden los exjugadores en los estudios cualitativos es al concepto de coste-beneficio, dado que, una vez comienzan a recuperarse, son conscientes de todas las oportunidades que han perdido a consecuencia del juego (22,23).

Además, en base a las deudas económicas presentadas, los procesos judiciales ocurren de forma frecuente entre ellos. Pueden verse acusados por diversos motivos relacionados con la búsqueda ilegal de fuentes económicas desde robo, hurto, falsificaciones, etc. (24).

CAPÍTULO 2: LA PREVENCIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO.

2.1. Marco legal.

Las leyes de regulación del juego de apuestas tanto a nivel presencial como online son fundamentales para determinar el nivel de accesibilidad, uno de los aspectos más importantes en lo que respecta al desarrollo de la patología como ya se ha desarrollado en los apartados anteriores. Por tanto, a continuación, se expondrán las principales leyes de regulación de este tipo de actividades, a nivel europeo, estatal y en la comunidad de Cantabria.

En lo referente a la regulación del juego por parte de la Unión Europea, no existe ninguna normativa específica, por lo que depende de los Estados miembros de la Unión Europea. No obstante, a nivel de regulación del mercado, este tipo de servicios continúan adscribiéndose a lo establecido en los tratados de la Comisión Europea de prestación de servicios y la Tercera Directiva Contra el Blanqueo de Capitales (25). Por tanto, el número de licencias que se conceden a las empresas privadas que prestan los servicios de juegos de apuestas dependen de los estados miembros de la Unión Europea y su marco de regulación. De este modo, algunos países determinan el establecimiento de un límite en el número de licencias concedidos o la duración de los mismos (temporales o permanentes). Así mismo la validez de las licencias concedidas en un estado miembro en otro país dependen del nuevo país en el que quieran desarrollarse (2).

En lo que refiere a la regulación del juego en España, ésta ha evolucionado a lo largo del tiempo. El cambio más significativo en lo que respecta al juego patológico se produciría en el año 2011 mediante la aprobación de los juegos de azar y las apuestas deportivas por medio de la ley 13/2011 del 13 de mayo, cuyos principales objetivos se basan en evitar el fraude fiscal y asegurar la protección de los menores y las personas adictas (artículo 1). En lo que respecta al tema que nos ampara, destaca el artículo 8 respecto a la protección de los consumidores y políticas de juego responsable, donde se incluye la asistencia a grupos de riesgo, la educación poblacional hacia la práctica del juego responsable y la prohibición de acceso a los menores de edad y a las personas localizadas en el Registro General de Interdicciones de Acceso al juego (un

autorregistro por parte de jugadores que se consideren a sí mismos en riesgo por el que se prohíbe la entrada en los locales) (27).

También en 2011 se crearía uno de los organismos más importantes en la regulación de los juegos de azar: la Dirección General de Ordenación del Juego, considerándose como un órgano del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas cuyas principales funciones consisten en la supervisión, vigilancia y aplicación de las sanciones necesarias en las actividades relacionadas con los juegos online a nivel estatal. A pesar de la existencia de este órgano, las Comunidades Autónomas continúan siendo responsables de la regulación y supervisión tanto del juego online como presencial, así como de la oferta de ayudas que fomenten la seguridad en el desarrollo de este tipo de actividades. Así mismo, se crearía también el Consejo de Políticas de Juego con el fin de favorecer una adecuada coordinación entre las comunidades autónomas y el Estado en lo referente a la regulación de la publicidad relacionada con el juego, las consecuencias jurídicas del incumplimiento de las leyes relacionadas con el desarrollado de los juegos de azar y su control fiscal (2,28).

En lo referente a la prevención del desarrollo de conductas adictivas relacionadas con el juego destaca también el Real Decreto 958/2020 del 3 de noviembre de comunicaciones comerciales relacionadas con el juego. El objetivo del mismo consiste en desarrollar y aclarar las condiciones a las que han de atenerse las empresas privadas en cuanto al desarrollo publicitario y, especialmente, aquellas relacionadas con el fomento del juego responsable (artículo 1). Dentro del mismo, destaca el artículo 8 que hace referencia al principio de veracidad. Mencionar también el artículo 9, referente al principio de responsabilidad social, en cuyo segundo apartado se prohíbe en los anuncios publicitarios, menoscabar a las personas que no llevan a cabo prácticas relacionadas con el juego de apuestas, transmitir mensajes que infravaloren el esfuerzo del trabajo para conseguir medios económicos o aceptación respecto al juego o la mejora de la imagen social mediante la práctica del mismo, dejar a la familia o amistades en segundo plano respecto a los juegos de azar, entre otros. Seguidamente en lo referente al artículo 10 respecto al principio de juego seguro, destacar que se ha de prohibir toda aquella comunicación comercial que pueda inducir a error sobre las posibilidades reales de ganar una apuesta o la influencia de las habilidades del jugador en el azar de las mismas, así como que se dirijan directamente a personas auto prohibidas. En este artículo se indica también la obligación de incluir en los mensajes publicitarios de forma explícita los riesgos derivados del abuso del juego. Finalmente, en lo alusivo a este decreto remarcar el artículo 11, respecto al principio de protección de menores de edad, del cual se enfatiza las penalizaciones relacionadas con la creación de un contenido dirigido de forma directa o indirecta a menores de edad, la utilización de la voz o características propias de los jóvenes, o su transmisión por medios especialmente creados para menores de edad o en lugares públicos como cines, entre otros (28,29).

En cuanto a la regulación autonómica del juego en la Comunidad de Cantabria destacar tres momentos legislativos de principal relevancia. En primer lugar, la Ley Orgánica 8/1981 del 30 de diciembre en su artículo 24.25 por el que se reconocen las instituciones y competencias de Cantabria como comunidad en base en lo establecido en la Constitución, creándose por tanto el primer Estatuto de Autonomía de Cantabria (30,32). Posteriormente, la transferencia de competencias del Estado relacionadas con la regulación del juego a la comunidad de Cantabria por medio del Real Decreto 1387/1996 del 7 de junio (30,31). Por último, la elaboración de la primera ley específica para el juego de Cantabria, la ley 15/2006 del 24 de octubre donde se regulan las condiciones de desarrollo de las actividades de juegos de apuestas de forma coherente respecto lo establecido a nivel estatal, incluyendo por tanto la regulación de la publicidad (artículo 6) y la prohibición de menores y grupos de riesgo, entre muchas otras (artículo 28) (33).

2.2. Estrategias de prevención del juego patológico.

En lo que refiere a la prevención del juego patológico es importante considerar que, a pesar de existir diferentes formas de clasificación de los tipos de prevención al respecto, una de las más utilizadas es la elaborada por Gordon en 1987, que considera que existen tres tipos de prevención: universal, selectiva e indicada.

- **Prevención universal:** es aquella que se dirige de forma general a toda la población.
- **Prevención selectiva:** es aquella en la que se valoran los factores de riesgo de desarrollo de adicciones que presentan algunos individuos en particular, con los que se trabaja para evitar una futura adicción.
- **Prevención indicada:** es la que se orienta ya directamente a personas que han desarrollado la adicción, en este caso juego patológico o bien presentan conductas de riesgo, juego problemático (34).

Una vez conocido esto, se procederá a desarrollar las estrategias de prevención que han demostrado ser más efectivas por los distintos estudios para la prevención del juego patológico, desarrollando de forma más amplia las estrategias de tipo educacionales, dado que son las podrían implicar mayor intervención por parte de la enfermería. No obstante mencionar que, aunque existan determinadas estrategias que han demostrado ser más efectivas que otras, no existe ninguna que no consiga absolutamente ningún resultado, del mismo modo que no existe ninguna estrategia que pueda tener gran efecto de forma individual.

2.2.1. Estrategias de prevención de tipo educacionales.

Las campañas de concienciación e información son una de las formas de prevención universal más recurridas. Se llevan a cabo de forma habitual a nivel gubernamental o incluso por las propias empresas de juego. Se consideran de una efectividad entre moderada-alta, siempre que la población a la que se dirige se encuentre escuchando y atendiendo de forma activa (39)

En general, este tipo de campañas transmiten información sobre los riesgos del juego patológico, signos y síntomas de alarma del juego patológico, información estadística o formas de "juego responsable" (39).

Para lograr aumentar la efectividad de este tipo de intervenciones es importante considerar varios aspectos al respecto. En primer lugar, es fundamental que este tipo de campañas se lleven a cabo en los medios de comunicación masivos, asegurando así el alcance de todo tipo de población, incluyendo los jóvenes. Así mismo, es interesante valorar que, para lograr un cambio de conducta real en la población, la información de estas campañas debería apoyarse en un marco teórico que lo apoye como es el Modelo de Creencias de la Salud. De este modo, la información transmitida debe cumplir una serie de características: ha de ser interesante y relevante para la población, se debe demostrar que las consecuencias de no cambiar una conducta de juego de riesgo son graves, que los beneficios del cambio de conducta son mayores que los perjuicios, que la conducta a llevar a cabo es accesible y transmitir a la persona las señales de acción necesarias (39).

Teniendo en cuenta que éste último modelo es estudiado y empleado de forma habitual por la enfermería comunitaria, podría resultar de interés incluir profesionales enfermeros en la elaboración de este tipo de campañas a nivel gubernamental, ya que permitirían ofrecer una visión más realista de aquello que se encuentran de forma habitual en consulta.

En este aspecto, a un nivel más local resultaría interesante también el fomento por parte de la enfermería de la elaboración de campañas de concienciación por medio de las Asociaciones Vecinales.

Siguiendo esta línea, las intervenciones de tipo educacionales posiblemente sea uno de los marcos donde más implicación puede tener la enfermería dado que la educación para la salud es una de sus principales y más relevantes funciones. Este tipo de intervenciones suelen basarse en modificar las creencias, valores, actitudes, habilidades que puedan tener una importante influencia en el desarrollo del juego patológico y en el progreso de la enfermedad. Aunque este tipo de intervenciones se han estudiado principalmente en jóvenes, también existe cierta evidencia respecto su influencia en adultos (36).

Una de las principales intervenciones llevadas a cabo en adultos se basa en la implementación de conocimientos sobre los riesgos del juego patológico de forma general, corrigiendo falsas creencias al respecto, sin embargo, aunque este tipo de intervenciones resultan efectivas en cuanto a la corrección sobre sus creencias y actitudes en el juego, no suponen importantes cambios a nivel conductual. (35,36)

Por otro lado, las denominadas “intervenciones de retroalimentación personalizadas”, en las que de forma individual se anima al sujeto a que exponga sus falsas creencias respecto al juego, de tal forma que con la ayuda del profesional sanitario sea capaz de evaluar la diferencia entre sus percepciones individuales respecto al juego y la realidad del mismo, se han demostrado efectivas y con un bajo coste. No obstante, se ha de valorar adecuadamente al tipo de paciente al que se exponen, ya que en paciente con escasa conducta de juego podrían generar un efecto contrario (36).

Por otro lado, las denominadas “intervenciones de retroalimentación personalizadas” animan al paciente a exponer sus falsas creencias respecto al juego. De manera que, con la ayuda del profesional sanitario, el individuo pueda llegar a comparar esas creencias con la realidad. Estas han demostrado ser efectivas, sin embargo, dependiendo del paciente podría correrse el riesgo de un efecto contrario. (36).

Existen un tipo de intervenciones educacionales mucho más específicas respecto al juego patológico, donde no solo se informe sobre sus consecuencias negativas y se corrijan las distorsiones cognitivas que presentan, sino también se instruya sobre habilidades de afrontamiento adecuadas. Este tipo de intervenciones requieren de una estrecha relación terapéutica tal como la que pueden ofrecer los profesionales de enfermería desde la enfermería comunitaria (36).

Otras intervenciones educacionales que resultan sencillas y de las que la población general puede beneficiarse enormemente son las intervenciones dirigidas a instruir a la población a reconocer comportamientos de juego de riesgo (jugar durante demasiado tiempo, abandonar otras actividades de ocio para dedicarse al juego, incrementar de forma progresiva el dinero invertido etc.) (35,36).

Dado que según la bibliografía consultada los jóvenes son una de las poblaciones más vulnerables a sufrir las consecuencias de los juegos con apuestas sería interesante desarrollar programas específicos dirigidos a esta población.

Hasta el momento se han desarrollado varias iniciativas de programas de prevención de juego patológico en el ámbito escolar. Ejemplo de ello, es el programa Ludens, un programa desarrollado con adolescentes de entre 14-19 años, pertenecientes a 42 institutos de 19 comunidades autónomas de España distintas. Los principales objetivos del programa fueron informar sobre los intereses económicos que existen detrás del juego, sensibilizar sobre las técnicas de marketing empleadas por las grandes empresas y cambiar actitudes de los jóvenes respecto al juego. Los resultados del estudio fueron satisfactorios, se consiguieron reducciones estadísticamente significativas en la frecuencia de juego con apuestas, disminuyendo también el número de jóvenes clasificados antes del programa como jugadores de riesgo y jugadores patológicos según los criterios del DSM-V (37).

Otro ejemplo de ello es un taller grupal llevado a cabo para la prevención del juego patológico entre 59 jóvenes de un centro deportivo de alto rendimiento en España con un rango de edad de entre 17-24 años. El taller se basaba en proporcionar información sobre los diferentes tipos de juegos de azar. Posteriormente, sobre el juego patológico (inicio de la conducta, señales de alarma, patrón de la enfermedad) ejemplificándolo con personas conocidas que sufrieron importantes pérdidas a causa del juego. Continuaban informando sobre las distorsiones cognitivas típicas de los jugadores patológicos y sobre determinadas pautas de juego responsable (limitar el dinero y tiempo invertido, ser consciente de que se puede perder, etc). La última sesión del taller se basa en instruir a los jóvenes sobre la influencia de las emociones en la conducta y estrategias de regulación de las mismas. Este taller demostró ser efectivo en el conocimiento sobre los juegos de azar, las falsas creencias al respecto y la aplicación de técnicas de "juego responsable" (38).

De este modo, desde la figura de la enfermera escolar o comunitaria se podría fomentar el desarrollo de este tipo de talleres a nivel educativo dado los importantes beneficios que parecen reportar.

Mencionar, además, que los programas de prevención dirigidos a jóvenes en los que se incluye la familia parecen ser realmente efectivos con otras conductas adictivas como el alcohol o drogas, por lo que sería interesante estudiarlo en el ámbito del juego patológico. De nuevo, la enfermera podría intervenir en este aspecto gracias al seguimiento que realiza en las consultas del niño sano, donde éstos acuden acompañados de sus padres, o del mismo modo mediante talleres escolares en los que se incluya la presencia de los padres (39).

2.2.2. Otras intervenciones.

Restricciones en la disponibilidad de acceso a los juegos con apuestas.

Además de las estrategias educacionales ya mencionadas, existen numerosas estrategias de prevención que se pueden aplicar a nivel político. Como se expuso anteriormente, uno de los factores de mayor importancia en el desarrollo del juego patológico, así como en cualquier adicción, es la accesibilidad, por tanto, no es de extrañar que su limitación sea una de las estrategias más ampliamente utilizadas y efectivas.

En concreto las intervenciones de este tipo que parecen haber demostrado mayor efectividad son para empezar, la reducción del número de locales de juego. Ya se ha demostrado que existe una relación entre la disponibilidad de los juegos de apuestas y la prevalencia del juego patológico. Desafortunadamente, en España actualmente no existe una ley que limite el número de locales de apuestas permitidos (36,37,39).

Mencionar también la restricción de los juegos de apuestas considerados de mayor potencial adictivo, como son las tragaperras. No obstante, hay que tener en cuenta que en general los jugadores problemáticos o patológicos, al igual que ocurre en algunas adicciones, no presentan predilección por un único producto o forma de juego, sino que tienden a presentar diversas conductas de juego (36,39).

Por último, la restricción de la localización de los locales de apuestas. Se considera que la localización de los locales de apuestas en zonas fundamentalmente turísticas supone un factor de protección para la población local. Esto se debe fundamentalmente a dos aspectos, por una parte, los centros turísticos suelen encontrarse más alejados de barrios humildes, de clase trabajadora, con mayor riesgo de desarrollar una adicción por el juego y un endeudamiento mucho más grave que personas con mayor nivel socioeconómico. Por otra parte, se considera que de este modo las conductas de juego quedarían restringidas fundamentalmente a los turistas, sin afectar a la población local, pero sin renunciar a los beneficios económicos (37,38,39).

Restricciones respecto a quien accede.

Existen también intervenciones relacionadas con la limitación del acceso a determinadas personas de riesgo, como son los jóvenes o personas que presentan problemas de conducta con el juego. En este aspecto, citar primeramente una de las medidas más conocidas como es la prohibición del juego por apuestas a los jóvenes. La edad límite para permitir el acceso a juegos de apuestas varía entre 15-21, dependiendo del país al que hagamos referencia, no obstante, la edad límite más común son los 18 años, como es el caso de España (39).

En relación a la intervención anterior se encuentra también el aumento de edad legal para el desarrollo de juegos con apuestas. Además, existen otras medidas, tales como la restricción de la entrada a no residentes o a personas con bajo nivel socioeconómica que también se han planteado, aunque aún falta mayor estudio al respecto (39).

Mencionar también, una de las medidas de las más interesantes en este aspecto, como son los procesos de autoexclusión de los casinos, presentándose con una efectividad demostrado como moderada-baja. Este tipo de medida, está implementada como una forma de prevención secundaria o terciaria para personas que ya presentan alteraciones de la conducta del juego. No obstante, para que su efectividad sea la mencionada han de cumplirse una serie de requisitos. En primer lugar, las restricciones han de ser irrevocables, de lo contrario carece de sentido su aplicación. En segundo lugar, se han de presentar las restricciones durante amplios periodos de tiempo, superiores a dos años. Seguidamente, ha de ser aplicable a todos los servicios de juego de apuestas, incluyendo los servicios online, lo que apenas se aplica. Además, los posibles intentos de entrada en los locales de juego han de ser detectados. Para finalizar, los intentos de reentrada tras la autoexclusión han de presentar determinadas consecuencias tales como multas (36,37,39)

De este modo, los profesionales sanitarios, entre ellos la enfermería debe conocer la existencia de elementos de los que puede beneficiarse el paciente como son el procedimiento de autoexclusión, informando a su vez de las características que ha de mantener este proceso para que resulte realmente efectivo.

Restricciones relacionadas con la forma de presentación de los juegos con apuestas.

Las restricciones relacionadas con la forma de presentación de los juegos de apuestas incluyen aspectos como: la modificación de los parámetros de las máquinas de apuestas electrónicas (velocidad del juego, número de máquinas, luces y sonidos, la ausencia de relojes en las pantallas, etc.) (efectividad moderada), los preacuerdos por parte del jugador donde se establecen límites de tiempo, número de jugadas y máximo de dinero a apostar (efectividad moderada), la formación a los empleados de las casas de apuestas para la detección de los comportamientos de juego problemáticos o patológicos (efectividad moderada-baja), la restricción al acceso de tabaco o alcohol durante el juego (efectividad moderada), limitaciones de la publicidad o las intervenciones dirigidas ya sea recomendadas por los trabajadores de casas de apuestas o detectadas y recomendadas por los servicios de apuestas online (efectividad moderada), entre muchas otras. Añadir que, aunque la mayoría de estas medidas parecen conformadas como una forma de prevención primaria, algunas de ellas se dirigen de forma más específica a personas que ya presentan problemas de conducta; como son los preacuerdos o las intervenciones recomendadas por los empleados de casas de apuestas o por los propios servicios de apuestas online (39).

En definitiva, existen numerosas estrategias de prevención de juego patológico, ya sea a nivel primario, secundario o terciario. No obstante, muchas de estas intervenciones aún requieren de un mayor estudio de su efectividad para lo que sería necesario acordar un instrumento de detección común de juego patológico o problemático como ya se mencionó en el capítulo anterior, ya que esto permitiría la comparación adecuada entre estudios.

CAPÍTULO 3: DETECCIÓN PRECOZ DEL JUEGO PATOLÓGICO.

Conforme ha evolucionado la definición y los criterios diagnósticos de la patología se han desarrollado diversos instrumentos de detección que pretenden detectar de forma efectiva no solo la existencia de jugadores patológicos sino también la de aquellos problemáticos, dado el mayor riesgo que éstos tienen de convertirse en jugadores patológicos. Una adecuada detección favorecerá orientar las prácticas de los profesionales hacia la prevención, el seguimiento o el tratamiento en función de los resultados obtenidos. A continuación, se procederá a explicar brevemente los instrumentos de detección de juego patológico o problemático más comúnmente utilizados.

Primeramente, mencionar el **PGSI (Problema Gambling Severy Index)** (*Anexo 1*), en español el “Índice de Gravedad de Juego Patológico” - se trata de uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional para detectar a nivel cuantitativo la gravedad de las conductas relacionadas con el juego. En un principio, se elaboró con el fin de ser utilizado en la población general donde parece ser efectivo, sin embargo, últimamente se ha extendido en el ámbito clínico donde parece existir mayor problemática para poder distinguir con este instrumento entre jugador problemático o patológico. Está compuesto por 9 ítems, por las que se pregunta a los jugadores por la frecuencia de sus conductas en los últimos doce meses. De tal forma que, en base a los resultados obtenidos, se pueden clasificar los jugadores en: no problemáticos (0 puntos), jugador problemático de bajo riesgo (1-2 puntos), jugador problemático de riesgo medio (3-7 puntos) o finalmente jugador patológico (a partir de 9 puntos) (40).

En segundo lugar, el **cuestionario SOGS (South Oaks Gambling Screen)** (*Anexo 2*), se trata de un cuestionario elaborado para detectar la presencia de jugadores patológicos en la población general. Fue creado en el hospital de South Oaks, en Nueva York en 1987, basándose en los criterios del DSM III y DSM III-R, aunque no sería hasta el año 1990 que Echeburúa y Baéz crearían la versión española del mismo. El cuestionario original está compuesto de 20 preguntas, en su mayoría dicotómicas. De este modo, una puntuación entre 1-4 se clasifica como ciertos problemas con el juego, y una superior a 5, como jugador patológico. Su versión española, en cambio, cuenta con 13 preguntas, aunque los resultados del mismo se basan en la puntuación anterior. Actualmente, se han encontrado mayores dificultades metodológicas para el uso de este cuestionario en la población más joven dado que parecen no entender ciertas preguntas, sobrevalorando el número de falsos positivos (41).

Seguidamente, hacer referencia al **Cuestionario Lie/bet** (*Anexo 3*) elaborado en el año 1997 en base a los criterios del DSM V. Se trata de un cuestionario muy sencillo en cuanto a administración y valoración de la respuesta ya que únicamente consta de dos preguntas: “¿Alguna vez has mentido a personas importantes para ti sobre cuánto juegas?” y “¿Has sentido alguna vez la necesidad de apostar más y más dinero?”. Si la respuesta del sujeto es afirmativa a cualquiera de las dos preguntas, se considera que existe un riesgo de desarrollo de problemas con el juego y que necesita mayor seguimiento. Este cuestionario se ha utilizado especialmente entre población joven, muestra de ello son los estudios de la encuesta ESTUDES 2021, así como en la encuesta europea ESPAD (Encuesta europea sobre alcohol y otras drogas) y otros estudios de prevalencia de juego patológico en jóvenes (42).

Otro de los cuestionarios más repetidos entre los estudios de juego problemático y patológico es la **Escala de las veinte preguntas de jugadores anónimos o GA-20** (*Anexo 4*) cuyo principal objetivo es la identificación de un patrón de juego de tipo compulsivo que puede derivar en un problema de juego patológico. Como el propio nombre indica, es un cuestionario basado en veinte preguntas de tipo dicotómicas. De este modo, 7 o más respuestas afirmativas consideran al sujeto cuestionado como un jugador impulsivo. A pesar de que existen pocos estudios psicométricos sobre el cuestionario, parece que los indicadores presentados hasta el momento

son adecuados y que es capaz de discernir satisfactoriamente entre jugadores sociales y compulsivos (41).

También existen cuestionarios como el **EIGHT (The Early intervention Gambling Health Test)** (*Anexo 5*), en español “Test de salud de intervención temprana en el juego”, cuya aplicación en ámbitos como Atención Primaria puede resultar especialmente útil. Este cuestionario consta de 8 preguntas de las cuales, si cuatro o más de las respuestas dadas por el individuo a estudio son positivas, existe riesgo de presentar juego problemático. Siguiendo este planteamiento, otro de los cuestionarios que ha sido estudiado para su aplicación en Atención Primaria sería el **MULTICAGE CAD-4** (*Anexo 6*) un cuestionario que evalúa diferentes comportamientos de tipo adictivos además del juego patológico que correspondería a los ítems del 5 al 8. De este modo, al contener ítems de diferentes tipos de conductas se lograría una evaluación más completa y discreta de los diferentes comportamientos, teniendo en cuenta además la relevancia de las comorbilidades y sus consecuencias en el juego patológico (43).

En cuanto a instrumentos de evaluación específicos para jóvenes podemos destacar el **CAGI (Canadian Adolescent Inventory Gambling)** (*Anexo 7*), inventario canadiense de juego de adolescentes que se ha estudiado como una adecuada herramienta de cribado de juego patológico entre este tipo de población. Consta de dos partes fundamentales, una primera formada por 20 ítems, basada principalmente en medir la frecuencia de juego en los últimos tres meses, así como una sección final donde se hace referencia a las pérdidas económicas ocasionadas a causa del dinero. La segunda parte consta de 24 ítems y se basa fundamentalmente en evaluar las consecuencias asociadas a los comportamientos del juego patológico, a su vez divididas en cinco partes. Para empezar, se estudia la gravedad del problema de juego que consta de 9 ítems, consecuencias psicológicas con 6 ítems, consecuencias sociales con cinco ítems, problemas financieros representadas por 6 ítems y finalmente pérdida de control con 4 ítems. De este cuestionario destaca a su vez una subescala general de gravedad del problema que se calcula a partir de 9 elementos localizados en las distintas partes del CAGI, encontrándose su puntuación entre 0-27 puntos, obteniéndose una clasificación en tres categorías: sin problemas de juego o “luz verde” (0-1 puntos), baja o moderada gravedad de posibles problemas de juego o “luz amarilla” (2-5 puntos) y finalmente gravedad alta o “luz roja” (más de 6 puntos) (44).

Como conclusiones en lo referente a los instrumentos de detección de juego patológico cabe alegar que aún son necesarias mayores investigaciones sobre determinados aspectos metodológicos de los mismos. Además, en lo referente a los instrumentos de detección específicos para la población joven, el cuestionario CAGI es el único elaborado hasta ahora de forma específica para este fin y, aunque es efectivo, resultaría interesante elaborar nuevos instrumentos de detección en población joven dado el creciente interés de este tipo de población por los juegos de apuestas. En esta misma línea sería interesante ampliar la investigación sobre los instrumentos de detección de juego patológico en Atención Primaria, más allá de los mencionados en este texto, puesto que supone un nivel de atención fundamental en la detección y prevención tanto primaria como secundaria de la patología. Mencionar además que, para los jóvenes, a pesar de que el único instrumento diseñado de forma específica para esta población es el CAGI, en muchos estudios se emplean otros instrumentos de evaluación generales como son el Lie/bet (41).

Desde el punto de vista de la intervención enfermera, se han desarrollado en el capítulo los instrumentos de detección más habitualmente utilizados. Todos ellos son de fácil y rápida aplicación y podrán ser empleados de forma usual en las consultas de enfermería de Atención Primaria para la detección de jugadores problemáticos o patológicos. No obstante, aunque no exista un instrumento de detección recomendado de forma universal, muchos estudios se orientan hacia el uso del **MULTICAGE CAD-4** en las consultas de Atención Primaria dado que permite evaluar varias dimensiones de interés del individuo, entre ellas el juego patológico,

sirviendo además como un adecuado instrumento de cribado de la población. En caso de obtener puntuaciones elevadas en este cuestionario, sería interesante completar el estudio con alguno de los otros instrumentos de evaluación más específicos del juego patológico.

CAPÍTULO 4: EL TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO.

4.1. Valoración.

Antes de ofrecer o comenzar con el tratamiento de una persona con conducta adictiva, es importante saber identificar el estadio del cambio en el que se encuentra el individuo, ya que esto permite conocer si la intervención es posible y si así es, escoger el abordaje terapéutico más adecuado en función de la fase en la que se encuentre el paciente. Para ello, uno de los modelos de intervención más comúnmente empleados en el tratamiento de los trastornos de tipo adictivos es el Modelo Transteórico creado por James Prochaska y Carlo DiClemente. En él se describen las diversas etapas del cambio que se proceden durante los procesos de abandono de adicciones. Este modelo se basa principalmente en 6 etapas que se describen a continuación (45):

- **Precontemplación:** la persona se encuentra en estado de negación, no reconoce que tiene un problema, pero sí es capaz de reconocer las consecuencias negativas de su conducta.
- **Contemplación:** la persona fluctúa entre momentos de aceptación de su problema y otros de negación del mismo.
- **Determinación:** se empieza a plantear la posibilidad de abandonar la conducta adictiva. Es cuando se dan cuenta de la importancia de pedir ayuda profesional.
- **Acción:** se compromete con el abandono de su conducta, es cuando realmente comienzan los cambios sobre su estilo de vida.
- **Mantenimiento:** es el proceso de transición en el que los primeros cambios realizados, se convierten en hábitos que son capaces de mantener a lo largo del tiempo.
- **Recaída:** son comunes en los procesos de cambio de toda conducta adictiva, por lo que han de considerarse como parte del proceso.

Los profesionales sanitarios, entre ellos la enfermería, han de estar capacitados por tanto para saber reconocer la fase del proceso en el que se encuentra un paciente antes de tratar de abordarlo con algún tipo de tratamiento. De este modo, la enfermera ha de evaluar el nivel de reconocimiento de la enfermedad por parte del paciente, su nivel de conocimientos sobre la misma, los objetivos propuestos por el paciente, explorar si existen intentos anteriores de abandono de la conducta, informar sobre la existencia de apoyo en caso de que en el momento de valoración no esté predispuesto al cambio, etc. Todo ello enmarcado en una relación terapéutica que facilite llevar a cabo este proceso.

Del mismo modo, será función de la enfermera llevar a cabo una valoración holística de la situación de salud del paciente mediante un modelo de la valoración tal como el modelo de 14 necesidades de Virginia Henderson, teniendo en cuenta que las necesidades más comúnmente alteradas en estas patologías son: comer y beber, moverse, reposo/sueño, evitar peligros/seguridad, comunicación, trabajar/realizarse y recrearse (46).

En lo que respecta a los actuales tratamientos del juego patológico, existen diversos tipos de abordaje, que incluyen tanto medidas farmacológicas como no farmacológicas.

4.2. Tratamientos farmacológicos.

Actualmente el tratamiento del juego patológico es fundamentalmente de tipo psicológico, no obstante, existen determinados fármacos que han presentado cierta efectividad respecto a

algunos de los síntomas presentados. A continuación, se exponen los principales fármacos estudiados:

En primer lugar, referirse a las terapias con **antagonistas opioides**, especialmente naltrexona y nalmeveno, que parecen haber sido hasta el momento de las más efectivas en el tratamiento de esta patología. No obstante, no todos los pacientes responden de forma positiva a estos tratamientos, se sugiere que parecen ser especialmente efectivos en el tratamiento de personas con antecedentes de alcoholismo en la familia. De hecho, la naltrexona se utiliza como tratamiento para favorecer el abandono de consumo de alcohol, un efecto del que se pueden beneficiar muchos jugadores patológicos (47,48).

A continuación, destacar el grupo de farmacoterapia de tipo **glutamatérgica** (relacionadas con el glutamato). Algunos de los tratamientos incluidos en este grupo parecen haber conseguido una reducción de la sintomatología e impulsividad ligada a este tipo de conductas adictivas. Entre ellos encontramos, **la Memantina** que ha demostrado reducir la sintomatología y favorecer la flexibilidad cognitiva en los jugadores. Por otro lado, **la N-Acetilcisteína**, parece haber demostrado buenos efectos en reducción de la sintomatología en jugadores patológicos con dependencia a la nicotina. Así mismo, **el Topiramato**, que se ha relacionado con una disminución de la impulsividad propia de la patología (47).

Mencionar también los **antidepresivos Inhibidores de la Recaptación de Serotonina (IRS)**. Dentro de este grupo podemos encontrar conocidos fármacos como la Fluoxetina, Sertralina, Escitalopram o Paroxetina. Se consideran especialmente efectivos en el tratamiento de pacientes que presenten sintomatología ansiosa o trastornos del humor asociados. Cabe destacar que este tipo de fármacos pueden relacionarse con un aumento de las ideaciones y conductas suicidas, especialmente durante las primeras semanas de tratamiento, por lo que está indicada una vigilancia más estrecha durante estas semanas (47,48).

Existen otros fármacos como **la Tolcapona**, un inhibidor selectivo de la catecol-O-metiltransferasa (COMT) que se está utilizando actualmente en combinación con otros fármacos para el tratamiento de alteraciones de la conducta. Así mismo, el **Ecopipam**, un antagonista de la dopamina, también se encuentra en estudio para determinar su efectividad en esta patología (47).

Una vez conocidos, los principales grupos farmacológicos que se pueden trabajar, así como sus efectos secundarios, es fundamental señalar el rol de la enfermería en este aspecto dado que uno de los principales objetivos de enfermería en el tratamiento de las conductas adictivas es asegurar la adherencia al tratamiento.

Para ello, la figura enfermera ha de recoger la información que el paciente conoce sobre la medicación prescrita. Posteriormente ha de instruir acerca de la función del fármaco, de su forma de administración, de la importancia de su consumo, así como de las consecuencias de su posible suspensión. Así mismo, debe conocer los efectos secundarios de la medicación, advirtiéndole al paciente de las mismas antes del inicio del tratamiento y aconsejándole (si es posible) sobre medios para aliviar dichos efectos adversos. Durante el seguimiento, se debe valorar la presencia de nuevos efectos secundarios, o el mantenimiento prolongado de efectos ya existentes, así como la efectividad del mismo percibida por el paciente, derivando al médico en caso necesario. No solo eso, la enfermera ha de ser capaz de medir la adherencia al tratamiento durante el paso del tiempo, para lo que se pueden emplear instrumentos tales como el test de Morisky Green, Haynes y Sackett etc (46).

4.3. Tratamientos no farmacológicos.

Dentro del tratamiento no farmacológico, la psicoterapia suele ser el más empleado. Dentro de la psicoterapia encontramos varias modalidades terapéuticas que pueden clasificarse como

terapias de tipo cognitivas, conductuales, cognitivo-conductuales o motivacionales que se describen a continuación:

Terapias de tipo cognitivas:

Los jugadores patológicos presentan numerosos pensamientos irracionales tales como la ilusión de control (falsa sensación de control sobre algo que depende del azar). Así mismo, a medida que aumenta la frecuencia de conducta de juego aumentan los pensamientos irracionales al respecto, por ejemplo, creen que después de las pérdidas se aproxima la ganancia, por lo que aumentan su conducta de juego. El objetivo de la terapia es, por tanto, lograr la reestructuración cognitiva, con una relación adecuada entre pensamientos, emociones y conductas que sean coherentes. También pretende detectar las autoverbalizaciones negativas (“por una vez más no pasa nada”, “yo controlo”) y corregirlas (49).

Terapias de tipo conductuales:

1. **Técnicas reductoras de ansiedad:** existen varias técnicas de este tipo, entre las más conocidas se encuentran la relajación muscular progresiva (técnica de Jacobson) o la respiración diafragmática.
2. **La desensibilización imaginada y relajación:** durante este tipo de terapia los jugadores deben describir situaciones en las que se sientan tentados a jugar, pero sin llegar a realizar la conducta de juego. El profesional será el encargado de instruirle sobre técnicas de relajación que calmen la ansiedad ante dichas situaciones. Esto se llevará a cabo hasta que sean capaces de recrear varias escenas de forma calmada.
3. **Control de estímulos y prevención en vivo con control de respuesta:** el control de estímulos consiste en la fijación de ciertos límites en relación con el dinero del paciente, la restricción de acceso a zonas de riesgo o el contacto con otros jugadores problemáticos. A medida que el paciente avanza en el tratamiento, este control de estímulo externo se reduce para favorecer el progreso de su autocontrol.

Este tratamiento se acompaña de la prevención en vivo con control de respuesta, una terapia que consiste en exponer directamente a los jugadores a aquellos estímulos que les suponen mayor atracción, educándoles antes para autocontrolarse. Es un proceso progresivo, de una duración aproximada de 4 semanas, en las que las tareas de exposición se llevan a cabo 6 días por semana. La primera semana, el paciente se expone al estímulo (máquina tragaperras, ruleta etc) acompañado de un familiar o amigo. La segunda semana, se realiza el mismo procedimiento, pero el compañero espera fuera. La tercera semana, el familia o amigo espera en su domicilio de tal forma que el individuo se expone solo, pero puede llamar en caso de necesidad. Finalmente, la cuarta semana el jugador se expone de forma individual.

4. **Técnicas aversivas:** trata de asociar el comportamiento no deseado con un estímulo desagradable (estimulación eléctrica, sensibilización con imágenes desagradables etc.) (49).

Terapias de tipo cognitivo-conductuales:

Hasta ahora, este tipo de terapias han sido las más ampliamente estudiadas y que mejor resultados parecen haber ofrecido hasta el momento. Consisten en una combinación de las terapias anteriormente mencionadas, que incluyen la eliminación de los sesgos cognitivos y pensamientos irracionales por medio de la reestructuración cognitiva y la implementación de habilidades y estrategias para afrontar situaciones de riesgo (49,50).

En el caso del juego patológico se suele utilizar en este tipo de terapia un diario en el que el jugador redacta eventos significativos, así como los pensamientos, sentimientos, supuestos, creencias, evaluaciones que realiza en el día a día respecto al juego patológico y que pueden

resultar desadaptativos. Este proceso se acompaña de una orientación dirigida a modificar los pensamientos y conductas dañinas para el paciente por nuevas formas de conducta y reacción que resulten más adaptativos. En el caso de la patología que nos ocupa, se aplican las técnicas de control de estímulos y la prevención en vivo con control de respuesta, principalmente enfocadas en lograr un control financiero racional y un afrontamiento adecuado de los estímulos estresores para lo que también se instruye sobre las técnicas de relajación (49,50).

Terapias de tipo motivacionales:

Las terapias de tipo motivacionales son más breves que las anteriores terapias mencionadas dado que, en general, el contacto con el profesional sanitario se limita a 1-4 sesiones. La técnica fundamental que se utiliza es la entrevista motivacional, en la que el profesional sanitario ayuda al paciente a exponer sus puntos fuertes, débiles, así como las ventajas y desventajas que supondría la detención de su conducta por medio de un proceso de introspección. De este modo, se favorece que el paciente sea consciente del problema y de los objetivos que se marca. Es una terapia apoyada por otro tipo de recursos como son los manuales, recursos online o el seguimiento telefónico. En general, por sus características es una terapia recomendada para aquellos jugadores que no están dispuestos a acudir a otras formas de terapia que supongan una mayor inversión de tiempo y parece haberse demostrado como efectiva, especialmente para los jugadores con problemas menos graves (49).

4.4. Terapias de autoayuda: Jugadores Anónimos:

El grupo de autoayuda Jugadores Anónimos (JA) se formó en el año 1957, en Los Ángeles (California) en base a la tradición y principios de Alcohólicos Anónimos. Consiste en un grupo formado por hombres y mujeres que sufren o han sufrido anteriormente problemas con el juego y cuyo objetivo es guiarse y apoyarse entre sí para lograr la abstinencia en un marco de comprensión y esperanza. Para ello, siguen un programa de 12 pasos, en los que el primero de ellos es admitir la impotencia ante el juego y la ingobernabilidad de sus vidas. Según Jugadores Anónimos, el juego es una enfermedad que puede ser frenada mediante la abstinencia, pero nunca curada (49,51).

Respecto a su efectividad, aún faltan datos, hasta el momento se ha valorado que existen importantes tasas de recaída y abandono. No obstante, parece haberse demostrado que las personas que acuden a JA tienen mejores resultados que aquellos que no lo hacen, aunque se encuentren a su vez en terapia individual (49).

De este modo en lo que a tratamiento se refiere, los profesionales enfermeros son formados durante su carrera sobre la realización de las terapias cognitivas, conductuales y motivacionales citadas anteriormente y, de hecho, muchas de ellas se emplean de forma habitual en las consultas de enfermería (entrevista motivacional para pérdida de peso, control de estímulos en el abandono del tabaco, terapias de reducción de ansiedad). Es por ello, que la enfermera además de informar sobre la variedad de opciones de tratamiento para el paciente, también se encontraría capacitada para llevar a cabo gran parte de las técnicas de tratamiento, siempre que se reciba la formación adecuada sobre su aplicación particular en los casos del juego patológico y siendo así mismo capaz de reconocer cuando es necesario derivar a otro tipo de profesional (49,51).

4.5. La prevención de recaídas.

De forma general en los trastornos adictivos, las recaídas se producen en los primeros 3 meses tras la finalización del tratamiento. Es por ello por lo que es importante realizar un seguimiento adecuado de entre 1-2 años tras la finalización de éste para determinar un alta definitiva (52).

Para elaborar estrategias de prevención de recaídas que resulten efectivas es importante conocer los principales factores precipitantes de las mismas en los jugadores patológicos. Entre ellas, por orden de importancia, destacan: un manejo inadecuado del dinero (ingresos

inesperados, resolución de deudas), estados emocionales negativos (aburrimiento, ansiedad, tristeza, apatía, ira) y un consumo abusivo de alcohol. Así mismo también se han estudiado las principales variables predictoras de recaídas en el juego que, aunque no han de tomarse como definitivas, pueden resultar orientativas para identificar aquellas personas que puedan tener un riesgo aumentado de recaída, entre ellas: mayor edad del paciente, menor grado de satisfacción con los tratamientos o rasgos de personalidad de tipo neuróticos (52).

El proceso de recaída comienza con una caída inicial que se produce cuando el paciente no es capaz de reconocer adecuadamente una situación de riesgo o cuando a pesar de reconocerla no emplea las estrategias de afrontamiento adecuadas ante la misma. Tras un primer episodio de caída, la transición a un proceso de recaída puede ser breve, incluso superando los niveles de juego patológico que se producían antes del tratamiento de su patología, esta situación se conoce como “efecto de la violación de la abstinencia” y se da generalmente por dos elementos principales (52):

- **La disonancia cognitiva:** existe una incoherencia entre la conducta de juego llevada a cabo y el hecho de considerarse a uno mismo como abstinentes. De este modo la inversión de dinero en el juego tras un proceso de abstinencia genera un sentimiento de culpa que se trata de mitigar con la propia conducta patológica.

- **Las atribuciones de causalidad interna:** los pacientes consideran que la conducta producida es debida a su debilidad interna, por lo que se consideran incapaces de afrontar posteriores situaciones similares.

Para la detección de las situaciones de riesgo de recaídas, existen dos instrumentos principales. Por un lado, el Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída y de Estrategias de Afrontamiento del Juego Patológico, formado por 19 ítems. En la primera parte de la pregunta el paciente ha de valorar el nivel de riesgo de una situación, y en la segunda la estrategia de afrontamiento que aplicaría (*Anexo 10*). El otro instrumento empleado es el Registro de Situaciones de Alto riesgo para la Recaída, en el que se han de identificar las situaciones de riesgo que se han vivido y cómo se han afrontado, lo que permite al profesional conocer el avance del paciente (52).

En lo que respecta al tratamiento de este proceso, se enfoca principalmente en evitar la caída inicial, o si ya se ha producido, evitar la recaída. Para ello, se el tratamiento se enfoca en tres elementos principales: la identificación de situaciones de alto riesgo, el desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas a situaciones de riesgo y el cambio de pensamiento sobre las consecuencias positivas del juego (eliminación de distorsiones cognitivas tales como “por una vez no pasa nada”) (52).

A largo plazo, para evitar los procesos de recaída, el tratamiento se enfoca principalmente en dos aspectos: la solución de problemas específicos (estado de ánimo, conflictos interpersonales, problemas con el alcohol) y el cambio de estilo de vida. Este último elemento es fundamental, ya que la apatía puede conducir de nuevo a conductas patológicas. Una de las funciones más importantes de los profesionales sanitarios es establecer junto con el paciente nuevos objetivos de vida que sean incompatibles con el juego y que le mantengan con la suficiente motivación para dejar de lado conductas de tipo desadaptativas como las que llevaba anteriormente (52).

El seguimiento de los jugadores patológicos tras la finalización del tratamiento es fundamental al igual que en otros procesos adictivos para asegurar una resolución adecuada de su patología. De este modo, la introducción de la enfermería en la detección de los jugadores de alto riesgo de recaída por medio de los instrumentos citados anteriormente podría suponer un importante recurso para evitar posteriores recaídas. Un seguimiento presencial en consulta, telefónico o mediante cualquier otra vía telemáticas que pueda brindar apoyo a estos pacientes durante este duro proceso supondría importantes beneficios para su recuperación (52).

4.4. Otras funciones de la enfermería.

Como ya se ha mencionado anteriormente existen varias necesidades que se ven alteradas en esta patología y en las que la enfermera puede participar de forma activa.

En primer lugar, en lo que respecta a la **necesidad de comer/beber**, es importante valorar el número de comidas realizadas al día por el individuo, así como la calidad de las mismas, dado que la importante inversión de dinero en el juego puede suponer dificultades económicas para la compra de alimentos. Así mismo, los patrones de ansiedad del individuo que acompañan esta patología pueden desembocar en patrones de sobrealimentación, o, por el contrario, infraalimentación. En cualquier caso, la enfermera ha de ser capaz de reconocer el problema e intervenir adecuadamente, informando sobre la importancia de una alimentación saludable, de la repartición adecuada de las comidas al día, instruyendo sobre técnicas de reducción de ansiedad o derivando a la trabajadora social en caso necesario (46).

La **necesidad de moverse** se ve disminuida de nuevo dado que el centro de la vida del paciente es el juego. Es importante que la enfermera valore el número de horas de reposo/ ejercicio del individuo, si mantiene algún tipo de deporte, su patrón de actividad física antes de la patología etc. De este modo es parte del rol de enfermería instruir sobre la importancia de realización de ejercicio físico en la salud, guiando al paciente si así lo desea para la elaboración de una serie de objetivos realistas respecto a este aspecto, informando sobre las actividades deportivas más adecuadas para él, recursos comunitarios para llevarlas a cabo etc. De hecho, si esto se realiza adecuadamente puede suponer una importante distracción del juego para el paciente (46).

La **necesidad de reposo/sueño** de nuevo se ve alterada no solo por la propia patología sino por todas sus consecuencias: conflictos interpersonales, deudas que generan una situación de malestar en el individuo, y que pueden llevar al insomnio. Se ha de valorar por tanto el número de horas de sueño antes y después de la patología, el patrón del mismo, las dificultades que encuentra para conciliarlo, entre otros. Es función de la enfermera instruir sobre hábitos adecuados de higiene del sueño y relajación para favorecer la mejora de este aspecto (46).

La **necesidad de evitar peligros/seguridad**, el juego patológico suele acompañarse de otras conductas de consumo abusivo de alcohol, tabaco u otras drogas. Es fundamental que la enfermera compruebe el nivel de consumo de tabaco (test de Fagerström), de alcohol (test de Audit) e incluso de otras sustancias tóxicas ya que su consumo además de ser de por sí mismo dañino, entorpece la recuperación del paciente. Una vez valorado, la enfermera debe informar sobre los peligros del consumo abusivo de dichas sustancias, sus efectos en el juego patológico, sus consecuencias en las diferentes esferas de su vida, ofreciéndoles si ellos se encuentran dispuestos, su apoyo para el abandono de dichas conductas (46).

La **necesidad de comunicación**, el objetivo respecto a esa necesidad es lograr el desarrollo de unas relaciones familiares y sociales funcionales. La enfermera ha de valorar el círculo social del paciente, el tipo de relación con sus familiares más próximos, con sus amigos, los cambios que han experimentado dichas relaciones con el desarrollo de la conducta abusiva del juego etc. Se fomentará el desarrollo de habilidades intersociales y de afrontamiento que permitan al paciente expresar y enfrentarse a los conflictos de forma adecuada (46).

Respecto la **necesidad de trabajar/realizarse**, se pretende conseguir o mantener un estado de formación o trabajo adecuado y estable para el paciente. La enfermera valorará la situación laboral y formativa del paciente en el momento de la entrevista, sus obstáculos y sus metas. En caso necesario derivará con el trabajador social para facilitar este aspecto (46)

Finalmente, en lo referente al **ocio**, se pretende ayudar al paciente a organizar su tiempo libre de forma productiva y equilibrada. Se recogerá información sobre las actividades de ocio anteriores al desarrollo del juego patológico, aquellas que añora, y se informará sobre opciones más adecuadas y accesibles (46).

CONCLUSIONES

La elaboración del presente trabajo ha permitido abrir un interesante campo de actuación para la enfermería que aún no se ha desarrollado. Se ha de considerar que, conforme el desarrollo de las nuevas generaciones y tecnologías, surgen nuevos problemas de salud, a los que los profesionales de salud han de ser capaces de adelantarse y ofrecer una solución adecuada.

En lo referente a la detección precoz de los comportamientos problemáticos o patológicos del juego, existen algunos artículos que hacen referencia al ventajoso papel del médico de familia en la detección y derivación de este tipo de trastornos (55,56). Sin embargo, apenas se hace referencia a la figura de la enfermera. Teniendo en cuenta que en las consultas de enfermería se lleva a cabo la detección sistemática del consumo perjudicial de alcohol (test de AUDIT) o de tabaco (test de Fagerström), no existe motivo aparente por el que no incluir en este repertorio alguno de los instrumentos de detección de conductas de juego problemático o patológico. Sería interesante para ello, establecer un protocolo de cribado de conductas de juego patológico que se extendiera a nivel comunitario, permitiendo una actuación homogénea.

En lo que respecta a la educación y prevención de esta patología, la enfermería también podría suponer una aportación importante, tanto a nivel general, como de forma específica dirigida a la población joven, uno de los grupos de mayor riesgo. De esta manera, se abren interesantes frentes de actuación que podría incluir los programas de prevención por parte de la figura de la enfermería escolar, o en su defecto de la enfermera comunitaria, así como la inclusión de la educación respecto a las conductas de juego problemáticas en los Programas de Educación del Niño Sano.

En cuanto al tratamiento del juego patológico, lo cierto es que hasta ahora ha sido llevado a cabo principalmente por psicólogos, no obstante, considero que la enfermería cuenta con el conocimiento, capacidad y competencia suficiente para llevar a cabo parte de este tratamiento. Teniendo en cuenta, además, que las técnicas cognitivo-conductuales ya son utilizadas en ocasiones por enfermería en el abordaje de los pacientes, sería interesante plantear un abordaje terapéutico por el equipo de enfermería una vez detectada la patología, teniendo en cuenta sus limitaciones y siendo capaz también de discernir cuando es necesaria la derivación al psicólogo.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Consejo Asesor del Juego Responsable. Estrategia de Juego Responsable en España. [Internet]. 2016[acceso 10 de abril de 2022];1–13. Disponible en:
[file:///C:/Users/User/Downloads/CAJR_Estrategia_Juego_Responsable_Spain_2013%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/CAJR_Estrategia_Juego_Responsable_Spain_2013%20(5).pdf)
2. Pérez Camarero S, Alcalá Revilla B, Pérez Cañellas G, Yahón A. Juventud y juegos de azar. Una visión general del juego en los jóvenes. [Internet]. 2018[acceso el 22 de febrero de 2022];120[acceso el 22 de febrero de 2022].Diponible en:
http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/juventud_y_juegos_de_azar.pdf
3. Ibáñez-Cuadrado A, Saiz-Ruiz J. Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos. [Internet]. Tratado Psiquiatría. 2021 acceso el 22 de febrero de 2022.;217–58. Diponible en:
https://psiquiatria.com/tratado/cap_32.pdf
4. MORAN E. Gambling as a Form of Dependence. Br J Addict to Alcohol Other Drugs. 1970; 64(3):419–28.
5. Chóliz M. Historia de una adicción: del vicio al trastorno del juego. Cuad Med psicossomática y Psiquiatría [Internet]. 2014[acceso el 22 de febrero de 2022];(111):84–8. Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906963&info=resumen&idioma=SPA>
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ªed.) (DSM-III), Washington, D.C., American Psychiatric Association. APA; 1980.
7. Organización Mundial de la Salud. Trastornos del humor (afectivos) [Internet]. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento.2000[acceso el 22 de febrero de 2022];89–108p.Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ªed.) (DSM-V). Washington, D.C: APA; 2013.
9. World Health Organization (OMS). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th; ICD-11;2019[acceso el 23 de febrero de 2022]. Disponible en:
<https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
10. Calado F, Griffiths MD. Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015) [Internet]. J Behav Addict. 2016[acceso el 23 de febrero de 2022];5(4):592–613. Disponible en:
<https://akjournals.com/view/journals/2006/5/4/article-p592.xml>
11. Calado F, Alexandre J, Griffiths MD. Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. [Internet]. J Gambli Stud. 2017[acceso el 23 de febrero de 2022];33(2):397–424. Disponible en:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10899-016-9627-5>

12. Plan nacional sobre Drogas. Adicciones comportamentales 2020. Plan Nac sobre Drog [Internet]. 2020[acceso el 23 de febrero de 2022]; Manuscrito:1–52. Disponible en:
<http://www.pnsd.mscbs.gob.es>
13. Luque LE. Adicciones comportamentales. Informe sobre Adicciones Comportamentales Juego y uso compulsivo internet en las encuestas Drogas y adicciones en España EDADES y ESTUDES [Internet]. 2019[acceso el 23 de febrero de 2022].; Manuscrito:1–52. Disponible en:
<http://www.pnsd.mscbs.gob.es>
14. Chóliz Montañés Dr. Adicción al juego en estudiantes de Educación Secundaria de Cantabria. Unidad de Investigación: “juego y adicciones psicológicas” [Internet]. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.2020-2021. [acceso el 23 de febrero de 2022]; 1-35. Disponible en:
<https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/drogodependencias/escolar%202021-22/CANTABRIA%20INFORME%20DEFINITIVO.pdf>
15. Petry NM, Zajac K, Ginley MK. Behavioral Addictions as Mental Disorders: To Be or Not to Be? [Internet] Annu Rev Clin Psychol. 2018 [acceso el 23 de febrero de 2022].; 14:399–423. Disponible en:
<https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045120>
16. Bergamini A, Turrina C, Bettini F, Toccagni A, Valsecchi P, Sacchetti E, et al. At-risk gambling in patients with severe mental illness: Prevalence and associated features. [Internet] J Behav Addict. 2018[acceso el 23 de febrero de 2022];7(2):348–54. Disponible en:
<https://akjournals.com/view/journals/2006/7/2/article-p348.xml>
17. Ortiz-Tallo M, Cancino C, Cobos S. Pathological gambling, personality patterns and clinical síndromes. Juego patológico, patrones de personalidad y síndromes clínicos. [Internet] Adicciones. 2011[acceso el 24 de febrero de 2022];23(3):189–97. Disponible en:
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/143>
18. Uchuypoma Canchumani D. Juegos online: una mirada desde el juego patológico. [Internet] Hamut’Ay. 2017[acceso el 24 de febrero de 2022];4(2):55. Disponible en:
<http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/HAMUT/article/view/1472>
19. Pettorruso M, Testa G, Granero R, Martinotti G, d’Andrea G, di Giannantonio M, et al. The transition time to gambling disorder: The roles that age, gambling preference and personality traits play. [Internet] Addict Behav. 2021[acceso el 24 de febrero de 2022];116(August 2020). Disponible en:
https://www-scopus-com.unican.idm.oclc.org/record/display.uri?eid=2-s2.0-85099215907&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=the+transition+time+to+gambling+disorder&sid=fdd6a8b8eb73213b0d85d716bbb83734&sot=b&sdt=b&sl=55&s=TITLE-ABS-KEY%28the+transition+time+to+gambling+disorder%29&relpos=1&citeCnt=2&searchTerm=&featureToggles=FEATURE_NEW_DOC_DETAILS_EXPORT:1

20. Marchetti D, Verrocchio MC, Porcelli P. Gambling problems and alexithymia: A systematic review. [Internet] Brain Sci. 2019[acceso el 24 de febrero de 2022];9(8):1–16. Disponible en:
<https://www.mdpi.com/2076-3425/9/8/191>
21. Karlsson A, Håkansson A. Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: A longitudinal nationwide register study. [Internet] J Behav Addict. 2018[acceso el 24 de febrero de 2022];7(4):1091–9. Disponible en:
<https://akjournals.com/view/journals/2006/7/4/article-p1091.xml>
22. Livingstone C, Rintoul A. Gambling-related suicidality: stigma, shame, and neglect. Lancet Public Heal [Internet]. 2021[acceso el 24 de febrero de 2022];6(1): Disponible en:
[http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30257-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30257-7)
23. Miguel Blanco Pilar. Problemática familiar y adicción al juego. Consecuencias familiares derivadas de la adicción al juego. [Internet] Revista Española de Drogodependencias. 2017[acceso el 24 de febrero de 2022]; 42(4): 35-42. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6264285>
24. Blanco Miguel P. Asumiendo las consecuencias negativas de la adicción al juego. [Internet] Cuad Trab Soc. 2016[acceso el 24 de febrero de 2022];29(2):335–44. Disponible en:
<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/48858>
25. Vázquez-Fernández MJ, Barrera-Algarín E. Online gambling in Spain and sports betting: young people as new profiles with ludopathy. [Internet] Heal Addict / Salud y Drog. 2020[acceso el 24 de febrero de 2022];20(2):61–9. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7541273>
26. Constitución Española. BOE núm. 311, (29/12/1978).
27. Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego. BOE núm. 127, (28/05/2011)
28. Normas en vigor [Internet]. Ordenacionjuego.es. [citado el 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.ordenacionjuego.es/es/normas-vigor>
29. Real Decreto 958/2020, de 3 de noviembre, de comunicaciones comerciales de las actividades de juego. BOE núm.291, (28/05/2011).
30. Normativa Juego - Servicio de Juego y Espectáculos - cantabria.es [Internet]. Cantabria.es. [citado el 25 de febrero de 2022]. Disponible en:
<https://juegoyespectaculos.cantabria.es/normativa-juego>
31. Ley Orgánica 8/1981, de 30 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para Cantabria. BOE núm. 9 (11/01/1982).
32. Real Decreto 1387/1996, de 7 de junio, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Cantabria en materia de casinos, juegos y apuestas. BOE núm.156 (28/06/1996).
33. Ley 15/2006, de 24 de octubre, de Juego de Cantabria. BOE núm.285 (29/11/2006).

34. Díaz La Fuente, M. La prevención de las drogodependencias en la isla de Tenerife, [Trabajo de Fin de Grado en internet]. Tenerife. Universidad de la Laguna. Trabajo Social. (2018) [citado el 25 de febrero de 2022]. 52 pág. Disponible en:
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/12290/La%20Prevencion%20de%20las%20drogodependencias%20en%20la%20Isla%20de%20Tenerife.pdf?sequence=1>
35. McMahon N, Thomson K, Kaner E, Bimbra C. Effects of prevention and harm reduction interventions on gambling behaviours and gambling related harm: An umbrella review. [Internet]. Addict Behav; 2019 [citado el 25 de febrero de 2022];90 (Noviembre 2018):380–8. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.048>
36. Velasco V, Scattola P, Gavazzeni L, Marchesi L, Nita IE, Giudici G. Prevention, and harm reduction interventions for adult gambling at the local level: An umbrella review of empirical evidence. Int J Environ Res Public Health. 2021[citado el 25 de febrero de 2022].18(18). Disponible en:
<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/18/9484>
37. Chóliz M, Marcos M, Bueno F. Ludens: A Gambling Addiction Prevention Program Based on the Principles of Ethical Gambling. J Gambl Stud [Internet]. 2021[citado el 25 de febrero de 2022].16 pág. Disponible en:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10899-021-10066-7>
38. Campos D, Enrique A, Bretón-López J, Sanahuja Díaz L, Quero S. Interpsiquis: Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Enfermería de la Salud Mental. Eficacia de un taller grupal para la prevención del juego patológico en población joven: un estudio piloto [Internet]. Del 25 de mayo al 15 de junio de 2020. citado el 25 de febrero de 2022]. Disponible en:
<https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-7-2020-5-PON20.pdf>
39. Williams RJ, West BL, Simpson RI. Longitudinal Evaluation of the Effectiveness of Problem Gambling Counselling Services, Community Education Strategies, and Information Products. Int J Ment Health Addict [Internet]. 2013[citado el 25 de febrero de 2022].23(4):165–79. Disponible en
http://rgtinfohub.org.uk/browse/entry/an-examination-of-social-marketing-campaigns-for-the-prevention-of-youth-pr/%5Cnhttp://www.olgr.nsw.gov.au/rr_ama_2003.asp%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1300/J069v19n02_04%5Cnhttp://www.gamblingresearch.org/content/research.php?a
40. Merkouris SS, Greenwood C, Manning V, Oakes J, Rodda S, Lubman D, et al. Enhancing the utility of the problem gambling severity index in clinical settings: Identifying refined categories within the problem gambling category. [Internet]. Addict Behav [Internet]. 2020[citado el 27 de febrero de 2022];103(October 2019). Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106257>
41. Salinas, José María Instrumentos de diagnóstico y screening del juego patológico Salud y drogas. Vol. 4, núm. 2, semestral, 2004. [Internet] pp. 35- 59. Instituto de Investigación de Drogodependencias Alicante, España. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/839/83940203.pdf>

42. Johnson EE, Hamer RM, Nora RM. The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers: A follow-up study. [Internet]. Psychol Rep. 1998[citado el 1 de marzo de 2022];83(3 PART 2):1219–24. Disponible en:
<https://journals.sagepub.com/doi/10.2466/pr0.1998.83.3f.1219>
43. Pedrero Pérez EJ, Rodríguez Monje MT, Gallardo Alonso F, Fernández Girón M, Pérez López M, Chicharro Romero J. Validación de un instrumento para la detección de trastornos de control de impulsos y adicciones: El MULTICAGE CAD-4. [Internet]. Trastor Adict. 2007[citado el 1 de marzo de 2022];9(4):269–78. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/28243100_Validacion_de_un_instrumento_para_la_deteccion_de_trastornos_de_control_de_impulsos_y_adicciones_el_MULTICAGE_CAD-4
44. Tremblay J, Stinchfield R, Wiebe J, Wynne H. Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI) Phase III Final Report. [Internet]. Can Cent Subst Abus. 2010[citado el 1 de marzo de 2022];(Julio):1–93. Disponible en:
<https://prism.ucalgary.ca/handle/1880/48158>
45. Sánchez-Hervás E, Tomás Gradolí V, Marales Gallús E. Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. [Internet]; Trastor Adict. 2004 [citado el 1 de marzo de 2022] 6(3):159–66. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-un-modelo-tratamiento-psicoterapeutico-adicciones-13065158>
46. Gutiérrez S, Vicente AM, García N, Salgado N, Chicharro JF, Coca VD, et al. Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias. [Internet] Doc Técnico del Inst Adicciones 2015[citado el 25 de abril de 2022];99. Disponible en:
<https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervencionEnfermeriaCAD2015.pdf>
47. Yip SW, Potenza MN. Treatment of Gambling Disorders. [Internet] Curr Treat Options Psychiatry. 2014[citado el 25 de abril de 2022];1(2):189–203. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4041397/>
48. Grant JE, Odlaug BL, Schreiber LRN. Pharmacological treatments in pathological gambling. [Internet] Br J Clin Pharmacol. 2014[citado el 25 de abril de 2022];77(2):375–81. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4014021/>
49. Echeburúa E, Salaberría K, Cruz-Sáez M. New challenges in the treatment of disordered gambling. [Internet] Ter Psicol. 2014[citado el 26 de abril de 2022];32(1):31–40. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/297440075_New_Challenges_in_the_Treatment_of_Disordered_Gambling
50. Yau YHC, Potenza MN. Gambling disorder and other behavioral addictions: Recognition and treatment. [Internet] Harv Rev Psychiatry. 2015[citado el 26 de abril de 2022];23(2):134–46.
51. Jugadores Anónimos. [Internet] [Consultado el 30/3/2022]. Disponible en:
<https://www.jugadoresanonimos.org/>

52. Echeburúa, Enrique; de Corral, Paz; Amor, Pedro J. Prevención de recaídas en las ludopatías Salud y drogas. [Internet]; vol. 4, núm. 2, semestral, 2004[citado el 15 de marzo de 2022], pp. 97- 116 Instituto de Investigación de Drogodependencias Alicante, España. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/839/83940206.pdf>
53. Lopez-Gonzalez H, Estévez A, Griffiths MD. Spanish validation of the Problem Gambling Severity Index: A confirmatory factor analysis with sports bettors. [Internet]. J Behav Addict. 2018[citado el 15 de marzo de 2022];7(3):814–20. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/327966080_Spanish_validation_of_the_Problem_Gambling_Severity_Index_A_confirmatory_factor_analysis_with_sports_bettors
54. Odriozola Echeburúa E, Gallo Báez C. Cuestionario de juego patológico de South Oaks (sogs): validación española. Análisis y modificación de conducta. [Internet]. 1994[citado el 15 de marzo de 2022]; vol.20 (nº74): 769-791. Disponible en:
[file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-CuestionarioDeJuegoPatologicoDeSouthOaksSOGS-7075624%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-CuestionarioDeJuegoPatologicoDeSouthOaksSOGS-7075624%20(5).pdf)
55. S. Casado JA. Manual de Intervención en Juego Patológico. 2010. 108 p. Disponible en:
<https://asayar.es/data/documents/ManualJuegoPatologico.pdf>
56. Ursua MP, Uribelarrea LL. 20 Questions of Gamblers Anonymous: A Psychometric Study with Population of Spain. [Internet]. J Gambl Stud. 1998[citado el 15 de marzo de 2022]14(1):3–15. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12766432/>
57. Sullivan S. EIGHT Screen (Early Intervention Gambling Health Test). [Internet]. Counselling & Training Services Ltd. [citado el 15 de marzo de 2022] Disponible en:
<http://www.acts.co.nz/>

Anexos.

ANEXO 1: PGSI (53)

APPENDIX

Validación al español del *Problem Gambling Severity Index*
(Ferris & Wynne, 2001). Validación hecha por Lopez-Gonzalez, H.,
Estévez, A., y Griffiths, M. D.

Piensa en los últimos 12 meses...

Ítems	Pregunta
1	¿Has apostado más de lo que realmente podías permitirte perder?
2	Teniendo en cuenta los últimos 12 meses, ¿has necesitado jugar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la misma sensación de excitación?
3	Cuando juegas dinero, ¿vuelves otro día para intentar recuperar el dinero perdido?
4	¿Has pedido dinero o vendido algo para conseguir dinero para jugar?
5	¿Crees que tienes o has tenido alguna vez problemas con el juego?
6	¿El juego te ha ocasionado algún problema de salud, incluido estrés o ansiedad?
7	¿Te ha criticado la gente por jugar dinero o te ha dicho que tienes un problema con el juego, independientemente de que tú pensaras que era cierto o no?
8	¿El juego te ha ocasionado algún problema económico en ti o en tu casa?
9	¿Te has sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que ocurre cuando juegas?

Instrucciones

Respuestas: Nunca = 0; Algunas veces = 1; La mayoría de las veces = 2; Casi Siempre = 3.

Puntuación: La puntuación total puede variar de 0 a 27 y se interpreta de acuerdo a las siguientes categorías.

0 = jugador no problemático sin consecuencias negativas. 1–2 = Riesgo bajo. Jugador que experimenta pocos problemas y con pocas o ninguna consecuencia negativa. 3–7 = Riesgo moderado. Jugador que experimenta problemas moderados con algunas consecuencias negativas. 8 o más = Jugador problemático.

ANEXO 2: SOGS (54)

1. Cuándo juegas con dinero, ¿con qué frecuencia vuelves otra vez a jugar para recuperar lo perdido?

-Nunca.

-Algunas veces, pero menos de la mitad.

-La mayoría de las veces que pierdo.

-Siempre que pierdo.

2. ¿Has afirmado alguna vez haber ganado dinero en el juego cuando en realidad habías perdido?

-Nunca.

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

-La mayoría de las veces.

3. ¿Crees que tienes o has tenido alguna vez problemas con el juego?

-No.

-Ahora no, pero en el pasado sí

-Ahora sí.

4. ¿Has jugado alguna vez más dinero del que tenías pensado?

-Verdadero.

-Falso

5. ¿Te ha criticado la gente por jugar dinero o te ha dicho alguien que tenías un problema de juego, a pesar de que tú crees que no es cierto?

- Verdadero.

- Falso.

6. ¿Te has sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que te ocurre cuando juegas?

- Verdadero.

- Falso.

7. ¿Has intentado alguna vez dejar de jugar y no has sido capaz de ello?

- Verdadero.

- Falso.

8. ¿Has ocultado alguna vez a tu pareja, a tus hijos o a otros seres queridos billetes de lotería, fichas de apuestas, dinero obtenido en el juego u otros signos de juego?

- Verdadero.

- Falso.

9. ¿Has discutido alguna vez con las personas con quienes convives sobre la forma de administrar el dinero?

- Verdadero.

- Falso.

10. ¿Se han centrado alguna vez las discusiones de dinero sobre el juego?

- Verdadero.

- Falso.

11. ¿Has pedido alguna vez dinero prestado a alguien y no se lo has devuelto a causa del juego?

- Verdadero.

- Falso.

12. ¿Has perdido alguna vez tiempo de trabajo o de clase debido al juego?

- Verdadero.

- Falso.

13. Si has pedido prestado dinero para jugar o pagar deudas, ¿a quién se lo has pedido o de dónde lo has obtenido? (MARCA todas aquellas respuestas que sean ciertas)

a) del dinero de casa.

b) a mi pareja.

c) a otros familiares.

d) de bancos y cajas de ahorro.

e) de tarjetas de crédito.

f) de prestamistas.

g) de la venta de propiedades personales o familiares.

h) de la firma de cheques falsos o extender cheques sin fondos.

i) de una cuenta de crédito en el mismo casino.

ANEXO 3: LIE/BET (55)

Cuestionario Lie/Bet. Johnson et al (1997). Sigue criterios del DSM-IV. Su utilidad es el cribaje y podría incluirse en entrevista clínica de atención primaria cuando hay sospechas de juego patológico.

- 1.- ¿Alguna vez has tenido que mentir a gente importante para ti acerca de cuanto juegas?
- 2.- ¿Alguna vez has sentido la necesidad de apostar más y más dinero?

Respuesta: SI / NO.

Con respuesta afirmativa a cualquiera de las dos estaríamos en presencia de una persona con problemas de juego (99% de sensibilidad y 91% de especificidad).

ANEXO 4: GA20 (56)

- 1- ¿Le ha quitado tiempo alguna vez al trabajo y/o al estudio debido al juego?
- 2- ¿Ha causado infelicidad a su vida el juego?
- 3- ¿Su reputación fue afectada por el juego?
- 4- ¿Ha sentido alguna vez remordimiento después de haber jugado?
- 5- ¿Ha jugado alguna vez para obtener dinero para pagar deudas o resolver problemas financieros?
- 6- ¿Disminuyó su eficiencia o ambición debido al juego?
- 7- Después de perder, ¿sintió que tenía que regresar lo antes posible para ganar y recuperar sus pérdidas?
- 8- Después de una ganancia, ¿sintió que tenía la necesidad urgente de regresar para ganar más?
- 9- ¿Jugaba a menudo hasta perder su última moneda?
- 10- ¿Alguna vez pidió prestado para financiar el juego?
- 11- ¿Ha vendido alguna vez algo para financiar el juego?
- 12- ¿Le molestaba utilizar «dinero del juego» para sus gastos normales?
- 13- ¿Llegó a descuidar su propio bienestar y el de su familia debido al juego?
- 14- ¿Alguna vez jugó por más tiempo del que había planeado?
- 15- ¿Ha jugado alguna vez para escaparse de alguna preocupación o problema?
- 16- ¿Alguna vez ha cometido o pensado cometer un acto ilícito para financiar el juego?
- 17- ¿Las discusiones, desilusiones o frustraciones, le han creado la necesidad urgente de jugar?
- 18- ¿El juego le ha causado dificultades para dormir?
- 19- ¿Ha sentido alguna vez la necesidad urgente de celebrar cualquier buena fortuna con un par de horas de juego?
- 20- ¿Ha considerado alguna vez la autodestrucción o el suicidio como consecuencia de su juego?

ANEXO 5: EIGHT (57)

Eight gambling screen

Early Intervention Gambling Health Test	
1.	Sometimes I've felt depressed or anxious after a session of gambling <input type="checkbox"/> yes, that's true <input type="checkbox"/> no, I haven't
2.	Sometimes I've felt guilty about the way I gamble <input type="checkbox"/> yes, that's so <input type="checkbox"/> no, that isn't so
3.	When I think about it, gambling has sometimes caused me problems <input type="checkbox"/> yes, that's so <input type="checkbox"/> no, that isn't so
4.	Sometimes I've found it better not to tell others, especially my family, about the amount of time or money I spend gambling <input type="checkbox"/> yes, that's true <input type="checkbox"/> no, I haven't
5.	I often find that when I stop gambling I've run out of money <input type="checkbox"/> yes, that's so <input type="checkbox"/> no, that isn't so
6.	Often I get the urge to return to gambling to win back losses from a past session <input type="checkbox"/> yes, that's so <input type="checkbox"/> no, that isn't so
7.	Yes, I have received criticism about my gambling in the past <input type="checkbox"/> yes, that's true <input type="checkbox"/> no, I haven't
8.	Yes, I have tried to win money to pay debts <input type="checkbox"/> yes, that's true <input type="checkbox"/> no, I haven't

ANEXO 6: MULTICAGE CAD-4 (43)

		SÍ	NO
1	¿Ha pensado alguna vez que debería beber menos?		
2	¿Se ha sentido molesto cuando alguna persona le ha criticado su manera o forma de beber?		
3	¿Se ha sentido culpable alguna vez por su manera o forma de beber?		
4	¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana es beber alguna bebida alcohólica para relajarse o para eliminar la resaca?		
5	¿Ha tenido usted la sensación de que debería reducir su conducta de juego?		
6	¿Niega u oculta su verdadera conducta de juego ante las posibles críticas de los demás sobre sus supuestos excesos?		
7	¿Ha tenido usted problemas psicológicos, familiares, económicos o laborales a causa del juego?		
8	¿Se siente con frecuencia impulsado irremediamente a jugar a pesar de sus problemas?		
9	¿Ha pensado alguna vez que debería usted consumir menos drogas?		
10	¿Niega usted su consumo de drogas a familiares, amigos o compañeros para evitar que le critiquen?		
11	¿Ha tenido usted problemas psicológicos, económicos, laborales o familiares a causa de su consumo de drogas?		
12	¿Se siente a veces impulsado a consumir drogas aunque haya decidido no hacerlo?		
13	¿Alguna vez se ha provocado el vomito para evitar engordar?		
14	¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?		
15	¿Cree usted que está gordo/a aunque los demás le digan que está demasiado delgado/a?		
16	¿Está usted obsesionado/a con la comida, las dietas y el control de su peso?		

		SÍ	NO
17	¿Dedica más tiempo del que cree que debería a estar conectado a Internet con objetivos distintos a los de su trabajo?		
18	¿Se han quejado sus familiares de las horas que dedica a Internet?		
19	¿Le resulta duro permanecer alejado de Internet varios días seguidos?		
20	¿Tiene problemas para controlar el impulso de conectarse a Internet o ha intentado sin éxito reducir el tiempo que dedica a estar conectado?		
21	¿Dedica más tiempo del que cree que debería a jugar a la videoconsola o juegos de ordenador?		
22	¿Se queja su familia de que pasa demasiado tiempo jugando con la videoconsola o el ordenador?		
23	¿Le cuesta trabajo estar varios días sin usar su videoconsola o sus juegos de ordenador?		
24	¿Ha intentado sin éxito reducir el tiempo que dedica a jugar con su videoconsola o su ordenador?		
25	¿Tiene usted dificultades para controlar su impulso de comprar, gastando con frecuencia más dinero del que debería?		
26	¿Ha tenido problemas con sus familiares debido a sus gastos excesivos y su falta de control sobre el dinero?		
27	¿Ha tenido problemas con su banco o con familiares por hacer un uso excesivo de las tarjetas de crédito o por haberse quedado sin fondos debido a gastos incontrolados?		
28	¿Ha intentado sin éxito controlar su dinero y reducir los gastos innecesarios?		
29	¿Su actividad sexual le ha impedido realizar tareas habituales en su vida, como trabajo u obligaciones familiares?		
30	¿Se han quejado sus parejas de su excesiva actividad sexual?		
31	¿Alguna vez ha considerado que su actividad sexual es excesiva?		
32	¿Ha intentado alguna vez sin éxito moderar su actividad sexual?		

CAGI
Canadian Adolescent Gambling Inventory, V 1.09, July 2010

2939230143 Canadian Centre on Substance Abuse and the Interprovincial Consortium on Gambling Research
 Tremblay, J., Wiebe, J., Stinchfield, R., Wynne, H.

Date: -- Age: years old Gender: Male Female

File ID:
 What grade are you in?
 Grade 7 Grade 10
 Grade 8 Grade 11
 Grade 9 Grade 12

First name: _____ Last name: _____
 (optional) (optional)

The following questionnaire is about gambling. By gambling, we mean when you **bet or risk money or something of value** so that you can win or gain money or something else of value.

I. IN THE LAST 3 MONTHS...
 How often did you bet or gamble money or something of value in the following activities and approximately how much time per week did you spend on each one?

	1a) In the last 3 months, how often have you gambled or bet on this activity? If you answer "Not in the past 3 months" go to the next activity.	1b) In the last 3 months, about how much time did you spend on this activity in a typical week (hours:minutes)?						
	Not in the past 3 months	About once/month	2-3 times/month	About once/week	2-6 times/week	Daily	Hours	Minutes
1. Internet (for money)..... <input type="radio"/> Poker <input type="radio"/> Slot machine <input type="radio"/> Others	1a) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1b) <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
The following activities do not include internet								
2. Lottery tickets (e.g., 6/49, Super 7).....	2a) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2b) <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Instant-win or scratch tickets (e.g. break-open, pull-tab, Nevada strips).....	3a) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3b) <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Raffle or fundraising tickets.....	4a) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4b) <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Blotzito	5a) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5b) <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Cards for money (poker, black jack, etc.).....	6a) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6b) <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Board or dice (for money).....	7a) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7b) <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Video lottery terminals.....	8a) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8b) <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Slot machines at casinos or racetracks.....	9a) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9b) <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Arcade or video games for money or something of value.....	10a) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10b) <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Sport Select (e.g. Pro Line, Over/Under, Point Spread).....	11a) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11b) <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Sports pools or games (hockey, basketball, etc.)....	12a) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12b) <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Sports through a bookie (i.e. someone who accepts and pays off bets).....	13a) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13b) <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Horse race (i.e. live at track and/or off-track).....	14a) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14b) <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
15. Table games at casinos (e.g. poker, black jack, roulette).....	15a) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15b) <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
16. Your or someone else's performance in games of skill (e.g. pool, golf, bowling, darts) or other activities (e.g. sports school).....	16a) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16b) <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
17. A dare or challenge that you or someone else can do something.....	17a) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17b) <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
18. Bingo (for money or something of value).....	18a) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18b) <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
19. Any other form of gambling/betting (What is it? Please write down).....	19a) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19b) <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>

-1-

CAGI_V1.09_July 2010

ANEXO 8: INVENTARIO DE SITUACIONES PRECIPITANTES DE LA RECAÍDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO (52)

APÉNDICE

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA RECAÍDA

**INVENTARIO DE SITUACIONES PRECIPITANTES DE LA RECAÍDA
Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL JUEGO PATOLÓGICO
(Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1997)**

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

A continuación aparece una lista de situaciones que a algunas personas les producen ganas de jugar. Conteste a cada una de ellas en función de si usted considera que es una situación "*muy peligrosa*", "*bastante peligrosa*", "*poco peligrosa*" o "*nada peligrosa*" para volver a jugar. Si se le ha presentado alguna vez alguna de las situaciones que ha considerado como peligrosa, indique qué estrategias ha utilizado para afrontarla adecuadamente. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

1. Cuando paso por un local de juego o por un bar con máquinas tragaperras.

—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

2. Cuando estoy con otras personas que están jugando.

—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

3. Cuando me siento solo y pienso que a nadie le importa lo que me ocurre.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

4. Cuando estoy muy nervioso.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

5. Cuando empiezo a pensar que jugar una vez no me hará daño.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

6. Cuando me siento deprimido.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

7. Cuando tengo problemas en el trabajo.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

8. Cuando siento que me regañan injustamente.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

9. Cuando estoy muy contento.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

10. Cuando tengo dinero disponible para gastar.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

11. Cuando recuerdo los buenos tiempos en los que jugaba.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

12. Cuando hay riñas y peleas en casa.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

13. Cuando estoy irritado o me siento frustrado.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

14. Cuando hay ocasiones especiales como Navidad, cumpleaños, fiestas, etc.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

15. Cuando estoy aburrido.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

16. Cuando pienso en la posibilidad de ponerme a prueba y jugar una vez para ver si controlo mi juego.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

17. Cuando la máquina está "caliente".

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

18. Cuando tengo una deuda que no me he atrevido a confesar.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

19. Cuando me encuentro con una nueva máquina que no conocía.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

A continuación especifique otras situaciones que no aparecen en este cuestionario y que a usted le han supuesto un alto riesgo de recaída. Indique también cómo afrontó dichas situaciones.

Situación 1:

Estrategia de afrontamiento utilizada:

Situación 2:

Estrategia de afrontamiento utilizada:

Situación 3:

Estrategia de afrontamiento utilizada: