

II JORNADA

"LAS LUDOPATÍAS IRRUMPEN EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES"

23/10/2018

SALÓN DE CONFERENCIAS COMPLEJO DEPORTIVO CULTURAL "PETXINA"
VALENCIA



Organiza:



www.patim.org

Colaboran:



AJUNTAMENT DE VALÈNCIA
REGIDORIA DE SANITAT, SALUT I ESPORTS



UPCCA
VALENCIA

COMITÉ ORGANIZADOR DE LA JORNADA

Presidentes:

Francisco-Jesús Bueno Cañigral
José Francisco López y Segarra

Secretaria:

Carolina de Mingo López

Vocales:

Ariel de Lucas Avilés
Javier Grau Palomar
Ricardo Pérez Gerada
Vicent G. Ferrer i Marco

Editores:

Francisco-Jesús Bueno Cañigral
Vicent Escorihuela Roig
Javier Grau Palomar
Carolina de Mingo López

Edita:

Pla Municipal de Drogodependències (PMD)
Unitat de Prevenció Comunitària en Conductes Adictives (UPCCA- València)
Regidoria de Sanitat, Salut i Esports
Ajuntament de València

ISBN: 978-84-9089-152-0

D.L.: V-3676-2018

Imprime: martígràfic

ÍNDICE

06 INAUGURACIÓN

07 D^a Maite Guirau Meliá
Regidora de Sanitat, Salut i Esports, Ajuntament de València

11 D. José Francisco López y Segarra
Presidente Fundación Patim de la Comunidad Valenciana

16 CONFERENCIA INAUGURAL

17 Presenta: D. Francisco J. Bueno Cañigral
Jefe de Servicio. PMD / UPCCA – Valencia.

20 “TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEL JUEGO: UN ENFOQUE INTEGRADOR”
D. Enrique Echeburúa Odriozola
Catedrático en Psicología Clínica de la Universidad del País Vasco.

34 MESA REDONDA. “EL JUEGO NO VIENE SOLO”

35 “APUESTAS DEPORTIVAS ONLINE”
D. Ángel Turbi Pinazo. Dr. en Psicología. Director del Máster Conductas Adictivas. Máster en Psicología Jurídica y Forense. Profesor UCV.

43 “PERFILES Y GRUPOS DE AUTOAYUDA”
D. Juan José Lamas Alonso. Director Técnico de FEJAR

49 “EL SESGO DEL EXPERTO: PURO MÁRKETING”
D^a Marta Marcos Moliner. Técnico Investigación. Universidad de Valencia.

53 “ADICCIONES, DARKWEB Y CRIPTOMONEDA”
D. Juan Lázaro Mateo. Psicólogo. Coordinador técnico CREAP. Tesorero Asociación Juego Ético.

59 “LA PRODIGALIDAD: CUANDO LO DEMÁS FALLA.”
D^a. Carolina de Mingo López. Asesora Jurídica. Patim.

62 CONFERENCIA DE CLAUSURA

63 “EL MARCO LEGAL DEL JUEGO DE AZAR Y LA PREVENCIÓN DE LA ADICCIÓN AL JUEGO ONLINE”
D. Mariano Chóliz Montañés. Catedrático del Departamento de Psicología Básica de la Universitat de València

INAUGURACIÓN

“LAS LUDOPATÍAS IRRUMPEN EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES”



Maite Guirau Meliá
Regidora de Sanitat, Salut i Esports, Ajuntament de València

Para la Concejalía de Sanidad y Salud es una gran satisfacción la colaboración en la realización de esta Segunda Jornada “Las adicciones sin sustancia irrumpen en el tratamiento” conjuntamente con la Fundación Patim.

La continua colaboración que realizamos desde la Concejalía de Sanidad y Salud con las diferentes asociaciones profesionales, entidades ciudadanas, etc. está propiciando la realización de actividades diversas en materia de prevención de las adicciones tanto con sustancia como sin sustancia.

Quiero destacar que nuestra pretensión es apoyar, financiar, divulgar y potenciar todas las actuaciones que desde las mismas se realicen y que entren en nuestro ámbito de competencias. Tenemos que descentralizar aún más las actividades y llevarlas a todos los barrios de nuestra ciudad y partiendo del tejido asociativo que destaca por su cercanía a la ciudadanía, aumentemos y diversifiquemos las actuaciones dirigidas a la promoción de la salud en general y a la prevención de las adicciones en particular.

En esta línea, ya realizamos el 26 de octubre del año pasado la Primera Jornada con la Asociación PATIM, que constituyó un éxito de asistencia y de participación, de exposiciones de temas actuales y muy interesantes, y de difusión de una monografía que recogió las excelentes intervenciones de todos los ponentes que participaron en la misma. A quien no le haya llegado la monografía por correo electrónico en formato pdf o quien no la conozca puede descárgasela desde la página web del Plan Municipal de Drogodependencias de la Concejalía de Sanidad y Salud del Ajuntament de València www.valenica.es/pmd.

Como sabéis la Asociación Americana de Psiquiatría ya manifestó respecto al Juego Patológico que «Ha habido un incremento de evidencias consistentes de que jugar activa el sistema cerebral de recompensa de forma similar a como lo hacen las drogas de abuso y a

que provoca una patología cuyos síntomas clínicos son comparables a los que provocan las drogas».

Desde entonces hasta la actualidad los problemas están cada vez más presentes, ya que ha habido un gran incremento de las ofertas de juego tanto presencial como online. La rápida evolución social, las continuas oportunidades de juego que ofrece la red, los estímulos económicos que se promocionan para jugar, la gran velocidad de avance de la digitalización y la banalización de las consecuencias que tiene el juego realizada por las grandes empresas que lo promocionan y los diferentes operados, hace que estemos ante un fenómeno cada vez más creciente que nos preocupa a todos.

El juego online va en aumento por lo que existe una alarma social importante; una demanda por parte de los padres, de los profesores y de los profesionales para que se actúe ante este problema; así mismo se constata una gran necesidad de intervención ante esta problemática. Y nos preocupa no sólo por su imparable crecimiento, sino también por los diferentes problemas que puede acarrear:

- Problemas de salud física y mental
- Problemas en los estudios
- Problemas financieros
- Problemas familiares
- Problemas laborales
- Problemas legales

Para diferentes autores, la ludopatía está tan arraigada en la sociedad que piensan que estamos ante una pandemia, donde la agresividad publicitaria y su diversidad no atiende más que a razones comerciales y económicas: No importan las personas, su edad, su educación, su actividad laboral, su condición social, etc. Lo único que importa es que las personas menores y mayores de edad jueguen, apuesten, que incluso pidan prestado dinero para jugar, que los jóvenes realicen pequeños hurtos, etc.

Se puede apostar a casi todo y en casi todos los lugares. Por lo que, para nuestra Concejalía y para el Servicio de Drogodependencias (PMD/UPCCA-Va-

lència) es una prioridad realizar una adecuada prevención de las adicciones en general, y de forma particular aquellas adicciones en que las sustancias no están implicadas; ya que la sociedad es ya muy consciente de los riesgos que conllevan el consumo de drogas, pero consideramos que no tiene la misma percepción cuando hablamos del uso excesivo e incluso patológico de Internet, las Redes Sociales o los Juegos de Azar Online. Y todo esto debemos hacerlo de forma multidisciplinar, con diversos profesionales, Asociaciones y Fundaciones implicadas en la prevención, el tratamiento, el asesoramiento y la formación de las personas para la realización de un uso adecuado de las opciones de juego que la sociedad les presenta.

Conscientes pues de esta realidad emergente los profesionales del Servicio de Drogodependencias pusieron en marcha diferentes iniciativas dentro de las actividades de Prevención Escolar y de Prevención Familiar para el Buen Uso de las Tecnologías, fomentando su adecuado conocimiento y evitando el abuso de las mismas, que ha culminado con la elaboración completa del Programa de prevención del uso problemático de internet y redes sociales "Clikeando".

Otro de nuestros ejes de intervención ha sido la prevención de la adicción a los juegos de azar, dado el potencial adictivo que para la juventud tiene esta modalidad. Lo cual nos llevó a establecer una estrecha colaboración con la Facultad de Psicología de la Universitat de València, ya que el profesor Mariano Chóliz, autor del Taller LUDENS nos ofreció colaborar en la implementación del dicho taller en nuestro municipio; ofrecimiento que aceptamos encantadas ya que este Programa es pionero en nuestro país, y aborda la prevención de la ludopatía tanto desde la información como desde la sensibilización y la recomendación de pautas de actuación.

En nuestro municipio esta actividad se realiza en dos sesiones presenciales (de una hora de duración cada una de ellas). (2º ciclo de ESO, Bachiller y Ciclos formativos).

Este Taller Ludens es un Programa de Prevención de la Adicción al Juego de Azar, mediante información, sensibilización, cambios actitudinales y adquisición de pautas de conducta apropiadas. Está dirigido al alumnado de Bachiller y Formación Profesional y cuenta con dos sesiones:

Sesión 1: Juego, jugadores y adicción: El azar. Historia del juego de azar. El juego como actividad económica. El camino hacia la adicción: La motivación para jugar. El jugador. Juego excesivo y adicción al juego.

Sesión 2: La nueva realidad del juego en España: Juego Online en España. El juego Online y la Adicción. Introducción al consumo: publicidad y marketing. Políticas de juego y juego responsable

Desde el inicio del programa hasta la actualidad han participado en el mismo 5.640 alumnos/as. Así, en el pasado Curso escolar 2017-2018 participaron en el mismo 31 centros educativos, se realizaron 75 talleres y participaron 1.685 alumnos/as, de los cuales 120 son de 4º curso de la ESO, 1.239 son de bachiller y 326 de ciclos formativos.

”

Para diferentes autores, la ludopatía está tan arraigada en la sociedad que piensan que estamos ante una pandemia, donde la agresividad publicitaria y su diversidad no atiende más que a razones comerciales y económicas. No importan las personas, lo único que importa es que las personas jueguen e incluso pidan dinero



Los resultados de participación del alumnado durante los Talleres Ludens realizados en todos los Cursos escolares han sido muy positivo, tal y como reflejan los resultados de la evaluación que cumplimenta el alumnado al final de los mismos.

Con posterioridad a la puesta en práctica de estos Talleres Ludens por parte de la Concejalía de Sanidad y Salud del Ajuntament de València, la Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat Valenciana, asumió también este Programa que se lleva a cabo en las UPCCA de la Comunidad Valenciana.

El profesor Mariano Chóliz ha elaborado un informe sobre los hábitos de juego en los estudiantes de la ciudad de Valencia del Curso escolar 2017-2018 y que es el resultado de las 953 encuestas sobre juego de azar realizadas a 419 chicos y 494 chicas con una media de edad de 16,4 años, participantes en los Talleres Ludens de prevención de adicción al juego.

Este informe recoge los resultados grupales de los escolares de los centros educativos a los cuales se les ha administrado la encuesta, como son acercamiento a la realidad del juego y de los problemas de adicción que el juego de azar puede llegar a producir en jóvenes y adolescentes

El propósito de este estudio es el conocimiento del uso de los juegos de apuestas por parte de los estudiantes. Se analizan tanto los juegos más tradicionales (quinielas, máquinas, etc.) como los actuales juegos online, tanto si se llevan a cabo a través de ordenador o móvil, como si se juega en máquinas de apuestas deportivas en bares y salones.

Quiero destacar dos aspectos del Informe:

1º Los motivos que tienen para jugar:

- 241 Por diversión
- 135 Por placer de ganar dinero
- 106 Porque juegan mis amigos/as
- 67 Por demostrar mi habilidad

- 23 Necesito dinero
- 11 Aliviar mi malestar
- 4 Sentirme importante

2º Los adolescentes que cumplen los criterios diagnósticos de juego patológico

- 133 Síndrome de abstinencia
- 62 Jugar para recuperar dinero
- 39 Preocupación por jugar
- 35 Mentiras
- 25 Tolerancia
- 23 Problemas por jugar
- 14 Jugar para evadirse
- 11 Confiar

Aprovecho esta oportunidad para agradecer al profesorado y al alumnado que colaboran codo con codo con los profesionales del PMD/UPCCA-València, en la realización de estos programas de la Concejalía de Sanidad, Salud.

Esta Segunda Jornada ha despertado, como así lo hizo la Primera, el interés de todas y todos los aquí presentes y debido a los excelentes ponentes y a la gran actualidad de los temas que se van a tratar durante el día de hoy, seguro que os resulta muy amena y atractiva.

Agradezco a todos los miembros de la Fundación Patim de la Comunidad Valencia la labor desarrollada durante tantos años de existencia, en particular a su Presidente D. Francisco López por seguir impulsando todas las actividades en sus tres Centros Terapéuticos y por la organización de esta Jornada. También agradezco a Carolina de Mingo el trabajo realizado en la organización de esta Jornada.

Felicito a los ponentes por su participación en esta Segunda Jornada y a todos los profesionales del Servicio de Drogodependencias, así como a los colaboradores externos, por los pertinentes programas que desarrollan y por su continua labor preventiva e innovadora y por abordar conjuntamente con las asociaciones ciudadanas temas tan actuales como los que se van a tratar en esta jornada.

EL JUEGO Y LA CUARTA REVOLUCION: LA TECNOLÓGICA



José-Francisco López y Segarra
Sociólogo - Criminólogo, Master en adicciones
Adictólogo

Inmersos ya en la cuarta revolución a la que la humanidad se enfrenta, la tecnológica, nos encontramos con grandes desafíos pero también con grandes oportunidades. Desde esta entidad, uno de los aspectos que más nos preocupa es que se hacen más profundos los efectos negativos de esta revolución. La vulnerabilidad del colectivo que atendemos generará una exclusión social mayor que los beneficios que puedan producirse.

Y es que la capacidad de competitividad de estas personas es de por sí inferior. Pero si lo comparamos a la operatividad que esta era de la digitalización -que nos exige 24 horas/365 días al año- la brecha que se producirá es mucho mayor.

No debemos de sucumbir a los efectos de la revolución sino luchar por una dignidad en el trabajo. Si lo que queremos es convertir al ser humano en un robot estamos en el buen camino. Yo me niego a creer en ese extremo por lo que tenemos que encontrar fórmulas intermedias que concilien con la familia, el medio ambiente, que generen un propio marco de responsabilidad social y, sobre todo, hay que tener claro que el ser humano puede adaptarse pero no cambiarse por completo, perdiendo la esencia y su identidad.

Tenemos que crear un argumentario para aceptar y dar forma a los nuevos procesos que surjan de la revolución. No es posible vivir en una revolución permanente. Hay que asentar los cambios para poder construir sobre ellos nuevas propuestas que nos impulsen a alcanzar objetivos distintos.

La revolución tecnológica es una oportunidad pero tiene riesgos. Y vamos a fijarnos en estos últimos. Ser virtuales será nuestra doble cara. Quizás como una armadura. Lo que se ve de nosotros, la parte externa. Pero dentro está la persona. No diseñemos una revolución tecnológica como si alumbráramos robots en lugar de seres humanos.

Esta condición digital -ser virtuales- tendremos que enseñarla (desde la infancia), "tutelar la identidad digital" y

poner barreras: limitar el acceso a menores a tecnología, incrementar la información sobre riesgos, educar, etc

Detectamos grandes carencias en la prevención en la tutela de la identidad que eviten la fractura de la sociedad por lo que hemos de ser capaces de crear más mecanismo integradores para afrontar la revolución tecnológica.

En ningún momento se trata de una crítica, sino más bien contemplarlo como un proceso. Sabemos de la vulnerabilidad de nuestros colectivos, de su fragilidad y deterioro, por ello tenemos que ponernos “manos al teclado” y seguir adelante.

Antes de pasar a detallar el programa, sería interesante generar un mapa de las necesidades básicas con las que se encuentran los colectivos de exclusión:

1. Alfabetización digital (universal, selectiva, indicada) que evite la brecha digital, incorpore a un gran segmento de la población haciendo posible una inclusión efectiva.
2. Familiarizarnos con la robótica. Saber que va a formar parte de nuestras vidas. Una realidad que ya está entrando en nuestras vidas. Está al alcance de nosotros y en gran medida, dependeremos de ella. La soledad ya no será solo de seres humanos, sino que también podemos caer en la “soledad tecnológica”
3. Personalidad virtual (on line). La huella permanecerá a pesar del tiempo. Ante ello debemos generar cauces de privacidad que diferencien nuestra identidad digital de nuestra identidad real.
4. La violencia... de género, infantil, social, en definitiva, aquello que llamábamos ciberacoso puede formar parte de nuestro día a día. Tenemos que estar preparados para “fake news”. Genera indefensión.
5. Lo que empieza a denominarse inteligencia artificial puede anular nuestros sentimientos y fomentar los principios economistas.
6. Combatir las nuevas adicciones, algo que nos preocupa desde hace mucho tiempo. No es nuevo que se publiciten las adicciones –con sustancia o sin sustan-

” Quizás tengamos un instrumento a nuestro alcance para hacer frente a esta avalancha digital: los Objetivos de Desarrollo Sostenible



cia-, que internet sea el canal de acceso para conseguirlas o para jugar, ahora es parte del problema, facilitando espacios donde se propician conductas de riesgo-

Debemos crear una sociedad que entienda y sea capaz de controlar la revolución. Habrá víctimas, como en todas las revoluciones. Pero debemos aspirar –y conseguir- que cada vez sean menos. El capital humano debe estar por encima del proceso de digitalización y de la tecnología. Hay que

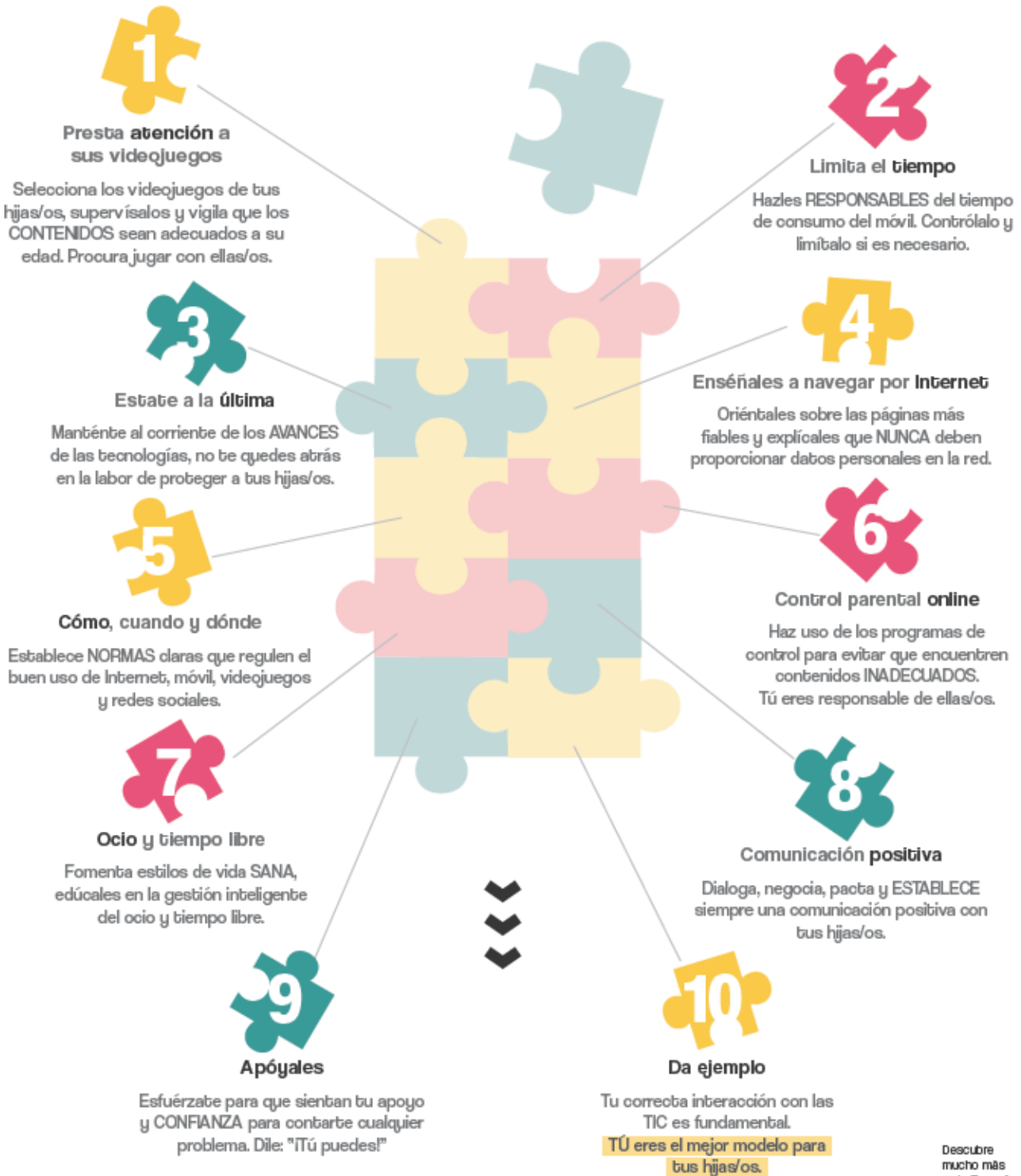
conseguir la universalización y aprendizaje de las herramientas, priorizar una economía de escala y luchar por evitar la desaparición de las microorganizaciones en base a una globalización del proceso digital que se aparta del humanismo y la solidaridad.

Quizás tengamos un instrumento a nuestro alcance para poder hacer frente a toda esta avalancha digital, los Objetivos de Desarrollo Sostenible que impulsan Naciones Unidas.



➤ Decálogo TIC

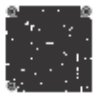
Tecnologías de la Información y la Comunicación



Descubre mucho más en la Escuela de Madres y Padres

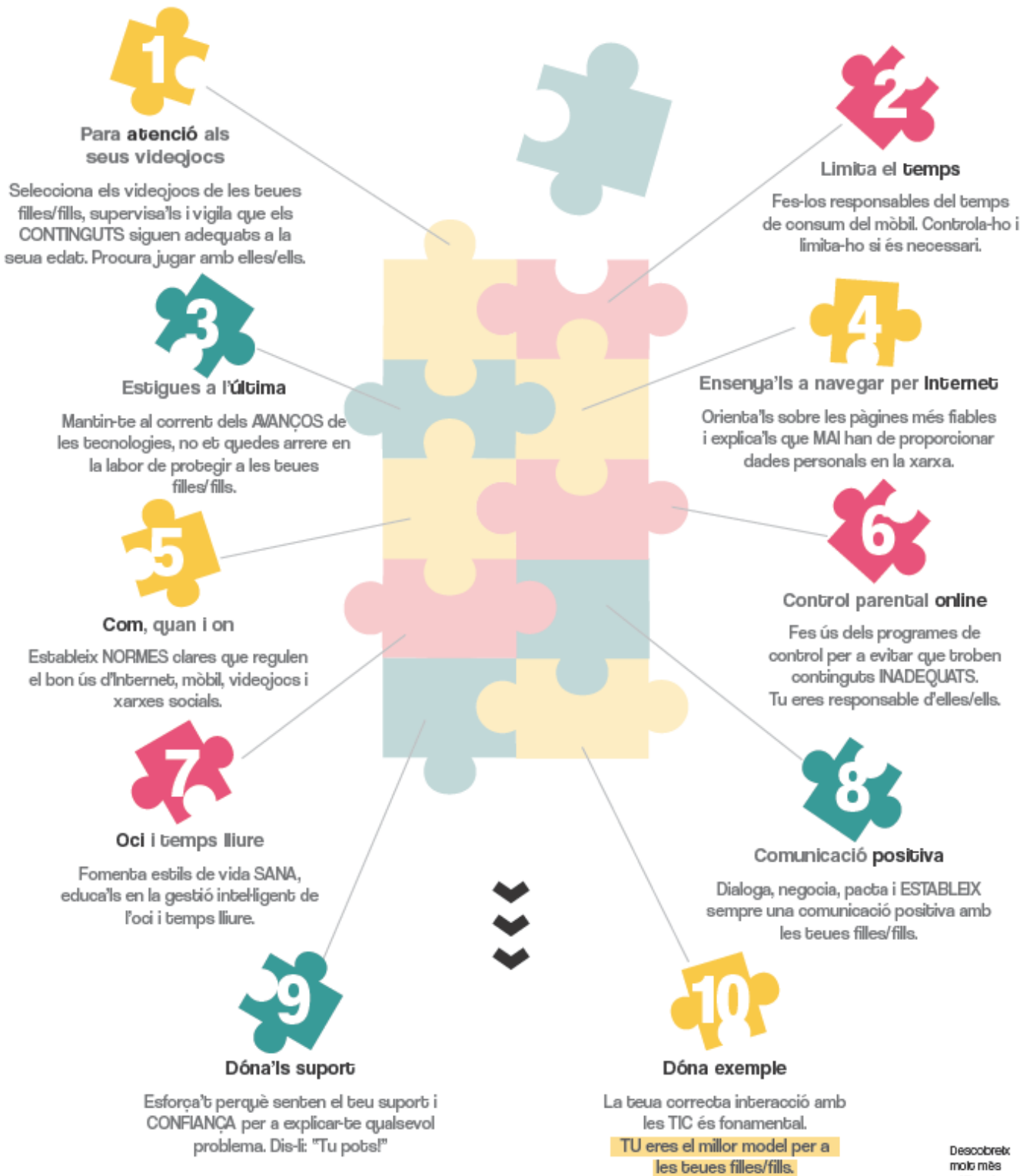


➤ Prevenció Familiar.
 PMD - UPCCA
 València



► Decàleg TIC

Tecnologies de la Informació i la Comunicació



Descobrir
molt més
a l'Escola
de Mares i
Pares



CONFERENCIA INAUGURAL

[Presentación]

PRESENTACIÓN



Francisco-Jesús Bueno Cañigral
Jefe de Servicio de Drogodependencias. PMD/UPCCA-
València Concejalía de Sanidad y Salud
Ajuntament de València

Muy buenos días. La Dirección General de Ordenación del Juego en su Segundo Informe trimestral del año 2018 sobre la evolución del mercado de juego online correspondiente al periodo abril-junio 2018, recoge entre otros muchos datos los siguientes:

- El GGR (Gros Gaming Revenue o Margen Neto del Juego) [Importe total de las cantidades dedicadas a la participación en el juego, deducidos bonos y los premios satisfechos por el operador a los participantes], del trimestre ha sido de 167,2 millones de euros lo que supone un aumento del 2,33% respecto al trimestre anterior y un aumento respecto al mismo trimestre de 2017 del 40,15%.
- El resto de las principales magnitudes, depósitos y retiradas de los jugadores, gastos en marketing y nuevos usuarios experimentan aumentos tanto respecto al mismo trimestre del año anterior como respecto al trimestre anterior.
- Los usuarios activos en este segundo trimestre fueron de 859.695, lo que representa un incremento del 6,91% respecto al Primer Trimestre de 2018 y un incremento del 31,74% respecto al Segundo Trimestre de 2017.
- Los usuarios nuevos en este segundo trimestre fueron de 268.094, lo que representa un incremento del 0,09% respecto al Primer Trimestre de 2018 y un incremento del 33,33% respecto al Segundo Trimestre de 2017.

Quiero recordarles los Criterios Diagnósticos del Juego Patológico que vienen recogidos en el DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría del año 2013.

El paciente muestra una conducta de juego persistente y desadaptativa, tal como se refleja en la presencia de 4 o más de los siguientes síntomas:

1. Preocupación por el juego.
2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
3. Fracasos repetidos en los esfuerzos para controlar el juego.

4. Inquietud o irritabilidad cuando se intenta interrumpir o detener el juego.
5. Utilización del juego como vía de escape de los problemas o de alivio del malestar emocional.
6. Intentos repetidos de recuperar el dinero perdido.
7. Mentiras a la familia y a los terapeutas sobre la implicación en el juego.
8. Puesta en peligro o pérdida de relaciones personales significativas, de trabajo o de oportunidades educativas debido al juego.
9. Apoyo económico reiterado por parte de la familia y de los amigos.

Con esta información, ponemos de manifiesto que existen conductas normales, como conectarse diariamente a internet, usar las redes sociales, participar en juegos de apuestas, etc.

Perotambién escada día máshabitual cumplir cuatro los nueve requisitos de la APA y hacer por tanto un uso anormal de estos dispositivos en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de dinero invertida y, en último término, en función del grado de interferencia negativa en las relaciones familiares, sociales, educativas y laborales de las personas implicadas, más en mujeres que en hombres y que cada vez son más jóvenes.

Por lo que el demandar la abstinencia del juego, jugar moderadamente o practicar un juego responsable, parece que en la actualidad es un planteamiento poco eficaz por lo que el tratamiento del juego patológico ha avanzado mucho y es además un gran reto de futuro.

Como todos saben, los Tratamientos Principales del Juego Patológico descritos en la literatura científica son:

- Tratamientos Conductuales: Desensibilización imaginada. Relajación. Control de estímulos. Exposición en vivo con prevención de respuesta.
- Tratamientos Cognitivos: Reestructuración cognitiva. Prevención de recaídas. Terapia motivacional.
- Tratamientos Farmacológicos: Antidepresivos IRSS. Antagonistas de los

opiáceos. Estabilizadores del estado de ánimo. Neurolépticos atípicos.

- Grupos de Autoayuda: Jugadores Anónimos.

Para hablarnos del tratamiento del trastorno del juego, desde un enfoque integrador, tengo la satisfacción de presentar a D. ENRIQUE ECHEBURÚA ODRIÓZOLA, Catedrático de Psicología Clínica del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco.

El Profesor Echeburúa imparte docencia de Pregrado en la asignatura Psicopatología en 4º Curso de Psicología y docencia de Doctorado en Aportaciones de la investigación a la Psicología Clínica: Tratamientos psicológicos efectivos. Ha dirigido 12 Programas de Investigación, que son:

1. Interacciones entre la terapia de conducta (autoexposición) y las benzodiazepinas (Alprazolam) en el tratamiento de la agorafobia sin crisis de angustia. Universidad del País Vasco. 1987-88. Código: UPV 230.12-41/86.
2. Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático en víctimas de violación. Universidad del País Vasco. 1989-1990. Código: UPV 006.230-0106/88.
3. Interacciones entre la exposición en vivo y la reestructuración cognitiva en el tratamiento de la fobia social de tipo generalizado. Universidad del País Vasco. 1991. Código: UPV 006.230-H067/90.
4. Prevención de recaídas en la terapia del juego patológico: comparación diferencial de tratamientos. Universidad del País Vasco. 1995. Código: UPV 006.231-HA182/95.
5. Tratamiento psicológico de hombres violentos en el hogar: un estudio experimental. Universidad del País Vasco. 1998. Código: UPV 006.231-HA177/97.
6. Tratamiento psicológico del trastorno mixto de ansiedad y depresión. Gobierno Vasco. 2001-2002. Código: HU 1999-115.
7. Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria en los trastornos de personalidad. Universidad del País Vasco. 2002-2003. Código: UPV 00006.231-H-13931/2001.

8. Trastornos de personalidad y ludopatía. Ministerio de Ciencia y Tecnología. 2004-2005. Código: BS02003-05895.
9. Predicción de riesgo de homicidio en la violencia de pareja. Ministerio de Educación y Ciencia. 2006-2008. Código: SEJ2005-09170-C04-02/PSIC.
10. Perfil psicopatológico diferencial de las mujeres ludópatas: implicaciones para el tratamiento. Ministerio de Ciencia e Innovación. 2009-2011. Código: PSI2008-03718.
11. Apoyo psicológico a mujeres en situación de vulnerabilidad. Universidad del País Vasco. 2009-2011. Código: GIU08/16.
12. Rehabilitación psicológica integrada en la esquizofrenia crónica. Ministerio de Ciencia e Innovación. 2012-2014. Código: PSI2011-27590.

Ha publicado 27 libros, de los cuales quiero destacar:

- Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta
- ¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones (juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet)
- Nuevas fronteras en el estudio del juego patológico

- Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes
- El juego patológico
- Adicción a las redes sociales y nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Guía para educadores
- Abuso de Internet: ¿antesala para la adicción al juego de azar online?

Ha publicado 98 artículos científicos en revistas en español y 68 artículos en revistas en inglés

Sus líneas actuales de investigación son: Juego patológico. Trastorno de estrés postraumático. Agresiones sexuales. Violencia de pareja

Además de la docencia y de la investigación realiza diversas actividades, entre las cuales debo destacar: Que es miembro de número de Jakiunde (Academia Vasca de las Ciencias, las Artes y las Letras). Miembro fundador del Instituto Vasco de Criminología. Miembro fundador del Consejo Asesor del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Y que ha sido Director del posgrado de Victimología y Codirector de la Revista de Victimología/ Journal of Victimology.



TRATAMIENTO
DEL TRASTORNO
DEL JUEGO:
UN ENFOQUE
INTEGRADOR

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEL JUEGO: UN ENFOQUE INTEGRADOR



Enrique Echeburúa

Catedrático en Psicología Clínica de la Universidad del País Vasco.

1. INTRODUCCIÓN

La ludopatía es una forma de adicción sin droga. Las adicciones sin drogas funcionan, en unos casos, como conductas sobreaprendidas que traen consigo consecuencias negativas y se adquieren a fuerza de repetir comportamientos que en un principio resultan agradables; en otros, como estrategias de afrontamiento inadecuadas para hacer frente a los problemas personales (Echeburúa, 1999).

Lo que define a una conducta adictiva es que el paciente pierde el control cuando desarrolla una actividad determinada y que continúa con ella a pesar de las consecuencias negativas de todo tipo, así como que adquiere una dependencia cada vez mayor de esa conducta. De este modo, el comportamiento está desencadenado por una emoción que puede oscilar desde un deseo intenso hasta una auténtica obsesión y que es capaz de generar un síndrome de abstinencia si se deja de practicarlo. Por ello, el sujeto, ofuscado por el objeto de su adicción, llega a perder interés por otro tipo de conductas que anteriormente le resultaban gratificantes (De la Gándara, 1996). Asimismo la ludopatía, al igual que todas las conductas adictivas, está controlada inicialmente por reforzadores positivos -el aspecto placentero de la conducta en sí-, pero termina por ser controlada por reforzadores negativos -el alivio de la tensión emocional, especialmente- (Echeburúa, 1999; Marks, 1990).

La presencia incontrolada de máquinas tragaperras en bares y lugares de ocio, junto con la oferta abundante de bingos, casinos y de los juegos más tradicionales (quinielas, loterías, cupones, carreras de caballos, etcétera), ha hecho aumentar considerablemente la ludopatía. La indefensión ante esta avalancha de juegos con apuestas afecta especialmente a los adolescentes y a las personas más vulnerables psicológicamente.

En España, la tasa de prevalencia de la ludopatía oscila entre el 2% y el 3% de la población adulta (Becoña,

1999). El trastorno es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, pero éstas son mucho más reacias a buscar ayuda terapéutica por la censura social existente.

A diferencia de otras conductas adictivas, el juego patológico se distribuye por todas las clases sociales y por todas las edades. No obstante, la edad de acceso al juego ha descendido en los últimos años. De hecho, cada vez son más los adolescentes que buscan tratamiento por problemas de juego (Báez y Echeburúa, 1995; Begoña, 2001).

Los ludópatas, al menos en España, muestran una dependencia fundamentalmente a las máquinas tragaperras, ya sea sólo a éstas o en combinación con otros juegos. La dependencia en exclusiva a otros juegos de azar es mucho menor (Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1994).

Desde una perspectiva psicopatológica, la depresión y el abuso de alcohol están asociados con frecuencia al juego patológico (Báez et al., 1994; McCormick, Russo, Ramírez y Taber, 1984). De hecho, la tasa de prevalencia del consumo abusivo de alcohol u otras drogas entre los ludópatas oscila alrededor del 15%-20% (Báez et al., 1994; Lesieur y Heineman, 1988; Rodríguez-Martos, 1989).

Como ocurre en todos los trastornos adictivos, el impacto del juego patológico va más allá del propio paciente. En concreto, la familia, los amigos y el ambiente laboral están profundamente afectados por la problemática del juego del sujeto (McCormick y Ramírez, 1988). Es más, el deterioro puede extenderse en algunos casos a la pareja del jugador, en forma de aumento de la bebida y del tabaco, de trastornos de la conducta alimentaria o de conductas impulsivas (Lorenz y Yaffee, 1988).

En definitiva, el jugador patológico se caracteriza por una dependencia emocional del juego, una pérdida de control y una interferencia negativa en el funcionamiento normal en la vida cotidiana (Echeburúa y Báez, 1994).

2. VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA A LA LUDOPATÍA

El ser humano necesita alcanzar un nivel de satisfacción global en la vida. Normalmente, éste se obtiene repartido en diversas actividades: la familia, el trabajo, la pareja, la comida, las aficiones, el deporte, etcétera. Según señala Bertrand Russell en *La conquista de la felicidad*, un mayor número de aficiones e intereses de una persona está en relación directa con una mayor probabilidad de ser feliz. De este modo, las carencias en una dimensión pueden compensarse, en cierto modo, con las satisfacciones obtenidas en otras (Echeburúa, 1999).

Por el contrario, si una persona es incapaz de diversificar sus intereses o se siente especialmente frustrada en una o varias de estas facetas, puede entonces centrar su atención en una sola. El riesgo de adicción en estas circunstancias es alto. De este modo, la adicción constituye una afición patológica que, al causar dependencia, restringe la libertad del ser humano (Alonso-Fernández, 1996).

En algunos casos hay ciertas características de personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica a las adicciones: la impulsividad; la disforia (estado anormal del ánimo que se vivencia subjetivamente como desagradable y que se caracteriza por oscilaciones frecuentes del humor); la intolerancia a los estímulos displacenteros, tanto físicos (dolores, insomnio, fatiga, etcétera) como psíquicos (disgustos, preocupaciones, responsabilidades, etcétera) y la búsqueda exagerada de emociones fuertes. Hay veces, sin embargo, en que en la adicción subyace un problema de personalidad -de baja autoestima, por ejemplo- o un estilo de afrontamiento inadecuado ante las dificultades cotidianas.

Otras veces se trata de personas que carecen de un afecto consistente y que intentan llenar esa carencia con el juego. Lo que falta a estas personas es el cariño, que llena de sentido nuestra vida y contribuye

de forma decisiva a nuestro equilibrio psicológico.

En resumen, un sujeto con una personalidad vulnerable, con unos recursos psicológicos defectuosos, con una cohesión familiar débil y con unas relaciones sociales pobres corre un gran riesgo de hacerse adicto si cuenta con un hábito de recompensas inmediatas, tiene el objeto de la adicción a mano, se siente presionado por el grupo y está sometido a circunstancias de estrés (fracaso escolar, frustraciones afectivas, competitividad, etcétera) o de vacío existencial (inactividad, aislamiento social, falta de objetivos, etcétera). El esquema del inicio y mantenimiento de las adicciones sin drogas se describe en la figura 1.

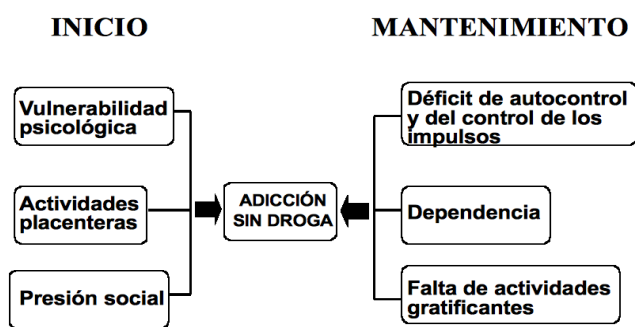


FIGURA 1. INICIO Y MANTENIMIENTO DE LAS ADICCIONES SIN DROGAS

3. EVALUACIÓN DE LA LUDOPATÍA

Los instrumentos de evaluación del juego patológico actualmente disponibles son muy limitados. De hecho, la investigación sobre la efectividad de los enfoques terapéuticos no ha estado basada en criterios ni en medidas uniformes, por lo que resulta difícil comparar los distintos estudios (Toneatto y Ladouceur, 2003).

En el ámbito clínico se cuenta con instrumentos de screening, como el Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP) (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1995; Ruiz-Pérez y Echeburúa, 2017), con pruebas más propiamente diagnósticas, como el Cuestionario de Juego de Soath Oaks (SOGS) (Lesieur y Blume,

1987; validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994) o, más recientemente, con entrevistas clínicas basadas en los criterios del DSM-IV, como la NORC DSM Screen for Gambling Problems (NODS) (Gerstein, Hoffman y Larison, 1999).

Asimismo un instrumento de interés en el ámbito de las adicciones, como el Índice de Severidad de la Adicción (ASI) (McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980), ha sido adaptado recientemente al ámbito del juego patológico, analiza el nivel global de funcionamiento del paciente en la vida diaria y cuenta con buenas propiedades psicométricas (Petry, 2003).

Por otro lado, para poder llevar a cabo adecuadamente una intervención en prevención de recaídas en los pacientes ludópatas, es necesario evaluar e identificar qué situaciones concretas son peligrosas para cada paciente, así como saber la percepción subjetiva que el sujeto tiene respecto a su capacidad para afrontarlas. En este sentido, hay dos instrumentos de evaluación que son muy útiles para identificar las posibles situaciones precipitantes de la recaída y la capacidad subjetiva para afrontar cada una de ellas.

El Inventario de Situaciones Precipitantes de la Recaída y de Estrategias de Afrontamiento en el Juego Patológico (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997) permite al paciente, en la primera parte, detectar el nivel de peligrosidad de cada situación concreta con 4 posibilidades de respuesta ("muy peligrosa", "bastante peligrosa", "poco peligrosa" o "nada peligrosa"). En la segunda parte, el sujeto debe indicar la estrategia de afrontamiento que ha utilizado cuando se ha enfrentado con dicha situación.

A su vez, el Registro de Situaciones de Alto Riesgo para la Recaída (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997) permite al terapeuta conocer si el paciente es capaz de identificar situaciones de alto riesgo para la recaída y si es capaz de poner a prueba las habilidades de afrontamiento aprendidas durante la terapia. Asimismo permite al sujeto tomar conciencia de los progresos experimentados.

4. TRATAMIENTO DE LA LUDOPATÍA

Al haberse considerado la ludopatía como una adicción, se ha recurrido a la utilización de técnicas terapéuticas que han mostrado su utilidad en el control del alcoholismo y de la drogadicción (Becoña, 1996). De hecho, los primeros programas de tratamiento estructurados han sido en régimen de internamiento y comunes a los llevados a cabo con alcohólicos (McCormick y Ramírez, 1988).

Ha habido un desarrollo ulterior de programas más específicos para ludópatas. Así, por ejemplo, los tratamientos más utilizados han sido la desensibilización imaginada (McConaghy, Armstrong, Blaszczynski y Allcock, 1983, 1988), la reestructuración cognitiva (Ladouceur, Boisvert y Dumont, 1994) y la exposición in vivo y el control de estímulos (Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1994).

Asimismo, más recientemente, se han comenzado a aplicar programas específicos de intervención psicofarmacológica (Grant y Kim, 2002; Grant, Kim y Potenza, 2003). Sin embargo, si bien son abundantes las técnicas empleadas, resultan escasos los estudios publicados en los que se haya puesto a prueba la eficacia diferencial de distintas aproximaciones terapéuticas. Por otra parte, los estudios aluden generalmente a combinaciones de técnicas de las que no siempre puede aislarse el componente efectivo.

4.1 Motivación para el tratamiento

Una característica presente en los trastornos adictivos es la negación de la enfermedad. Los pacientes tienden a negar (o, cuando menos, a minimizar) la dependencia de la conducta adictiva, a atribuirla a exageraciones o intenciones aviesas de los demás (echarle del trabajo, quitarle la custodia de los hijos, etcétera) o a adoptar una actitud soberbia de autosuficiencia, con un aparente dominio de la situación.

La conducta adictiva se mantiene porque el beneficio obtenido es mayor que el coste sufrido. El paciente sólo va a estar realmente motivado para el tratamiento cuando llegue a percatarse, en primer lugar, de que los inconvenientes de seguir como hasta ahora se pliegan ante las ventajas de dar un cambio a su vida y, en segundo lugar, de que por sí solo no puede lograrlo. El terapeuta debe ayudar al paciente a lograr esa atribución correcta de la situación actual y a descubrirle las soluciones a su alcance (Echeburúa, 2001; Miller y Rollnick, 1999).

La rueda del cambio es una buena herramienta para evaluar la disposición a un nuevo estilo de vida y para elegir la estrategia de aproximación al paciente. Según Prochaska y Di Clemente (1983), la motivación para el cambio consta de diversas fases (figura 2):

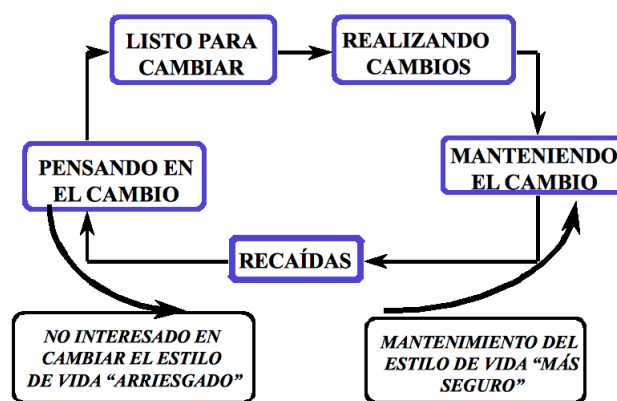


FIGURA 2. FASES DEL CAMBIO

a) Falta de conciencia del problema: el paciente se encuentra en una fase amotivacional en que no se percata del alcance del problema porque no lo vive como tal. Las ventajas de la conducta adictiva superan con creces a los posibles inconvenientes que pueden aparecer de vez en cuando.

b) Valoración del problema: el paciente está pensando en el cambio (fase de reflexión), al menos en ocasiones, pero no está dispuesto a hacerlo de momento. En este caso no se está interesado en modificar el estilo de vida arriesgado porque los inconvenientes de la situación actual no los percibe tan fuertes

como para justificar el esfuerzo del cambio y de la búsqueda de un camino mejor.

c) Decisión de cambiar: el paciente está listo para cambiar (fase de determinación) porque los inconvenientes de la vida actual son claramente superiores a los beneficios obtenidos. Es el momento adecuado para iniciar el tratamiento propiamente dicho.

d) Inicio del cambio: el paciente está realizando cambios (fase de acción) con arreglo a las prescripciones terapéuticas.

e) Mantenimiento del cambio: el paciente incorpora a su repertorio de conductas (fase de mantenimiento) los cambios aprendidos. Estas nuevas conductas pueden estabilizarse, lo cual lleva un cierto período de tiempo (de 3 a 12 meses), o verse afectadas por recaídas.

Cuando el paciente está en la fase de reflexión (es decir, no dispuesto a cambiar), no tiene sentido intentar la terapia en sentido estricto, al menos de momento. Sin embargo, lograr motivar al paciente para que, al menos, acuda a entrevistas periódicas con el terapeuta y retenerlo en el tratamiento constituyen un objetivo prioritario. La estrategia adecuada en este caso es establecer una buena relación terapéutica ganándose la confianza del paciente e informarle de los riesgos de continuar con el estilo de vida actual, así como de señalarle las posibilidades de cambio. En suma, la disposición para el cambio no es un rasgo del paciente, sino un resultado fluctuante de la interacción terapéutica (Hodgins, Currie, El-Guebaly y Peden, 2004; Milton, Crino, Hunt y Proser, 2002).

De este modo, la resistencia al cambio ya no es vista como una dificultad y un problema, sino como un fenómeno que forma parte de la historia natural del cambio. Por desgracia, la transición de la fase de reflexión a la fase de determinación puede demorarse en el tiempo, incluso de forma indefinida, bien por ambivalencia y autoengaño, bien por temor al esfuerzo que todo cambio entraña. Asimismo el proceso de recuperación en una persona en concreto no es rectilíneo, sino que está cuajado de avances y retrocesos (caídas y recaídas).

4.2 Objetivo terapéutico

En el ámbito del juego patológico hay un interés actual por analizar la viabilidad del juego controlado como objetivo terapéutico en el tratamiento de la ludopatía (Ladouceur, Sylvain, Boutin, Lachance, Doucet y Leblond, 2003). Al margen de las propuestas demasiado optimistas de estos autores, quizá sea éste un objetivo válido para ciertos pacientes (los jugadores problemáticos), pero no para otros (los ludópatas propiamente dichos).

De hecho, la mayor parte de los estudios tienen como meta la abstinencia total del juego. No obstante, como ha ocurrido también en el caso del alcoholismo, la posibilidad de crear programas terapéuticos con el objetivo de lograr un juego controlado resulta sugerente, al menos para cierto tipo de jugadores más jóvenes o con un menor grado de dependencia, pero todavía son escasos los estudios que puedan dar un respaldo empírico a este enfoque.

4.3 Técnicas de tratamiento

A corto plazo, el tratamiento inicial de choque se centra, en una primera fase, en el aprendizaje de respuestas de afrontamiento adecuadas ante las situaciones de riesgo (técnicas de control de estímulos); y en una segunda fase, en la exposición programada a las situaciones de riesgo (técnica de exposición en vivo con prevención de respuesta a los estímulos y situaciones relacionadas con la conducta adictiva) (Echeburúa, 1999).

a) Control de estímulos

El control de estímulos -un primer paso siempre necesario en el tratamiento- se refiere a la evitación, en la primera fase de la terapia, de los estímulos asociados a la conducta descontrolada. En el caso de la ludopatía, por ejemplo, se trata de ejercer un control sobre el dinero, eludir los circuitos de riesgo (por la tendencia de los sujetos a jugar en los mismos lugares), evitar la relación con amigos jugadores y, en los casos necesarios, recurrir a la autoprohibición de la entrada

en bingos y casinos, así como de hacer una planificación adecuada para devolver las deudas contraídas. A medida que avanza el tratamiento, el control de estímulos tiende a hacerse menos estricto, excepto por lo que se refiere al contacto con otros jugadores, que siempre van a constituir un factor de riesgo para el sujeto.

b) Exposición a los estímulos

El control de estímulos es un paso necesario, pero no suficiente, para reasumir el control sobre las conductas adictivas. Esta técnica, basada en la evitación, ayuda al sujeto a mantenerlo alejado de los estímulos peligrosos y contribuye a producir en el paciente una mejoría objetiva.

Sin embargo, la posibilidad de jugar, como sucede también con otras conductas adictivas, está presente continuamente en la vida cotidiana. Cuando el sujeto evita los estímulos relacionados con la adicción (por ejemplo, no entrar en los bares con máquinas tragaperras), consigue una recuperación objetiva (no implicarse en la conducta adictiva), pero puede manifestar una intranquilidad subjetiva (pensar con ansia en lo prohibido, no estar seguro de si va a ser capaz de controlarse en el futuro, etcétera). De ahí cabe concluir que esta estrategia de evitación de riesgos -adecuada en las primeras etapas del tratamiento- se muestra, sin embargo, insuficiente en una fase posterior (tabla 1).

en una segunda fase del tratamiento, a los indicios de riesgo de forma progresiva y regular y es capaz de resistirse a ellos sin adoptar conductas de escape y sin implicarse en el juego (figura 3).

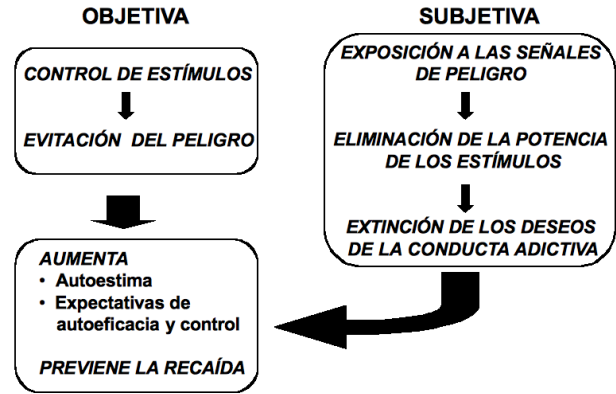
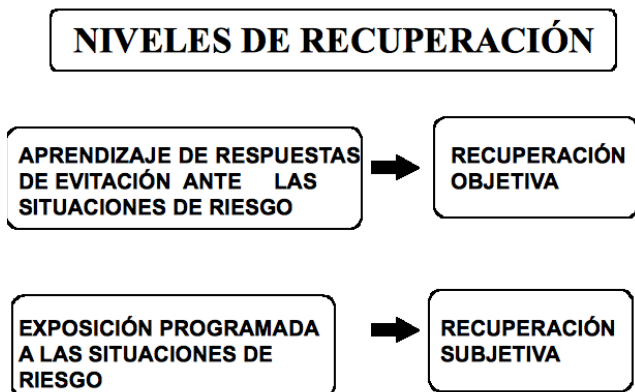


FIGURA 3. RECUPERACIÓN EN LOS TRASTORNOS ADICTIVOS

Por ejemplo, un ex jugador puede entrar en un bar con un amigo, pedir un café, estar en presencia de una máquina tragaperras y aguantar el desasosiego interno sin jugar y sin marcharse del bar hasta que haya decrecido considerablemente el malestar. La exposición a los indicios de riesgo debe hacerse inicialmente en compañía de alguna persona de confianza (familiar, amigo, etcétera) y con algunas ayudas suplementarias (llevar el dinero justo). Hacerlo a solas es algo que debe intentarse sólo cuando ya se ha ensayado esta situación repetidas veces con otras personas y el paciente se encuentra seguro de sí mismo (Edwards, 1986; Hodgson, 1993).

Sólo cuando se ha superado esta fase decrece la intranquilidad subjetiva y el paciente adquiere confianza en su capacidad de autocontrol ante las diversas situaciones cotidianas. De este modo, el riesgo de recaída es menor.

TABLA 1



La recuperación total (objetiva y subjetiva) -es decir, la desaparición del ansia de juego- sólo se produce cuando el sujeto se expone,

5. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

En general la caída inicial suele tener lugar cuando un paciente no ha sabido identificar una situación determinada como de riesgo (por ejemplo, entrar en un bar con máquinas tragaperras para comprar tabaco) o no ha aplicado las estrategias de afrontamiento adecuadas (por ejemplo, rechazar una

invitación a jugar) ante una situación imprevista. Este fallo inicial puede estar también facilitado por un estado de ánimo deprimido, por un conflicto personal o por el consumo de alcohol (Echeburúa, Corral y Amor, 2005).

De la caída inicial -un episodio aislado- se puede pasar rápidamente a la recaída, que supone ya una vuelta a los niveles de juego anteriores al tratamiento. Lo que facilita la pérdida de control y la transición de una situación a otra es la percepción de fracaso del sujeto y la pérdida de confianza en sus habilidades para mantener el objetivo terapéutico propuesto (figura 4) (Marlatt y Gordon, 1985).

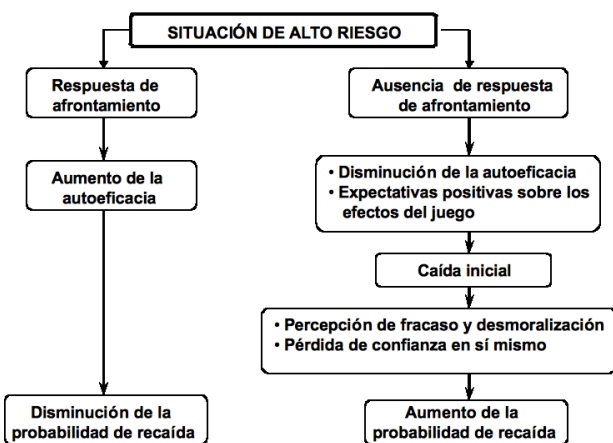


FIGURA 4. MODELO PSICOLÓGICO DEL PROCESO DE RECAÍDA

De ahí la importancia de incluir en los programas de tratamiento técnicas específicas para prevenir las recaídas.

A medio plazo, el tratamiento de mantenimiento, una vez reasumido el control de la conducta, requiere actuar sobre la prevención de recaídas. Así, se trata, fundamentalmente, de identificar situaciones de riesgo para la recaída, de aprender respuestas adecuadas para el afrontamiento de las mismas y de modificar las distorsiones cognitivas sobre su capacidad de control de las conductas adictivas. Asimismo es conveniente cambiar las expectativas sobre las consecuencias de la conducta adictiva e intervenir sobre los mecanismos de autoengaño (por ejemplo, “por una vez que juegue, no me va a pasar nada malo”) (Echeburúa, Amor y Fernández-Montalvo, 2000; Marlatt y Gordon, 1985).

Los procesos de recaída en las adicciones se producen habitualmente en los tres primeros meses después de la terminación del tratamiento. Si una persona mantiene el control durante un período prolongado (1 o 2 años), la probabilidad de recaída disminuye considerablemente. A medida que aumenta la duración de la abstinencia y que el paciente es capaz de hacer frente con éxito a las diversas situaciones presentadas en la vida cotidiana, experimenta una percepción de control, que aumenta la expectativa de éxito en el futuro.

Por último, más a largo plazo, conviene hacer frente al ansia por la conducta adictiva, así como solucionar los problemas específicos (ansiedad, depresión, problemas de pareja, etcétera) e introducir cambios en el estilo de vida, de modo que el paciente sea capaz de obtener otras fuentes de gratificación (Echeburúa, 1999; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997) (tabla 2).

TABLA 2
PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN LAS ADICCIONES

TRATAMIENTO INICIAL
Control de estímulos Exposición con prevención de respuesta
TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO
A medio plazo Identificación de situación de riesgo Aprendizaje de respuestas de afrontamiento adecuadas Modificación de las distorsiones cognitivas sobre su capacidad de control Cambio de expectativas sobre las consecuencias de la conducta adictiva
A largo plazo Control del ansia por la conducta adictiva Solución de problemas específicos Cambio en el estilo de vida

5.1 Control del ansia de juego

El paciente puede experimentar en ocasiones un fuerte deseo de comenzar de nuevo con las pautas adictivas, que puede aparecer de repente en una situación determinada (al pasar delante de un bingo, por ejemplo) o ante ciertos estímulos internos (cuando se encuentra aburrido o enfadado o cuando le viene a la mente alguno de los recuerdos agradables experimentados con la conducta adictiva). En la tabla 3 figuran algunas acciones que se pueden realizar en estas circunstancias.

TABLA 3
¿QUÉ HACER ANTE UN DESEO IMPULSIVO DE REALIZAR LA CONDUCTA ADICTIVA?

- *Piense que se le ha pasado por la cabeza una idea tonta. Usted no necesita llevar a cabo esa conducta; simplemente le apetece hacerlo. Las necesidades son ineludibles pero las apetencias pueden rechazarse. Por un mero deseo no puede tirar por la borda todo el progreso que ha hecho en estas últimas semanas. En todo caso, aplace esta decisión hasta mañana, en que se encontrará más tranquilo y lo verá todo más claro.*
- *Distráigase con alguna actividad o compañía agradable.*

Más en concreto, las técnicas de distracción cognitiva tienen por objetivo desconectar este tipo de imágenes (deseos o pensamientos de reanudar las pautas adictivas) de las conductas que lleva a cabo la persona. La forma de conseguir este objetivo está resumida en la tabla 4.

TABLA 4
TÉCNICAS DE DISTRACCIÓN COGNITIVA

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

5.2 Solución de problemas específicos

Los problemas específicos pueden ser variables de unos casos a otros, pero hay algunos que son prácticamente constantes en todos los adictos: el exceso de ansiedad, el control de la ira, el estado de ánimo deprimido, las discusiones familiares y de pareja, los problemas laborales, el abuso de alcohol, etcétera. Es difícil mantener el control de las conductas adictivas si no se interviene también en todos estos aspectos, ya que aumentan la probabilidad de que se produzca una recaída a medio y largo plazo. Por ello, es necesario incluir

durante el tratamiento la intervención en los problemas más específicos de los pacientes. Las posibles áreas de actuación incluyen autoafirmación, control del estrés, relajación, control de la ira, habilidades de comunicación y habilidades de solución de los problemas cotidianos.

5.3 Cambio en el estilo de vida

Un proceso profundo de cambio implica el establecimiento de nuevas metas de vida. La apatía facilita la añoranza de la conducta adictiva, los sentimientos de culpa y el estado de ánimo deprimido. Sólo un cambio de vida estable garantiza el control de la conducta adictiva a largo plazo. Sugerir al paciente la realización de un balance del antes y del después del tratamiento contribuye a mantenerlo motivado en el largo proceso de la recuperación. De hecho, al tenerlo escrito, le permite releerlo en las situaciones de desánimo, cuando mayor es el riesgo de recaída, y remotivarse en estos momentos bajos.

Los episodios de recaída en los trastornos adictivos suelen aparecer asociados frecuentemente a las mismas tres situaciones de alto riesgo: estados emocionales negativos (ansiedad, depresión, irritabilidad, etcétera), conflictos interpersonales (discusión con la pareja, dificultades en el trabajo, etcétera) y presión social (invitaciones a implicarse en la conducta adictiva, mantenimiento de amigos adictos, etcétera) (Marlatt y Gordon, 1985).

En el caso concreto del juego patológico, se añaden otros factores de riesgo específicos. Así, en un estudio sobre las situaciones precipitantes de la recaída en la ludopatía (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1999), los principales factores encontrados fueron, por orden de importancia, los siguientes: el manejo inadecuado del dinero, los estados emocionales negativos, el consumo abusivo de alcohol, el ansia por el juego (el "craving") y, por último, la presión social (tabla 5).

En esta misma línea, es necesario fomentar el establecimiento de conductas

TABLA 5

FACTORES PRECIPITANTES DE LA RECAÍDA EN LOS JUGADORES PATOLÓGICOS (N=35) (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1999)

Factores precipitantes	N (%)
Manejo inadecuado del dinero	17 (48,6%)
Estados emocionales negativos	9 (25,7%)
Consumo abusivo de alcohol	5 (14,3%)
Avidez por el juego (" <i>craving</i> ")	2 (5,7%)
Presión social	2 (5,7%)

alternativas gratificantes. Cuando una persona está implicada en una conducta adictiva, la mayor parte de las fuentes de satisfacción en la vida cotidiana proceden de dicha adicción: la ocupación del tiempo libre, la interacción social con los amigos adictos, la excitación habida, etcétera. No es, por ello, extraño que un ludópata se sienta vacío cuando deja de jugar. Se trata, por tanto, de enseñar al paciente nuevas pautas de conducta que le generen una gratificación alternativa. De este modo, estas nuevas conductas desempeñan un doble papel: a) ser incompatibles con la adicción; y b) ofrecer al sujeto vías atractivas y diferentes de obtener satisfacciones en la vida diaria.

Por último, cabe señalar que el estudio de los factores precipitantes es fundamental para el diseño de estrategias eficaces de prevención de las recaídas.

6. CONCLUSIONES

Todas las adicciones acaban por minar la vida de quienes las sufren y de todos los que les rodean. Por ello, lo fundamental para determinar si una conducta es adictiva es la presencia de una experiencia que es buscada con ansia y con pérdida de control por el sujeto y que produce una relación de placer/culpa (Echeburúa y Corral, 1994).

El objetivo terapéutico en la ludopatía es, en el caso de los ludópatas propiamente dichos, la abstinencia del juego; y en el de los jugadores problemáticos, el reaprendizaje de la conducta de juego de una forma controlada. Concluida la intervención terapéutica inicial, los programas de prevención de recaídas, en los que se prepara al paciente para afrontar las situaciones críticas y para abordar la vida cotidiana

de una forma distinta, pueden reducir significativamente el número de recaídas en los primeros meses de seguimiento, que constituyen el momento crítico (Echeburúa, 2015; Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014).

Los estudios referidos a la terapia del juego patológico prueban que este cuadro clínico responde bien a los tratamientos ofertados. Desde una perspectiva general, se han obtenido unas tasas de éxito superiores al 50% de los casos tratados con un control mínimo de seguimiento de 6 meses. Además, esta tasa de éxito puede aumentar incluso hasta el 80% cuando se aplican técnicas conductuales -control de estímulos y exposición in vivo con prevención de respuesta, principalmente- seguidas de una intervención cognitivo-conductual en prevención de recaídas (cfr. Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 2000; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2003; Toneatto y Ladouceur, 2003). En la actualidad este tipo de técnicas constituyen, sin duda, el tratamiento de elección de la ludopatía.

El juego patológico no constituye un constructo unitario. Por ello, establecer tipologías de jugadores patológicos es una tarea muy sugerente porque va a posibilitar establecer estrategias terapéuticas diferenciadas en función de las mismas. Ha habido algunos intentos de clasificar a los ludópatas en puros, emocionalmente vulnerables e impulsivos (Blaszczynski y Nower, 2002) o en jugadores buscadores de activación, jugadores buscadores de dinero y jugadores de alivio o de escape (Prieto, 2003) o, por último, en función de la gravedad de la psicopatología asociada (González, Aymami, Jiménez, Doménech, Granero y Lourido-Ferreira, 2003), pero se requiere aún un mayor apoyo empírico a estas clasificaciones.

Desde otra perspectiva, resulta de interés el tratamiento de los trastornos duales. En las investigaciones controladas sobre la terapia del juego patológico se utilizan, por razones metodológicas, jugadores puros, sin otro trastorno psicopatológico concomitante. No obstante, la experiencia clínica demuestra la existencia,

en numerosas ocasiones, de comorbilidad e incluso de un diagnóstico dual en el ámbito de la ludopatía (alcoholismo, esquizofrenia y deficiencia mental, principalmente, en el eje I; trastorno antisocial y borderline de la personalidad, en el eje II) (Blaszczynski y Steel, 1998; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2001, 2004). En estos casos, las técnicas terapéuticas propuestas no se muestran tan útiles como en los jugadores puros. Se requiere más investigación a este respecto (Echeburúa, Amor y Gómez, 2017; Echeburúa, Gómez y Freixa, 2011).

Si bien el tratamiento psicológico es prioritario en el ámbito de la ludopatía, queda pendiente, desde una perspectiva psicofarmacológica, el estudio de las situaciones concretas en las que el empleo de medicación (por ejemplo, la paroxetina u otro IRSS), de forma combinada con la terapia psicológica, potencia la eficacia terapéutica -jugadores con un nivel elevado de impulsividad o con un estado de ánimo deprimido, por ejemplo-. Por otro lado, en los últimos años se ha producido un avance importante en el estudio de las recaídas en la ludopatía.

Hoy por hoy, existen estudios -aunque todavía resultan insuficientes- relacionados con los tres aspectos fundamentales implicados en las recaídas: las variables predictoras, los factores precipitantes y las estrategias de intervención para su prevención.

Por último, una cuestión de gran interés es la referida a las diferencias individuales. ¿Necesitan todos los jugadores patológicos tratamiento para controlar su hábito?

Asimismo, la adaptación de los objetivos clínicos (abstinencia total o juego controlado) y de los programas de tratamiento a las necesidades individuales, así como el papel terapéutico mismo de los manuales de autoayuda (por ejemplo, Blaszczynski, 1998, Milton, 2001 o Hodgins, 2002, en el ámbito anglosajón, y Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997, en el ámbito hispanohablante), constituyen una cuestión no resuelta que requiere una detallada investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- *Alonso-Fernández, F. (1996). Las otras drogas. Madrid. Temas de Hoy.*
- *Báez, C., Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1994). Características demográficas, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo. Clínica y Salud, 5, 289-305.*
- *Báez, C. y Echeburúa, E. (1995). El control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta como tratamiento psicológico de la ludopatía en un adolescente. Análisis y Modificación de Conducta, 21, 125-145.*
- *Becoña, E. (1999). Epidemiología del juego patológico en España. Anuario de Psicología, 30, 7-19.*
- *Becoña, E. (2001). Juego problema y juego de riesgo en adolescentes. Adicciones, 13, 279-288.*
- *Blaszczynski, A.P. (1998). Overcoming compulsive gambling. A self-help guide using cognitive behavioral techniques. London. Robinson.*
- *Blaszczynski, A.P. y Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. Addiction, 97, 487-499.*
- *Blaszczynski, A.P. y Steel, Z. (1998). Personality disorders among pathological gamblers. Journal of Gambling Studies, 14, 51-71.*
- *De la Gándara, J. (1996). Comprar por comprar. Madrid. Cauce.*
- *Echeburúa, E. (1999). ¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones (juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet). Bilbao. Desclée de Brouwer.*
- *Echeburúa, E. (2001). Abuso de alcohol. Madrid. Síntesis.*
- *Echeburúa, E. (2015). Clinical management of gambling disorder. En N. el-Guebaly, G. Carra y M. Galanter (Eds.), Textbook of Addiction Treatment: International Perspective (Vol. 3) (pp. 1475-1490). Milán: Springer.*

- Echeburúa, E. y Báez, C. (1994). Tratamiento psicológico del juego patológico. En J.L. Graña (Ed.). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. *Clínica y Salud*, 5, 251-258.
- Echeburúa, E., Amor, P.J. y Gómez, M. (2017). Current psychological therapeutic approaches for gambling disorder with psychiatric comorbidities: A narrative review. *Salud Mental*, 40, 299-305.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (2005). El reto de las nuevas adicciones: objetivos terapéuticos y vías de intervención. *Psicología Conductual*, 13, 513-527.
- Echeburúa, E., Amor, P.J. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Las recaídas en el juego patológico: identificación y prevención. En M. Lameiras y J.M. Faílde (Eds.). *La psicología clínica y de la salud en el Siglo XXI. Posibilidades y retos*. Madrid. Dykinson.
- Echeburúa, E., Báez, C. y Fernández-Montalvo, J. (1994). Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 617-643.
- Echeburúa, E., Becoña, E. y Labrador, F.J. (2010). *El juego patológico. Avances en la clínica y el tratamiento*. Madrid. Pirámide
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J. y Páez, D. (1994). El Cuestionario de Juego de Soath Oaks (SOGS): validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 769-791.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Báez, C. (2000). Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: long-term outcome. *Behavior Therapy*, 31, 351-364.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2003). Nuevas perspectivas en el tratamiento del juego patológico. *Revista Thomson de Psicología*, 1, 139-155.
- Echeburúa, E., Gómez, M. y Freixa, M. (2011). Cognitive-behavioural treatment of pathological gambling in individuals with chronic schizophrenia. A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 808-814.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Nuevos retos en el tratamiento del juego patológico. *Terapia Psicológica*, 32, 31-40.
- Edwards, G. (1986). *Tratamiento de alcohólicos*. México. Trillas.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid. Pirámide.
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. y Báez, C. (1999). Las recaídas en el juego patológico: un estudio de las situaciones precipitantes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 115-121.
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. y Báez, C. (1995). El Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP): un nuevo instrumento de screening. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-179.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2001). Trastornos de personalidad y juego patológico: una revisión crítica. *Psicología Conductual*, 9, 527-539.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2004). Pathological gambling and personality disorders: An exploratory study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders*, 18, 500-505.
- Gerstein, D., Hoffman, J. y Larison, C. (1999). *Gambling Impact and Behavior Study*. Chicago. National Gambling Impact Study Commission.
- González, A., Aymami, M.N., Jiménez, S., Doménech, J.M., Granero, R. y Lourido-Ferreira, M.R. (2003). Assessment of pathological gamblers who use slot machines. *Psychological Reports*, 93, 707-716.
- Grant, J.E. y Kim, S.W. (2002). Pharmacotherapy of pathological gambling. *Psychiatric Annals*, 32, 186-191.
- Grant, J.E., Kim, S.W. y Potenza, M.N. (2003). Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19, 85-109.
- Hodgins, D.C. (2002). *Becoming a winner. Defeating problem gambling*. Calgary, Canadá.
- Hodgins, D.C., Currie, S.R., El-Guebaly,

- N. y Peden, N. (2004). Brief motivational treatment for problem gambling: 24 month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 293-296.
- Hodgson, R.J. (1993). Exposición a estímulos y prevención de recaídas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.). *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona. Citrán.
 - Ladouceur, R., Boisvert, J.M. y Dumont, J. (1994). Cognitive-behavioral treatment for adolescent pathological gamblers. *Behavior Modification*, 18, 230-242.
 - Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C. y Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 587-596.
 - Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1987). The Soath Oaks Gambling Screen (SOGS) : A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
 - Lesieur, H.R. y Heineman, M. (1988). Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. *British Journal of Addictions*, 83, 765-771.
 - Lorenz, V.C. y Yaffee, R.A. (1988). Pathological gambling. Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 13-26.
 - Marks, I. (1990). Behavioural (non-chemical) addictions. *British Journal of Addictions*, 85, 1389-1394.
 - Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York. Guilford Press.
 - McConaghy, N., Armstrong, M.S., Blaszczynski, A. y Allcock, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, 142, 366-372.
 - McConaghy, N., Armstrong, M.S., Blaszczynski, A. y Allcock, C. (1988). Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling. Implications for behavioral assessment. *Behavior Modification*, 12, 371-384.
 - McCormick, R.A. y Ramírez, L.F. (1988). Pathological gambling. En J.G. Howells (Ed.). *Modern perspectives in psychosocial pathology*, New York. Brunner/Mazel Inc.
 - McCormick, R.A., Russo, A., Ramirez, L. y Taber, J. (1984). Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 215-218.
 - McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E. y O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.
 - Milton, S. (2001). *Stop gambling. A self-help manual for giving up gambling*. Sydney, Australia.
 - Milton, S., Crino, R., Hunt, C. y Prosser, E. (2002). The effect of compliance-improving interventions on the cognitive-behavioural treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 18, 207-229.
 - Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona. Paidós.
 - Petry, N. (2003). Validity of a gambling scale for the Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 399-407.
 - Prieto, M. (2003). Una propuesta de clasificación de los jugadores patológicos. *Psicología Conductual*, 11, 5-23.
 - Prochaska, J.O. y DiClemente (1983). Stages and proceses of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
 - Rodríguez-Martos, A. (1989). Estudio piloto estimativo de la prevalencia de juego patológico entre los pacientes alcohólicos que acuden al Programa DROSS. *Revista Española de Drogodependencias*, 14, 265-275.
 - Ruiz-Pérez, J.I. y Echeburúa, E. (2017). Cuestionario Breve de Juego Patológico en estudiantes colombianos: propiedades psicométricas. *Universitas Psychologica*, 16, 1-12.
 - Toneatto, T. y Ladouceur, R. (2003). Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 284-292.

Centro

“Guillem d’Espuig”

Valencia



Patim ——— ——— ———

Adicciones sin sustancia

www.patim.org//@PatimValenciaAdicciones

MESA
REDONDA:

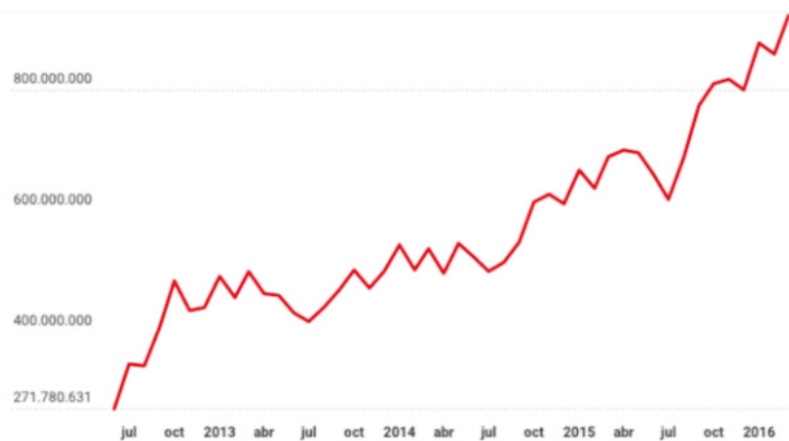
“EL JUEGO NO
VIENE SOLO”

ADICCIÓN A LAS APUESTAS DEPORTIVAS: LA NUEVA LUDOPATÍA



Ángel M. Turbi Pinazo
Director Máster
Educación y Rehabilitación de Conductas Adictivas
UCV

El tema que nos ocupa es de sumo interés en los tiempos que corren, ya que está en auge, y aparece de forma novedosa en nuestro país en los últimos años; de ahí que para los profesionales dedicados a la educación y en concreto a la docencia de la actividad deportiva y deporte sea prioritario en su formación con el interés de sensibilizar ante dicha problemática y su posible intervención.



— Dinero apostado en Internet en España desde su regulación

En junio de 2012 el Ministerio de Hacienda concedió las licencias para operar apuestas online legalmente en España. Las cantidad incluye póker, apuestas deportivas y concursos.

Desde un punto de vista psiquiátrico/psicológico, la adicción al juego, según la APA (American Psychiatric Association) en su DSM, (Manual Estadístico de los Trastornos Mentales), desde su penúltima edición, DSM-IV-TR (el juego patológico se consideraba como trastorno del control de los impulsos), a su última edición, DSM-5 (APA, 2013), vigente en la actualidad, el juego patológico es considerado ya como trastorno adictivo. No podemos obviar la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su sistema de clasificación CIE-11 (2018), donde recoge tanto la adicción a video juego como a la ludopatía (gaming y gambling respectivamente).

Como punto de partida y desde la perspectiva, que con humildad científica se intenta transmitir en la siguientes líneas, esta nueva adicción, presenta dos vertientes o puntos

de partida: la adicción al juego, conocida como ludopatía y la adicción tecnológica.

Son ya años, los que se habla de esa “adicción a internet”, buscando semejanzas a las adicciones químicas, como se describe a continuación (Chóliz, 2006):

SEMEJANZAS ENTRE ADICCIONES NO QUÍMICAS Y DROGODEPENDENCIAS

*Secuencia similar del síndrome de abstinencia

1. Impulso a repetir una conducta desadaptativa, o pernicioso.
2. Acumulación de tensión hasta que se completa la conducta.
3. Alivio rápido pero temporal de la tensión
4. Retorno gradual al impulso. *Adquisición y consolidación.
5. Control conductual a través de claves externas. (Consecución del objetivo que se anhela)
6. Condicionamiento a claves internas y externas.
7. Desarrollo de tolerancia y dependencia.
8. Tratamiento similar.
9. Deterioro de relaciones sociales, familiares y conductas adecuadas.
10. Frecuencia de recaídas.

DIFERENCIAS ENTRE ADICCIONES NO QUÍMICAS Y DROGODEPENDENCIAS

1. En algunos casos existe controversia si realmente se trata de adicciones
2. No existe un componente químico responsable de la dependencia
3. Menos síntomas físicos, intoxicaciones o deterioro orgánico
4. Menor frecuencia de policonsumo
5. Menor desaprobación social

Del mismo modo, veamos la realidad española en uso de TIC´s, para contextualizar la realidad:

Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Año 2018. Instituto Nacional de Estadística

Menores usuarios de TIC. Año 2018

Porcentajes

	Uso de ordenador	Uso de internet	Disponición de móvil
TOTAL	91,3	92,8	69,8
Por sexo			
Hombres	90,4	92,5	68,2
Mujeres	92,2	93,2	71,6
Por edad			
10 años	85,7	85,6	26,2
11 años	88,5	86,3	41,1
12 años	92,5	92,4	75,1
13 años	92,5	96,2	86,2
14 años	93,0	97,0	91,2
15 años	95,0	98,7	94,8

Si siguiendo en la misma línea, hagamos un repaso de estas, adicciones tecnológicas actualizadas (Turbi, 2009, 2018):

Llegados a este punto describiremos tipos de jugadores y las pautas del juego patológico:

PRINCIPALES ADICCIONES TECNOLÓGICAS O TECNOADICCIONES

- Adicción a los videojuegos.
- Adicción al teléfono móvil. (en la actualidad hablaríamos de smartphone)
- Ciberadicciones: (no recomendamos hablar de adicción a internet)

Modalidades:

- Ciberjuego adictivo. (en sus dos modalidades: videojuego on line y ludopatía on line)
- Cibercompra adictiva. (incluyendo conductas compulsivas en la red, como subastas)
- Cibertrabajo adictivo (considerando de actualidad el fenómeno de Blurring)
- Cibersexo adictivo
- Cibercomunicación adictiva (ciberrelaciones)
- Ciberadicción a la información (vagabundos en la red)
- Ciberadicción a las series

TIPOS DE JUGADORES

(Graña, 1994)

1. Jugador Social. Juega ocasionalmente o regularmente por entretenimiento, satisfacción o en interacción social. Control total sobre la conducta.
2. Jugador Problema. Frecuente o de forma diaria, con gasto habitual de dinero que en alguna ocasión le puede acarrear problemas.
3. Jugador Patológico. Dependencia emocional del juego, pérdida de control sobre el mismo e interferencia con el funcionamiento normal de la vida cotidiana.

La duda que acontece tras leer esta clasificación y fuera de lo que dice el autor “¿existe el jugador profesional?”, deja esta cuestión a la reflexión del lector.

ADICCIÓN A LAS APUESTAS DEPORTIVAS

En las siguientes líneas concretamos la realidad y cuestiones propias de esta nueva ludopatía, la adicción a las apuestas deportivas:

Las apuestas deportivas se están convirtiendo en un problema importante de ludopatía, fundamentalmente entre los más jóvenes, agravando el problema el acceso mediante las tecnologías. Se caracterizan por:

- Apostar con un importe bajo: las apuestas online permiten apostar con muy pequeñas cantidades y eso genera una sensación de control y minimiza la sensación de riesgo.
- Accesibilidad: acceso 24 horas con un Smartphone u otro dispositivo con acceso internet. Está prohibida la participación de un menor, si bien el acceso no es complicado.
- Percepción: A diferencia de otras adicciones, las apuestas online no

están mal vistas socialmente, (anuncios patrocinados por deportistas de élite u otros famosos).

- Inmediatez: la posibilidad de apostar en tiempo real aumenta la emoción, muchos lo utilizan para demostrar su capacidad de análisis y bien conocimiento de ese deporte. (la ganancia también es inmediata).
- Anonimato: en las apuestas online se juega de forma anónima sin conocimiento de nadie.

Según la Dirección General de la Ordenación del Juego (DGOJ), el número de jugadores online ha aumentado un 13% desde 2012, cuando el juego online se regularizó en España, con medio millón de usuarios activos al mes, dos terceras partes de los cuales corresponden a apuestas deportivas. (Registro General de Interdicciones de acceso al juego, RGIAJ de la DGOJ); por supuesto que estas cifras van en aumento.

En los años de regulación, el juego online es la segunda causa de tratamiento por adicción al juego en España.

Es importante que el problema sea detectado de forma precoz, ya que como en el resto de adicciones dicha detección comporta un mejor pronóstico.

CONDUCTAS COMUNES QUE HACEN SOSPECHAR DE PROBLEMA

- Juego como evasión de problemas.
- Aumento de la cantidad económica en las apuestas.
- Incapacidad en el abandono del juego tras intentos o intencionalidad.
- Aumenta la frecuencia y cantidad para recuperar las pérdidas.
- Ocultación de la conducta adictiva (minimización)
- Mentiras y abusos de confianza para conseguir dinero. (familia y amigos).

- Conductas pseudoilegales o ilegales para conseguir dinero (hurtos, robos, venta de pertenencias propias o no, empeños...)
- Dedicación excesiva al juego mermando:
 - responsabilidades académicas/laborales
 - disminución de relaciones sociales

Tras la detección temprana, por supuesto y como agentes educativos, una de nuestras misiones es la prevención de dichas conductas y no esperar a la cronificación del trastorno para intervenir. Nos centraremos en nuevos modelos- enfoques preventivos, sin menospreciar los niveles de propios de la prevención (universal, selectivo e indicado), y aspectos más novedosos como la Prevención ambiental o determinada.

NUEVOS PLANTEAMIENTOS EN PREVENCIÓN

Llegados a este punto, haremos referencia a los fundamentos básicos de prevención en relación a sus niveles y ámbitos si bien consideramos que el eje se encuentra en nuevas perspectivas metodológicas de los programas de prevención, dando paso a la evidencia dejando de lado a la ocurrencia.

Tradicionalmente y desde una perspectiva clásica, los programas preventivos se consideraban primarios, secundarios y terciarios, si bien tal y como ya señalo hace unos años Becoña (2002), éstos en la actualidad se clasifican según su nivel de actuación, considerando el colectivo objeto de la intervención; en primer lugar haremos un repaso histórico siguiendo a Becoña (2001):

- Los primeros modelos son los llamados modelos racionales e informativos, basados en la transmisión de información y que desde ahí se tomaría una decisión racional. Son también los llamados modelos tradicionales y los que se han mantenido más en el tiempo, si bien se

han ido desechando dando paso a otros modelos.

- Modelo de influencias sociales o psicosociales. Basado en la Psicología Social, el modelo de aprendizaje social de Bandura y en la existencia de tres factores de riesgo básicos: factores de riesgo de ambiente, de personalidad y de conducta (Perry y Kelder, 1992).
- Modelo de habilidades generales: es necesario entrenar a la persona en habilidades no sólo específicas en relación a la conducta problema a tratar si no en habilidades más generales. En este modelo se encuentra el programa de Entrenamiento de Habilidades para la vida (Life Skills Training, LST) elaborado por Botvin (1995).

Tras dicha revisión describimos brevemente los actuales niveles de prevención aceptados en la prevención de las adicciones (Becoña, 2002; Gordon, 1987; Turbi, 2013):

- La prevención universal sería aquella que puede dirigirse a todos los adolescentes, beneficiándolos a todos por igual. Son perspectivas amplias, menos intensas y menos costosas que otras que se orientan a conseguir cambios de comportamiento duraderos. Se incluirían en estos programas aquellos programas preventivos escolares que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores.
- La prevención selectiva es aquella que se dirige a un subgrupo de adolescentes que tienen un riesgo de presentar la conducta problema mayor que el promedio de los adolescentes. Se dirigen a grupos de riesgo.
- La prevención indicada es más intensiva y más costosa. Se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que ya tienen problemas de comportamiento, o que presentan la conducta problema, se dirigen, por tanto, a individuos de alto riesgo.

Completamos la clasificación anterior con un nivel, poco estudiado y difundido en el campo que nos ocupa, si bien, más conocido

en el la disciplina de la Educación Social, e interesante para conocer y tener en cuenta:

- Prevención determinada, dirigida a grupos/colectivos de consumidores tras un diagnóstico de drogodependencia y otros trastornos de salud relacionados. (Diputación de Barcelona, 2013).
- Prevención Ambiental, aún poco conocido por los técnicos del sector si bien, de suma importancia para desarrollar nuevas estrategias y políticas preventivas, que complementan las anteriormente citadas y unifican esfuerzos ante dicha problemática, reduciendo e interviniendo, como no, en contextos y momentos de vulnerabilidad; definiremos este nivel de prevención como las estrategias que alteran las normas y los ambientes físicos, sociales y económicos sin basarse en persuasión (Burkhart, 2011).

Este nivel o nueva esfera de intervención en el ámbito de la prevención conlleva importantes matices e implicaciones en el campo, ya que nos hace ver la importancia de desarrollar estrategias que actúan de forma directa en el ambiente, en el cual se dan los consumos de sustancias y a su vez las normas de nuestros y nuestras adolescentes y jóvenes se configuran y mantienen.

Cada vez más, dichas actuaciones ambientales están cobrando mayor importancia, principalmente en el Norte de Europa destacando en tres áreas: a nivel macro en forma de políticas de control de alcohol y tabaco, en estrategias de mejorar el clima en centros educativos y en políticas locales/municipales para ambientes de diversión (Burkhart, 2013).

Desde esta perspectiva, no podemos responsabilizar únicamente a los y las adolescentes del consumo de drogas y de su mantenimiento, ya que, y a pesar de, las características propias de ese periodo evolutivo no justifican la existencia y constructo social de la normalización y banalización del dicho consumo, por lo

”

No podemos obviar el hacer una autocrítica a las estrategias y programas preventivos llevados a cabo, aún habiendo resultados óptimos, si bien no los deseados, por lo que es evidente la reflexión y la introducción de nuevos paradigmas y perspectivas al respecto

que, la administración pública y la sociedad en su conjunto debe actuar, generando una cultura de normativa social.

UN PASO MÁS: UNA REINGENIERÍA DE LA PREVENCIÓN, NUEVAS PERSPECTIVAS

No podemos obviar el hacer una autocrítica a las estrategias y programas preventivos llevados a cabo, aún habiendo obtenido resultados óptimos, si bien no los deseados, por lo que es evidente la reflexión y la introducción de nuevos paradigmas y perspectivas al respecto.

En concreto, describiremos a continuación dos modelos teóricos, poco desarrollados todavía, y con la ventaja de presentar una perspectiva transteórica, pidiendo adaptar a los mismos, programas

ya existentes.

Considerando al profesor Salazar y su equipo como promotor de uno de estos modelos, (Salazar y Bustos, 2002; Salazar y Williamson, 2015), describimos su propuesta: un modelo de prevención moderno en relación a la prevención de las drogodependencias, identificando, los Niveles de Prevención ISA, correspondiendo las siglas a lo siguiente (véase Figura 1):

- Información, (I). Definir los elementos y conocimientos básicos que se han de tener sobre la problemática de la violencia. Esta información será la base de los siguientes niveles.
- Sensibilización, (S). Capacidad de los sujetos para adquirir una disposición afectiva sobre la temática.
- Actitud, (A). Disposición a comportarse u obrar de una manera favorable, quedando ésta testimoniada en el grado de compromiso como futuro agente preventivo.



Fig. 1. Modelo ISA

Fuente: elaboración propia a partir de Salazar y Williamson (2015)

Consideramos a colación de dicho modelo, que éste, es de suma importancia y complementario a lo descrito anteriormente, ya que, describe de una forma lineal un modelo preventivo basado en la información (una parte teórica), pasando por un cambio emocional (sensibilización), llegando a la acción, plasmada ésta en el cambio actitudinal, motor de la permanencia en

el cambio conductual, postulando, tal y como indican los autores la opción del compromiso, en este caso de cambio conductual y de estilo de vida y una opinión crítica, que suponemos, alejará a la persona del consumo de sustancias.

Dicho modelo ISA, es coherente con los diferentes niveles de prevención: universal, selectiva e indicada, así como aplicable con diferentes estrategias, que por supuesto habría que desarrollar acordes a la situación y contexto concreto. Posteriormente describiremos, de forma concreta, algunas de éstas estrategias/dinámicas.

Otro de estos enfoques, que hemos considerado describir por su desconocimiento y escasa difusión, si bien ya es adoptado por diversos planes municipales en nuestro país, es el Enfoque IVAC (FAD, 2011) (véase Figura 2.):



Fig. 2. Enfoque IVAC

Fuente: elaboración propia a partir de FAD (2011)

Este enfoque, muy acorde con el Modelo ISA descrito anteriormente, se basa en la siguiente metodología:

- Investigación, (I). En esta primera fase, tanto los niños/as como adolescentes dependiendo del colectivo de la intervención, investigarán, por supuesto guiados por el equipo profesional, sobre la problemática a tratar, desde un punto de vista social, psicológico, cultural, salud...

- **Visión, (V).** Tras la fase previa de investigación, es decir, de la toma de contacto y adquisición de información junto a conocimientos básicos de la temática (información que han adquirido de forma autónoma y no dada/impartida por “expertos”, tal y como de forma tradicional se ha ido realizando en prevención), propondrán alternativas de conducta y soluciones ante la variable que se ha considerado relevante minimizar y prevenir, el consumo.
- **Acción, (A).** Es aquí, tal y como indica el nombre de dicha fase, donde los propios usuarios/alumnos, diseñan y elaboran las estrategias, que consideran tras el análisis y estudio del problema, como posibles acciones preventivas, con la intencionalidad de mejorar la calidad de vida, aumentando el bienestar tanto de ellos/as, como de sus iguales, siendo extensible a otros colectivos, es decir, pretendiendo subsanar los factores de riesgo, la vulnerabilidad, desde su propia visión.
- **Cambio, (C).** De este modo, con metodología experiencial, se pretende una mayor interiorización de las alternativas saludables, provocando un cambio actitudinal y conductual.

EL DEPORTE COMO HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN: UN NUEVO CUESTIONAMIENTO

En el campo de la prevención de las conductas adictivas, tradicionalmente hemos considerado la practica deportiva o de una actividad deportiva como factor de protección ante las mismas (Turbi, 2018), si bien con la aparición de la “nueva ludopatía”, las apuestas deportivas, el panorama es bien diferente, la práctica de deporte o ser conocedor y aficionado al mismo, aumenta el riesgo de aparición de está adicción comportamental, por lo que tras lo escrito anteriormente, hemos de repensar la prevención, diseñando estrategias y programas específicos al respecto.

Adicciones tecnológicas, redes y otras tecnologías emergentes: aparición de nuevas violencias (Turbi, 2013)

No queremos pasar por alto, como complemento a lo anterior e invitando a la reflexión, y desde la era digital en que nos encontramos, nombrar las nuevas violencias, fenómenos de reciente aparición a los que tememos que dar respuesta:

- **CIBERBULLYING:** acoso entre iguales en el entorno TIC.
- **GROOMING:** acciones on-line deliberadas de un adulto para mantener relación con un o una menor con un fin sexual, (normalmente conseguir fotografías/videos del menor o la menor desnudo o con ciertas prácticas sexuales).
- **SEXTING:** conductas o prácticas entre adolescentes que consiste en el envío de fotografías y videos de tipo sexual, utilizando las redes sociales
- **SEXTORSION (extorsión sexual):** es una forma de explotación sexual en la cual una persona es chantajeada con una imagen o vídeo de sí misma desnuda o realizando actos sexuales, que generalmente ha sido previamente compartida mediante sexting. La víctima es coaccionada para tener relaciones sexuales con alguien, entregar más imágenes eróticas o pornográficas, dinero o alguna otra contrapartida, bajo la amenaza de difundir las imágenes originales.

A esta lista podríamos incluir modas como han sido la “Ballena Azul” o “Momo”.

CONCLUSIÓN

A diferencia del tratamiento en adicciones químicas que como fin último, según ciertos paradigmas, miramos a la abstinencia; en el caso que nos ocupa hemos de ir hacia el “Uso Responsable”, por lo que para ello, se ha de formar y sensibilizar a las familias, con intervenciones correctas y realistas: las tecnologías han venido para quedarse, teniendo que adaptar la educación a las mismas, atendiendo a dos realidades, la física y la virtual.

PERFILES Y GRUPOS DE AUTOAYUDA

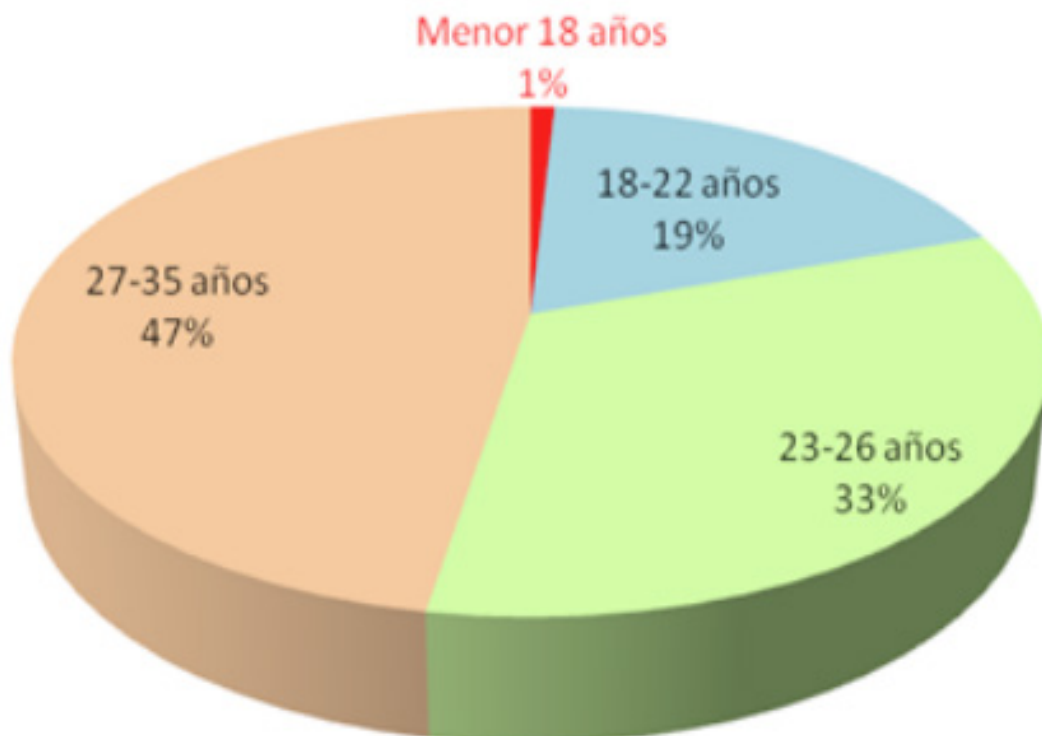


Juan José Lamas Alonso
Director Técnico de FEJAR

Los perfiles actuales que nos encontramos en las personas usuarias de FEJAR manifiestan un aumento exponencial de jóvenes con adicción al juego online, con una progresión hacia la adicción mucho más rápida, pasando de un periodo de latencia de 6 años en juego presencial, a unos cuantos meses cuando se trata de juego online; y en el que, cada vez solicitan intervención en nuestras asociaciones a edades más tempranas.

A pesar que juego online se ha convertido en la 2ª causa de ludopatía, por detrás de las máquinas tragaperras, si nos ceñimos a jóvenes menores de 26 años, el juego online es la principal causa de ludopatía. Es destacable la distribución de edad de jóvenes que están en tratamiento por ludopatía en los centros integrados en FEJAR. Habiendo un 1 % de menores de 18 años, con adicción al juego y que ha iniciado un tratamiento de rehabilitación, aun cuando es una actividad prohibida para menores de edad.

Jóvenes y Juego online



El tratamiento que se detalla en el “Protocolo de Acceso y Tratamiento de Adicción al Juego en Entidades de FEJAR”, si definen distintas modalidades de terapia, que se enumeran a continuación:

- Terapias Grupales
- Terapias Individuales
- Terapias Familiares
- Intervención Social
- Otras Actuaciones complementarias.

De todas ellas, la más desarrollada y que más ampliamente se trabaja es en las terapias grupales, mediante los GRUPOS DE TERAPIA o GRUPOS DE AUTOAYUDA, que en su mayoría están guiadas por un monitor/a.

La terapia grupal se ha mostrado conveniente en varios estudios (Bombín, 1992; González, 1989) y presenta una serie de ventajas en la intervención de la adicción al juego (Valdés, 2004), a saber:

- Refuerza a todas las personas que integran grupo en dirección hacia los objetivos terapéuticos.
- Los criterios de los compañeros de grupo tienen un alto nivel de credibilidad para el jugador en tratamiento.
- La modificación de conductas desadaptativas se transmite desde la experiencia común.
- Proporciona múltiples formas de colaboración e interacción, proximidad, universalidad y ayuda mutua.
- Incremento de la objetividad.
- Proporcionado modelos.
- Favorece la liberación de la culpa.
- Facilita la introspección al verse reflejado en los demás.
- Instruye en la solución de problemas y habilidades de comunicación.
- Aumenta las expectativas de recuperación.

Existe un Decálogo del Grupo de Terapia que se considera muy importante tener en cuenta por todas las personas que conforman cada grupo de cada una de las asociaciones, porque le va a ubicar y marcar las características principales. A continuación desarrollamos el Decálogo modelo:

DECÁLOGO DEL GRUPO DE TERAPIA

1. El grupo es importante porque facilita: la identificación, la creación de un espacio donde compartir sin sentirse juzgado, etc.
2. El fin último es la recuperación del individuo.
3. El valor primordial es el respeto (a los ritmos de cada uno, a sus decisiones...).
4. Lo que sucede en un grupo de terapia es información privada, de ello depende la sensación de seguridad de los miembros.
5. Cada miembro habla por sí mismo y de sí mismo.
6. Toda conducta es neutra: no es ni “buena” ni “mala.
7. Las emociones negativas no se considera malas ni se evitan.
8. Las sesiones de quejas, el centrarse en personas ajenas al grupo, las conversaciones y el centrarse en determinados temas, constituyen un contenido inadecuado.
9. Los comentarios de continua “tranquilidad” en un grupo son síntomas de inmovilidad.
10. La eficacia de una terapia viene determinada por lo que ocurre fuera del grupo

FASES Y OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO DESARROLLADOS PRINCIPALMENTE EN LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA

El proceso de rehabilitación es cerrado y conlleva, desde el inicio hasta el final, una serie de fases evolutivas intrínsecas al propio proceso de rehabilitación y de cambios en la propia persona afectada, así como otra serie de cambios en su entorno más cercano, tales como la familia, amistades, compañeros de trabajo,...

Las fases del tratamiento son claramente diferenciadas y con unos objetivos y técnicas empleadas diferentes entre sí. A continuación se detallan dichas fases y un desarrollo muy sucinto de cada una de ellas.

FASE DE INICIACIÓN

Objetivo general:

Cese de la conducta de juego evitado estímulos discriminantes

Objetivos específicos:

- Toma de conciencia del problema
- Aumento de la motivación de cambio
- Identificación de situaciones de alto riesgo
- Abstinencia del juego

Técnicas empleadas

- Control de estímulos
- Información sobre la adicción al juego.
- Técnicas de Entrevista Motivacional
- Identificación de situaciones de riesgo
- Programación de actividades reforzantes alternativas al juego

Actividades reforzantes alternativas al juego:

- Hoja de planificación semanal de actividades
- Listado de actividades agradables y de ocio
- Listado de las actividades agradables a recuperar o iniciar

FASE INTERMEDIA

Objetivo general:

Abstinencia de la conducta de juego ante estímulos discriminantes

Objetivos específicos:

- Identificación y modificación de sesgos cognitivos
- Establecimiento de objetivos sobre la conducta adictiva

Técnicas empleadas:

- Análisis de la historia personal
- Reestructuración cognitiva
- Resolución de problemas asociados al juego
- Agenda o planificación de actividades y objetivos.
- En esta segunda etapa el control de estímulos puede atenuarse, de tal forma que se revisen el dinero y los tiques de los gatos con menor frecuencia. Esto permitirá fomentar el autocontrol.

FASE DE MANTENIMIENTO

Objetivo general:

Prevención de recaídas

Objetivos específicos:

- Asentamiento de nuevas habilidades
- Entrenamiento en prevención de recaídas
- Alfabetización emocional

Técnicas empleadas

- Psicoeducación/información sobre las recaídas
- Role-playing
- Entrenamiento en habilidades sociales

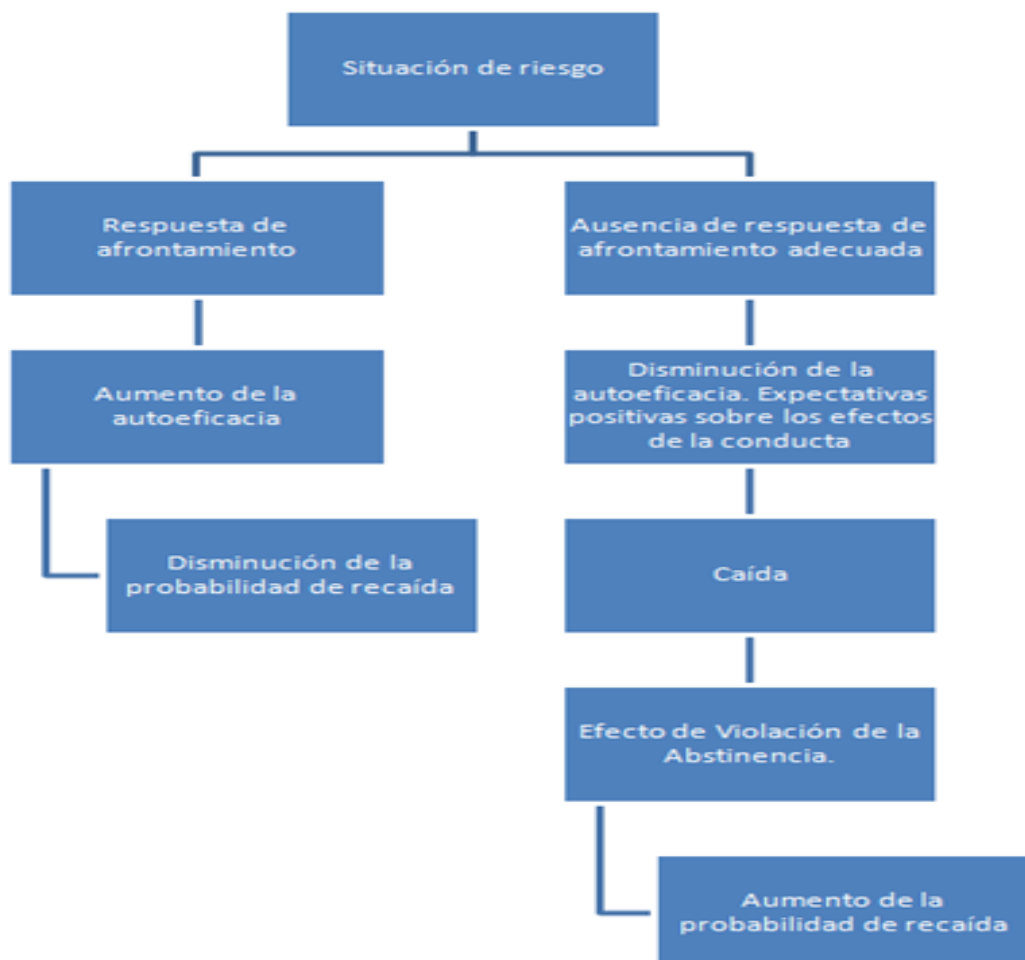
FASE DE MANTENIMIENTO

- Identificación, manejo y regulación de las emociones
- Los aspectos más relevantes de la prevención de recaídas que son necesarios trabajar son:
 1. Informar sobre cómo se produce el proceso de la recaída y en qué consiste en Efecto de Violación de la Abstinencia
 2. Aprender a identificar / reevaluar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercar a la conducta de juego y cómo afrontarlos adecuadamente
 3. Entrenamiento (escenificación, role-playing) de situaciones críticas de recaídas.
 4. Establecer medidas a poner en práctica en caso de desliz o recaída.

FASE DE SEGUIMIENTO

Objetivo general:

Control de la conducta de juego



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition)*. Washington, DC: Author.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. y Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Becoña, E. (1999). *Epidemiología del juego patológico en España*. *Anuario de Psicología*, 19-30,7.
- Bombín, B. (1992). *El juego de azar. Patología y testimonio*. Valladolid: Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.
- Chóliz, M. (2006). *Adicción al juego de azar*. <http://www.uv.es/choliz>
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2012). *Nuevos retos en el tratamiento del juego patológico*. *Terapia Psicológica*, 40-31 ,32.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (2008). *Juego responsable: ¿una alternativa para la prevención y el tratamiento de la ludopatía?* *Adicciones*, 326-20,321.
- González, A. (1989). *Juego patológico: una nueva adicción*. Madrid: Canal Comunicaciones, S.A.
- Gooding, P., y Tarrier, N. (2009). *A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets?* *Behaviour Research and Therapy*, ,47 607-592.
- Hodgins, D. C., y Holub, A. (2007). *Treatment of Problem Gambling*. In G. Smith, D.C. Hodgins y R.J. Williams (eds), *Research and Measurement Issues in Gambling Studies* (pp. 397-372). Elsevier: Amsterdam
- Ladouceur, R. (2005). *Controlled gambling for pathological gamblers*. *Journal of Gambling Studies*, 57-49 ,21.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S., y Thomas, S. A. (2011). *Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys*. *Addiction*, -490 ,106 498.
- Marlatt G. A. y Donovan, D. M. (Eds). (2005). *Relapse Prevention, Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*, 2^a ed. Nueva York: Guilford Publications.
- Marlatt, G. A. (1993). *La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual*. En M. Casas y M. Gossop (coord.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp. 159-137). Barcelona: Ediciones en Neurociencias, Citran.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985) *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., y Gordon, J.R. (Eds.) (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change* (2nded.). New York: Guilford Press.
- McCormick, R. A., y Ramírez, L.F. (1988). *Pathological gambling*. In J.G. Howells (ed.). *Modern perspectives in psychosocial pathology* (pp. 57-45), New York: Brunner/Mazel Inc.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Nelson, S. E., Kleschinsky, J. H., LaBrie, R. A., Kaplan, S., y Shaffer, H. J. (2010). *One decade of self exclusion: Missouri casino self-excluders four to ten years after enrolment*. *Journal of Gambling Studies*,,26 144-129.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood: Dorsey Press.
- Valdés, R. (2004). *Tratamiento grupal de la ludopatía. Una experiencia desde el Centro de Día Artic*. *Salud y Drogas*, 105-99 ,4.

EL SESGO DEL EXPERTO: PURO MARKETING



Marta Marcos
Unidad de Investigación: “Juego y Adicciones Tecnológicas”
Asociación “Juego Ético”
Facultad de Psicología
Universitat de València

INTRODUCCIÓN

El juego no es malo per sé, de hecho es una actividad inherente al ser humano, pues interviene en el proceso de maduración y aprendizaje y permite la socialización. Es una actividad libre, nadie está obligado a jugar y se desarrolla según unas determinadas reglas que vienen dadas o son improvisadas y cuyo elemento informativo es la tensión. El juego en la edad infantil es indispensable para el desarrollo psicomotor, intelectual, afectivo y social, pues el niño va aprendiendo a respetar las normas y a tener metas y objetivos. Sin embargo, atrás quedan los juegos tradicionales en una sociedad actual marcada por el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. Los niños prefieren hoy jugar frente a las pantallas y no con juguetes, un hecho que todavía complica más las cosas cuando se incorpora el azar en el juego: surge el problema.

El azar elimina todos los elementos positivos del juego al transformar al sujeto en un sujeto pasivo donde sus habilidades no son relevantes y apenas hay socialización con el otro, pues la norma es jugar solo y esperar pasivamente que llegue el premio, si la suerte acompaña. Lo que el jugador no sabe es que el juego de azar se rige según las leyes de la probabilidad, que siempre son positivas para la banca o empresa de juego y negativas para los jugadores. En definitiva, es un negocio, pero un negocio para las empresas de juego. Si a esto le añadimos los efectos devastadores cuando el juego se convierte en problemático y da lugar al juego patológico: a tenor de los datos actuales de estudios de prevalencia de juego en menores y adolescentes, sin duda, nos encontramos ante un problema grave de salud pública.

Desde la legalización del juego online -que supuso una proliferación de la oferta de juegos acompañada de estrategias de publicidad y marketing muy agresivas que incitan al consumo, especialmente a jóvenes- los casos de adicción al juego por parte de menores de 26 años han aumentado espectacularmente. La accesibilidad a golpe de

click durante las 24 horas que ofrece internet, unido a la rapidez y la inmediatez complican aún más el problema de adicción al juego. El juego de azar ya no queda limitado a los lugares de juego como casinos y bingos presenciales sino que desde la intimidad del propio hogar y sin necesidad de desplazarse, uno puede transportarse al casino y jugar sin interrupción, un hecho sin precedentes que elimina barreras. La publicidad y los bonos de bienvenida arrasan en redes sociales sin ninguna restricción a través de banners con hipervínculos muy llamativos que captan la atención del usuario constantemente (Kym et al., 2017). Esto provoca una gran preocupación entre los profesionales de la salud y la educación, que no entienden cómo se puede promocionar una actividad que es reconocida por la OMS y las asociaciones científicas como la causante de un trastorno mental grave como es el juego patológico.

Entender la gravedad de la situación pasa por analizar cómo las empresas de juego están incitando a la adicción al juego. La lógica del empresario no es otra que hacer creer al jugador que tiene algún tipo de control o habilidad a la hora de predecir a ciencia cierta el resultado de un evento, cuando lo cierto es que escapa al control de cualquiera.

El problema de adicción al juego no solo son las deudas económicas, el juego arrasa con la vida de los adictos, quienes a pesar de ser conscientes de las consecuencias negativas de apostar, no pueden dejar de repetir la conducta de juego. Los adictos presentan un pensamiento distorsionado en cuanto a la probabilidad de ganar dinero con el juego de azar (Ladouceur y Walker, 1996). Caen en multitud de trampas mentales que precipitan y mantienen el juego de azar. Desarrollan creencias irracionales en torno al juego y cometen sesgos cognitivos con los que minimizan las pérdidas y desarrollan un aprendizaje (falso) de su pericia y estrategia (Chóliz, 2006). Sin embargo, los sesgos cognitivos son una forma común de manejar grandes cantidades de información en todas las personas y que en determinadas situaciones permiten adaptarnos a las demandas del entorno (Tversky y Kahneman, 1981). Parece que nuestra cognición está sesgada en

”

El juego de azar ya no queda limitado a los lugares de juego como casinos y bingos presenciales sino que desde la intimidad del propio hogar y sin necesidad de desplazarse, uno puede transportarse al casino y jugar sin interrupción

una dirección y cualquier persona comete errores de forma sistemática al tomar decisiones, pues lo cierto es que no somos seres racionales al 100% y tomamos atajos mentales.

El juego de azar está diseñado de manera que favorece el pensamiento falaz y la aparición de la falsa sensación de estrategia y habilidad. Así, la publicidad de juego apela al sesgo del experto como estrategia principal de marketing con un mensaje encubierto de que se puede apostar de forma racional, fría y sin contaminarse por las emociones. Algo que ciertamente no es posible, pues ante cuestiones vitales no nos comportamos de una forma lógica. La casa de juego transmite que las emociones sirven para disfrutar de la competición sobre la que se apuesta, pero que la apuesta debe estar basada en criterios racionales. Algo, que te “enseña” la casa de juego siempre y cuando se apueste con ellos. Sin duda, publicidad engañosa que esconde un negocio que genera todos sus beneficios a través de lo que la gente pierde apostando. No solo mantienen la conducta de juego con la publicidad, además, con los bonos de bienvenida la inician. Los jóvenes comienzan a jugar con dinero que no es

real y curiosamente empiezan a ganar premios que les hacen creer erróneamente que son buenos y si estuvieran jugando con dinero real estarían ganando mucho dinero. Este pensamiento falaz lleva a que el joven pase a jugar con dinero real y lo siguiente que aparecen son las pérdidas. De nuevo, los sesgos cognitivos comienzan a funcionar para justificar las pérdidas y seguir manteniendo la conducta de juego.

Realizamos un estudio con personas que estudiaban carreras universitarias y ciclos de grado medio relacionados con el deporte. La hipótesis principal de trabajo es que estos estudiantes tendrían más sesgos en relación con las apuestas dado que son expertos del deporte. La muestra estuvo compuesta de 323 estudiantes con edades comprendidas entre 18 – 26 años. 95 de los estudiantes no universitarios cursaban ciclos formativos de TAFAD y mecánica y los restantes 228 fueron estudiantes universitarios de ciencias de la actividad física y deporte y también de magisterio y otros. En cuanto al sexo: 153 fueron hombres y 171 mujeres. Se les administró una encuesta que incluyó patrón de juego, cuestionario diagnóstico de juego patológico (NODS) e inventario de sesgos cognitivos de apuestas y ruleta.

diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en todas las categorías relacionadas con la adicción, siendo el porcentaje de juego patológico en los hombres del 7% frente al 1% de las mujeres.

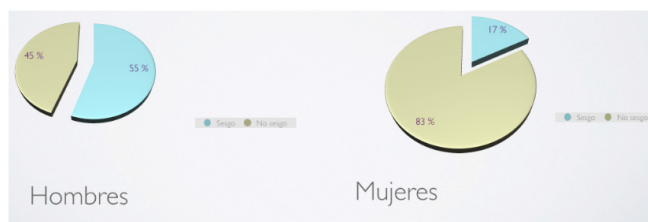


Figura 2: Género y sesgos en apuestas

En lo que se refiere a los sesgos en apuestas entre hombres y mujeres (Figura 2), se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, siendo los hombres los que mayor presencia de sesgos presentaron frente a las apuestas: 55% frente al 17% de las mujeres.

Hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a los sesgos en relación a la ruleta (Figura 3), y de nuevo, los hombres presentan un mayor porcentaje que las mujeres. Sin embargo, se trata de un porcentaje menor que los sesgos de las apuestas.



Figura 1: categorías en relación al juego patológico

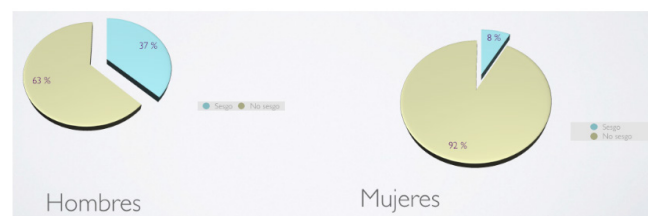


Figura 3: Género y sesgos en ruleta

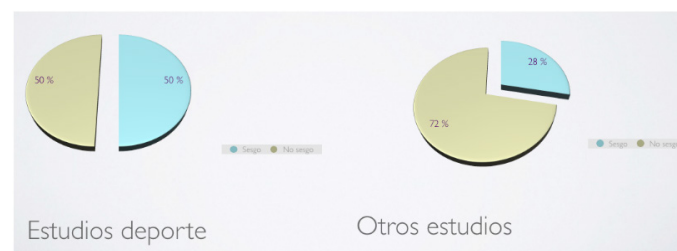


Figura 4: Estudios y sesgos con Apuestas

De la muestra general (Figura 1), el 4% de los jóvenes estudiados presentó juego patológico. Un 3% presentó juego problemático (puntuaron en 3-4 criterios de los 10 que presenta el DSM-IV) y un 16% ya presentó algún criterio de adicción al juego de azar. En cuanto al sexo, se encontraron



Figura 5: Estudios y sesgos con Ruleta

En relación a la variable estudios (Figura 5), se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los que estudian deporte y los que no. Los que realizan estudios en relación al deporte puntúan más alto en sesgos cognitivos relacionados con las apuestas y también con la ruleta.

Finalmente, se observa en las figuras 6 y 7 que existen diferencias significativas en lo que respecta a los problemas con el juego y los sesgos tanto en apuestas como en ruleta. La gente que tiene más sesgos tiene una mayor probabilidad de desarrollar juego patológico, problemático y de riesgo.



Figura 6: Problemas con el juego y los sesgos en apuestas

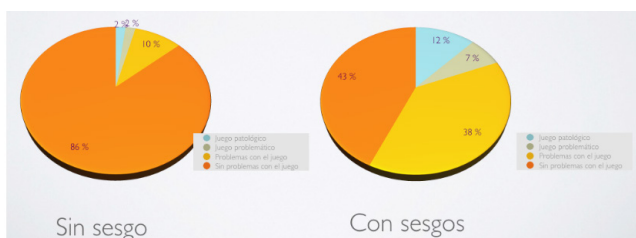


Figura 7: Problemas con el juego y los sesgos en ruleta

CONCLUSIONES

Se requiere una perspectiva de género que se adentre en la problemática de la adicción al juego para comprender las diferencias que existen entre los hombres y las mujeres, tanto en los problemas que genera el juego como en los sesgos de apuesta y ruleta. Sería conveniente estudiar si en la adicción al juego en mujeres se observa el fenómeno telescópico presente en otras adicciones tóxicas.

Asimismo, los estudiantes de deporte (universitarios y de ciclos formativos) presentan porcentajes mayores de sesgos respecto al juego, especialmente en las apuestas deportivas, aunque también en la ruleta. Se observa que los sesgos de la ruleta y las apuestas están relacionados con una mayor presencia de problemas con el juego en todas sus dimensiones.

“ El juego está diseñado para favorecer el pensamiento falaz y la aparición de la falsa sensación de estrategia y habilidad

LIMITACIONES

El presente estudio no está exento de limitaciones, pues se trata de un estudio correlacional y no se puede determinar una relación de causalidad. Conviene seguir profundizando en esta relación sesgos - juego patológico, y también en las diferencias entre los distintos tipos de juego online (apuestas y ruleta). Finalmente, poder indagar en la perspectiva de género nos permitirá poder diseñar futuros programas de prevención y tratamiento que puedan ayudar a más mujeres afectadas y aporten luz a la realidad del problema que viven las mujeres jugadoras, y cuyo porcentaje en tratamiento es mínimo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chóliz, M. (2006). *Adicción al juego: sesgos y heurísticos implicados en el juego de azar*. *Revista española de drogodependencias*, 31 (1), 173-184.
- Chóliz, M. (2017). *Ludens: Prevención de la adicción al juego de azar*. Valencia. *Psylicom Ediciones*.
- Kim et al. (2017). *Why do young adults gamble online? A qualitative study of motivations to transition from social casino games to online gambling*. *Asian journal of gambling issues and public health*, 7: 6.
- Ladouceur, R. y Walker, M. (1996). *A cognitive perspective of gambling*. En P.M. Salkovskis (Ed.). *Trends in cognitive and behavioural therapies* (pp. 89 - 120). Chichester: Wiley.
- Tversky, A. y Kahneman, D. (1981). *The frame of decisions and the psychology of choice*. *Science*, 211, 453-458.

“ADICCIONES, DARKWEB Y CRIPTOMONEDA”



Juan Lázaro-Mateo
Psicólogo. Coordinador técnico CREAP. Tesorero Asociación Juego Ético.

Dado que este artículo va dirigido a profesionales socio-sanitarios, es preciso comenzar por aclarar los conceptos del ámbito informático. El Internet que conocemos la mayoría es lo que se conoce como clearnet (Internet limpia). Es el conjunto de sitios web, buscadores, exploradores, etc., que cumplen con las normativas legales en cuanto a metadatos y que son fácilmente explorables por la policía y por los buscadores de Internet convencionales como Mozilla o Google.

El término darkweb (web oscura) se refiere a un área de Internet oculta para la mayoría de los usuarios y sobre todo está oculta para usuarios que no tienen intenciones delictivas. La darkweb es el conjunto de servidores, conexiones, exploradores, buscadores, encriptaciones, etc., que no dejan rastros, a los cuales se accede con permisos concedidos exclusivamente o que conocen personas concretas. A menudo el término darkweb es confundido con el de deepweb (web profunda), que se refiere a toda la información a la que no se puede acceder públicamente y que supone aproximadamente el 90% del contenido de Internet.

Dentro de la deepweb se englobarían páginas convencionales protegidas por un paywall, pero también archivos guardados en Dropbox, correos guardados en los servidores de tu proveedor, y todas esas páginas que se crean durante unos instantes, por ejemplo, cuando configuramos un buscador de viajes y nos muestra el contenido.

La darkweb ocupa aproximadamente el 0,1% de la deepweb y en ella se realizan delitos como tráfico ilegal de armas, drogas legales, drogas ilegales, prestamistas, servicios de falsificación de documentos, pornografía, pedofilia, software para hackers, compraventa de obras de arte robadas, etc. Y también se trafica con dinero virtual, mediante la venta de encriptaciones robadas a entidades bancarias. Es decir, se siguen cometiendo prácticamente los mismos delitos que han existido siempre, pero ahora con un canal de comunicación más seguro, cómodo y eficaz. Esto lo permiten exploradores de Internet que no dejan rastro ama TOR relativamente conocido, y otros menos populares como Freenet, I2P o ZeroNet. Estos

exploradores son también llamados darknets, y el conjunto de ellos forman la darkweb, siendo el medio para acceder a ella (Egan, 2015).

Aunque no todo el uso que se les da a las darknets tiene por qué ser delictivo, ya que también las usan algunas personas para poder expresarse libremente, como por ejemplo grupos reprimidos en países sometidos a gobiernos dictatoriales. Sin embargo, bien es cierto que la darkweb es principalmente usada para evitar a las autoridades de la ley, y en este entorno virtual oscuro, es donde los "ciberdelincuentes" ocupan su lugar, siendo actualmente la falsificación y robo de dinero virtual unos de sus servicios más solicitados.

Estando ya más de la mitad de la población mundial conectada a Internet y haciendo pagos online, tanto empresas como particulares estamos expuestos y vulnerables, al no existir protocolos totalmente seguros, ni legislaciones ajustadas. Actualmente más que navegar en la red, nadamos en un río revuelto en el que los pescadores son los hackers, que se frotan las manos tras lanzar sus cañas.

LA CRIPTOMONEDA, EL DINERO DIGITAL SEGURO

La criptomoneda es un medio de intercambio o trueque, como cualquier moneda, pero digital, que utiliza encriptaciones de alta seguridad para proteger las transacciones financieras, con un nivel de seguridad anti-hacking superior al sistema del dinero digital bancario primitivo. Al ser más difícil de copiar que el dinero virtual creado por los bancos, su aparición ayudó a reducir la falsificación y el tráfico de dinero en la darkweb, reduciéndose con ello las pérdidas de los bancos y los robos en las cuentas de los usuarios.

El dinero digital supone el grueso del dinero existente, ya que tan sólo el 8% del dinero es en efectivo. La gran mayoría de los asalariados cobramos y pagamos en dinero digital, por lo que deberíamos llamarlo

” Las criptomodenas no están controladas por bancos ni gobiernos, están reguladas por los propios consumidores que las consideran seguras y las compran

sencillamente dinero. La criptomoneda también es un tipo de dinero digital, pero no todo el dinero digital es criptomoneda.

La primera criptomoneda que apareció y que es también la más conocida es el Bitcoin, creada por el desarrollador Satoshi Nakamoto, cuyo valor en dólares ha ido creciendo exponencialmente desde su lanzamiento. Aunque existen otras criptomonedas que también han alcanzado un gran éxito en el mercado como Litecoin, Ether, EOS o Ripple, que tienen sus propios sistemas de encriptación, diferente del de Bitcoin y todas pujan por ser la moneda virtual más fiable. Vulnerar la seguridad de una criptomoneda es matemáticamente posible, pero requeriría una cantidad de recursos tecnológicos y técnicos superiores a los que tienen grandes empresas del sector como Google, por lo que es altamente improbable que ni siquiera un grupo de hackers expertos pudiese conseguirlo.

Hasta la invención del Bitcoin todas las transacciones se realizaban de forma centralizada en empresas financieras y bancos, con dinero digital básico. Sin embargo, una de las características fundamentales de las criptomonedas es que no están controladas por bancos ni gobiernos, están reguladas por los propios consumidores que las consideran seguras y las compran. Aunque poco a poco los gobiernos las irán legalizando como ya han hecho Japón y Rusia, porque cada vez van formando más parte de la economía doméstica y empresarial.

Una de las ventajas de las criptomonedas es que su sistema de encriptación es más complejo y seguro que el que tenía el dinero virtual hasta su aparición, y también su funcionalidad. Por ejemplo, mediante la instalación en el Smartphone de aplicaciones creadas para ello, se puede utilizar el teléfono como monedero de criptomonedas, pudiendo con este consultar el saldo, convertir la cantidad que se desee a euros o cualquier otra divisa, pagar con el teléfono, hacer transferencias en cualquier divisa, etc.

LA INVERSIÓN EN CRIPTOMONEDA

A no pocas personas les resulta difícil comprender el concepto de la inversión en monedas virtuales o criptomonedas, por el hecho de que no lo consideran “dinero real” y que al no estar físicamente en ningún sitio, ese dinero es irreal, considerándolo casi como humo. Sin embargo la cuestión es mucho más sencilla, el valor de una criptomoneda se determina, como muchas otras cosas, en función de la oferta y la demanda, mediante un algoritmo que mide la cantidad de transacciones en tiempo real. Cuanto más gente quiere comprar unidades de cualquier criptomoneda, a pesar de que esta no exista físicamente, más aumenta su valor.

Para facilitar la comprensión del concepto pensemos por ejemplo en todas las empresas que actualmente existen y cuyos servicios se ofrecen de forma exclusivamente virtual, como por ejemplo Facebook, Netflix o Google. Estas empresas tienen sus oficinas, sus empleados y sus recursos materiales, como cualquier otra empresa, pero sus servicios son utilidades que el usuario disfruta en el mundo virtual y su valor radica en la cantidad de consumidores de esos servicios. Alphabet, la empresa matriz de Google en mayo de 2018 era la cuarta empresa del mundo en capitalización, con 738.000 millones de dólares, con un crecimiento continuo casi desde su creación. Incluso una persona que no tenga nociones de inversión en bolsa puede ver que invertir en Google puede ser un negocio seguro a pesar

de ser una empresa virtual. Pues con las criptomonedas es lo mismo, veamos por ejemplo el caso de la pionera y también la más conocida, Bitcoin. La empresa Bitcoin lanzó al mercado su criptomoneda en enero de 2009 (Sagona-Stophel, 2015). Entre los años 2010 y 2011 se comenzaron a crear casas de cambio que permitían la compraventa de bitcoins a través de transferencias bancarias. A estas siguieron los procesadores de pago que hacían posible a los negocios aceptar bitcoins mientras que simultáneamente los comerciantes cobraban el importe de las ventas directamente en sus cuentas bancarias. Según las empresas lo iban utilizando cada vez más, su precio iba subiendo y en 2013 el bitcoin alcanzó el valor de 100 dólares. En enero de 2015, la startup española Bit2Me fue la primera que permitió cambiar bitcoins a euros, utilizando más de 10.000 cajeros de la estructura bancaria española.

Además de su compleja encriptación, otro factor que ha hecho que el valor de los bitcoins no parase de crecer fue que el número de unidades que se crearon y pusieron en circulación fue limitado ya que se determinó la creación de un máximo de 21 millones de bitcoins hasta el año 2030, por lo que una vez que estén todos en circulación, no habrá más, de modo que su valor ha ido yendo en ascenso. Además, cuando aparecieron en los medios noticias sobre las primeras personas que habían ganado grandes fortunas invirtiendo en bitcoin, se disparó la cantidad de inversores particulares y al aumentar la demanda sin aumentar la oferta, el valor del bitcoin creció estrepitosamente.

Actualmente el valor del bitcoin ronda los 5.600 dólares habiendo llegado a su máximo histórico en diciembre de 2017 cuyo valor era de 19.193 dólares. Por ello, durante este crecimiento, muchas personas han aprovechado para especular con las criptomonedas, pudiendo ganar grandes cantidades de dinero con inversiones mínimas. Pensemos que quienes invirtieron 1.000 dólares en bitcoins cuando valían un dólar, en diciembre de 2017 tenían más de 19 millones de dólares en bitcoins, que podían transformar en euros o dólares en su cuenta bancaria, eso sí pagando los

” La fiebre de la criptomoneda ha llegado hasta el punto de que existen servicios como CryptoLife y WalletBuilders que ayudan a cualquier particular a crear su propia criptomoneda de forma rápida y fácil

impuestos correspondientes al estado, que en el caso de España es el 20%. Sin embargo nunca llega a ser una apuesta segura, ya que puede sufrir una caída en cualquier momento (López, 2017).

Se han creado muchas criptomonedas, pero sólo han visto crecer su valor aquellas que han aportado alguna novedad en cuanto a seguridad de la encriptación. Las que van apareciendo sin aportar nada nuevo y funcional acaban desapareciendo sin ninguna repercusión en el mercado. Ahora el valor de las grandes criptomonedas ha dejado de crecer como lo estaba haciendo, sin embargo, muchos inversores particulares que oyeron los casos de enriquecimiento mediante la inversión en bitcoins, se han quedado con las ganas de hacer su propia fortuna y van en busca de la próxima moneda exitosa. Por ello, invierten en nuevas criptomonedas emergentes que dicen tener los sistemas de encriptación más fuertes del mercado, con la esperanza de conseguir su ansiada fortuna, pero sin la seguridad de no estar tirando el dinero. Pero comprar criptomoneda no es la única forma de buscar el dinero rápido con este negocio. Muchas de las empresas emergentes que

ofrecen nuevas criptomonedas buscan inversores para crecer rápidamente, aprovechando el contexto favorable.

La fiebre de la criptomoneda ha llegado hasta el punto de que existen servicios como CryptoLife y WalletBuilders que ayudan a cualquier particular a crear su propia criptomoneda de forma rápida y fácil. Estos servicios ofrecen todo el conocimiento técnico para llevar a cabo el proceso, y a través de ellos la moneda creada por cualquier programador puede estar al aire en un día. No obstante, debe pagar por el servicio y además, muchos piden que se exponga un plan de negocios y demuestre que su interés va más allá de 'la simple curiosidad.

Sin embargo, luego estas monedas espontáneas deben demostrar la fortaleza de su encriptación y algunas mueren en el intento al ser copiadas por los hackers, momento en el cual pierden su valor y con ello caen en la ruina junto con sus inversores.

EL JUGADOR INVERSIONISTA

Apostar en el juego de azar es intentar predecir un acontecimiento que depende de factores que el apostador no puede controlar ni conocer (Chóliz, 2017). Es lo que hacen las personas que invierten su dinero en una criptomoneda, creen que pueden predecir el aumento del valor y que con ello ganar dinero. Frecuentemente quienes más invierten en criptomoneda son profesionales del ámbito de la programación o la economía, que consideran que por sus conocimientos pueden tener una mayor probabilidad de predecir exitosamente las subidas y bajadas de su valor. Esto en la psicología de las apuestas se conoce como “sesgo del experto” y provoca que los supuestos expertos en la materia inviertan cantidades mayores que el resto de inversores particulares.

Es posible encontrar casos de adicción al gambling, que vayan acompañados de otro tipo de apuestas compulsivas, como el inicio de negocios con poca premeditación

o la inversión, en bolsa sin conocimientos suficientes. A este tipo de jugadores, cuyo objetivo no es el juego en sí mismo, sino la búsqueda de dinero rápido, podemos considerarlos jugadores inversionistas (Chóliz y Lázaro-Mateo, 2017). La inversión en criptomoneda es como una nueva “fiebre del oro”, de la cual se están aprovechando muchas empresas de Internet que ofrecen la posibilidad de invertir de forma fácil en criptomoneda. Existen sitios web de inversión en bolsa cuyo producto principal es la criptomoneda, que incluso ofrecen bonos de bienvenida, como hacen las casas de juego online. Estos bonos de bienvenida son pequeñas cantidades de dinero virtual que ofrecen para que el inversor novel haga una prueba sin arriesgar su dinero. Por todas sus características, la adicción a la inversión en criptomoneda puede asemejarse a la juego de azar online (Griffiths, 2013). Tras observar el crecimiento del valor de la moneda, el inversor intenta sacar sus ganancias pero el sitio web no se lo permite porque el dinero era tan sólo un “bono de prueba”, por lo que si quiere ganar dinero real tiene que invertir dinero real, del cual el operador de bolsa se queda un porcentaje.

La adicción a la inversión en criptomoneda ya ha sido observada por los investigadores y catalogada como adicción al “crypto-trading”. En abril y mayo de 2018, hubo numerosos informes en los medios de comunicación desde Castillo Craig (un centro de rehabilitación en Escocia) sobre individuos con “adicción al crypto-trading” (Griffiths, 2018). El tema también fue discutido en un Artículo de febrero de 2018 en el Irish Times, por Fiona Reddan, entrevistando a Nicholas Charalambous, el Director General de Alpha Wealth, empresa de asesoramiento financiero, quien reconoció un comportamiento compulsivo en ciertos inversores de criptomoneda.

Un país que ha tomado adicción al crypto-trading es Corea del Sur. Su gobierno para la Coordinación de Políticas Gubernamentales Recientemente ha introducido nuevas reglas para inhibir la especulación sobre las criptomonedas. Según un artículo en Market Watch: “Las medidas propuestas intentan implantar impuestos a la criptomoneda y restricciones

de adquisición a las empresas. Las nuevas regulaciones surgen de la preocupación en Corea del Sur sobre el potencial adictivo del comercio de bitcoins”. El primer ministro del país, Lee Nak-Yon fue tan lejos como para decir que el creciente interés por las criptomonedas, podría “conducir a una grave distorsión o fenómeno patológico”. Dado que las adicciones se basan en constantes recompensas y refuerzo, no hay razón teórica por la que el crypto-trading no pueda ser adictivo, sin embargo de momento sólo hay evidencias anecdóticas de individuos adictos, por lo que es necesaria más investigación de este nuevo fenómeno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chóliz, M. (2017). Ludens: programa de prevención de la adicción al juego de azar. Valencia: Psylicom Ediciones.
- Chóliz, M. y Lázaro-Mateo, J. (2017). Tratamiento de la adicción al gambling online: propuesta de tratamiento y estudio de caso. Nuevas tendencias en prevención, intervención y tratamiento de adicciones. 57-69.
- Egan, M. (2015). What is the Dark Web? How to Access the Dark Web – How to turn out the lights and Access the Dark Web. PC Advisor.
- Griffiths, M.D. (2000). Day trading: Another possible gambling addiction? GamCare News. 8, 13-14.
- Griffiths, M.D. (2013). Financial trading as a form of gambling. i-Gaming Business Aflite. 40-41.
- Griffiths, M. D. (2018). Hot topics in gambling: gambling blocking apps, loot boxes, and ‘crypto-trading addiction’. Online Gambling Lawyer, 17(7), 9-11.
- López, E. G. (2017). ¿Invertir en bitcoins?, solo para adictos al riesgo. Inversión & finanzas: el semanario líder de bolsa, economía y gestión de patrimonios. (1080), 26-27.
- Sagona-Stopphel, K. (2015). Bitcoin 101 white paper. Thomson Reuters.

LA DECLARACIÓN DE PRODIGALIDAD: CUANDO TODO LO DEMÁS FALLA.



Carolina de Mingo López
Asesora jurídica de Patim

“El derecho es el conjunto de condiciones que permiten a la libertad de cada uno acomodarse a la libertad de todos.”

Immanuel Kant

Durante mucho tiempo la sociedad ha estado bajo la idea de que un asesor jurídico especializado en materia de adicciones era un abogado penalista. Hay una idea preconcebida en nuestra sociedad que consiste en asociar la adicción al delito, a la prisión, a la pérdida de derechos y libertades por la comisión de actos tipificados en nuestro ordenamiento. Sobre todo, lo asociamos a estafas, a tirones, a robos, a hurtos y a violencia.

Es cierto que un asesor jurídico especializado en adicciones debe conocer bien los entresijos penalistas que marca nuestro ordenamiento. Sin embargo, la sociedad ha evolucionado de manera notable. Desde la aparición del microordenador en los años 80 y la accesibilidad a Internet en los 90 la conectividad del planeta se ha catapultado. La revolución de las telecomunicaciones ha posibilitado el acceso al saber científico y cultural de pueblos y sociedades, sin distinciones sociales o étnicas.

También ha posibilitado el acceso a nuevas formas lúdicas con las que entretener a la sociedad y con las que crear nuevos nichos de negocio. Es por esta revolución por la que en estos momentos nos encontramos con que, dentro de las adicciones sin sustancia, nuestros pacientes tienen unos problemas distintos a los que tenían antes. No es que hayamos dejado de luchar contra Casinos y máquinas tragaperras. No. A este escenario previo hay que sumarle los bingos online, las apuestas deportivas online, los casinos online y un largo etcétera de modalidades de juego online a las que tiene acceso ilimitado cualquier persona que disponga de un ordenador, móvil, Tablet o televisión con acceso a internet. Las empresas que se dedican al juego han encontrado un paraíso donde explotar su actividad y lucrarse sobremanera.

El escenario que podemos encontrarnos a la hora de asesorar a una persona con un problema de juego es muy variopinto: separaciones y divorcios, temas de custodia, desahucios, herencias, despidos, monitorios, acuerdos

extrajudiciales de pago y un largo etcétera de asuntos que pueden verse afectados por esta enfermedad. Y cada usuario tiene una solución. El asesoramiento debe ser personalizado pues cada persona tiene unas circunstancias concretas.

Vamos a hablar de casos extremos en los que el paciente dilapida su patrimonio y la familia no sabe cómo actuar. Han intentado hacerse cargo de la economía doméstica y no hay manera de frenar la avalancha de acreedores. Aun así, no consiguen que se deniegue el acceso a nuevos créditos que hagan que la deuda siga creciendo.

La Declaración de Prodigalidad no se configura como una declaración de incapacitación, sino que queda fuera del concepto de “enfermedades o deficiencias físicas o psíquicas a las que alude el art. 200 CC como “causas de incapacitación” de la persona.

Podría definirse como “el consumo arbitrario de los bienes propios en cosas

vanas, inútiles o superfluos, que lleva consigo la dilapidación de un patrimonio, sin otro objeto que el derroche”.

Requisitos para considerar una conducta como pródiga:

- Que se dé una conducta desordenada y ligera en la gestión o en el uso del patrimonio,
- Que esa conducta sea habitual
- Que ponga injustificadamente en peligro la conservación del patrimonio, con perjuicio de aquellos familiares con respecto a los cuales tiene éste obligaciones morales y jurídicas ineludibles.

La prodigalidad supone una sanción jurídica a una conducta concreta, es pródigo quien negligentemente dilapida de forma continuada su patrimonio injustificadamente. No lo es quien asume importantes riesgos económicos por causas “justas”, profesionales, personales o familiares. La declaración de prodigalidad, más que carácter sancionador, tiene el de una medida preservativa, preventiva o



protectora del peligro o riesgo de ruina.

El procedimiento judicial de declaración de la prodigalidad se trata de un procedimiento judicial por el que el juez designará una persona que habrá de supervisar y autorizar todos los actos de contenido patrimonial que haga el declarado pródigo.

Si se llevan a cabo sin ella, serán anulables a instancia del curador o del propio pródigo cuando deje de serlo.

¿Quién tiene competencia para conocer demandas de declaración de prodigalidad?

El art. 756 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil contiene un criterio competencial específico, al indicar que la competencia para conocer de las demandas sobre capacidad y declaración de prodigalidad corresponden al Juez de Primera Instancia del lugar en que resida la persona a la que se refiera la declaración que se solicite.

¿Quién puede instar la declaración de prodigalidad? Es decir, ¿quién puede solicitar que se declare pródigo a una persona?

- El cónyuge que perciba o se encuentre en situación de reclamar del supuesto pródigo alimentos
- Los ascendientes
- Los descendientes que perciban o se encuentren en situación de reclamar de éste alimentos
- Los representantes legales de cualquiera de los anteriores.
- El Ministerio Fiscal solamente en los casos en los que el legitimado esté sujeto a un régimen de representación legal (tutela, patria potestad) y la declaración de prodigalidad no es pedida por los representantes legales.

¿Qué efectos surte la declaración de prodigalidad

- A través de la declaración de prodigalidad no se incapacita a la persona, no queda bajo un régimen de tutela, si no de curatela. ¿Qué significa esto? La sentencia fijará una serie

de actos de contenido patrimonial que necesitarán de la supervisión y ratificación de un curador. Si se llevan a cabo sin ella, serán anulables a instancia del curador o del propio pródigo cuando deje de serlo.

- La declaración de prodigalidad carece de efecto retroactivo, los actos anteriores a la misma no pueden ser atacados.
- La Sentencia determinará en que Registro se inscribirá dicha declaración a efectos de garantizar su eficacia: en el Civil necesariamente, pero además también se puede en el Mercantil, en el de la Propiedad Inmobiliaria, u otros de carácter administrativo o privado.

Con este sistema conseguimos de manera real y efectiva que el paciente no pueda solicitar más créditos. Todo movimiento económico deberá ser revisado y aprobado por el curador. Si no fuese así, no tendrá validez y no podrán reclamarle nada. Evidentemente, estamos hablando de actos posteriores a la declaración de prodigalidad.

¿Cuándo se extingue la declaración de prodigalidad?

- Cuando cese la causa que lo motivó. Habrá de declararse a través de un procedimiento similar al de declaración.
- Para cancelar la constancia de la prodigalidad en los Registros será necesario una sentencia que así lo declare.

Y con este punto queda finalizada la exposición. Comentaros también que se puede ahondar más en estos temas e incluso se pueden ampliar con otras cuestiones jurídicas muy interesantes para el campo de la ludopatía o adicciones sin sustancia.

Remarcamos la importancia que tiene este tipo de asesoramiento jurídico como complemento de la terapia llevada a cabo por los facultativos y especialistas. El abarcar otros campos de la persona y no sólo el psicológico y el conductual hará que la terapia y su consiguiente rehabilitación y reinserción social sean todo un éxito. Así lo creemos y por ello trabajamos.

CONFERENCIA DE CLAUSURA

EL MARCO LEGAL DEL JUEGO DE AZAR Y LA PREVENCIÓN DE LA ADICCIÓN AL JUEGO ONLINE



Dr. Mariano Chóliz¹
Unidad de Investigación: “Juego y adicciones tecnológicas”
Facultad de Psicología
Universidad de Valencia
Asociación: “Juego Ético”

No puedo menos que comenzar agradeciendo a PATIM y al PMD del Ayuntamiento de Valencia por su amabilidad al invitarme a compartir con todos ustedes algunos de los resultados de nuestros trabajos, así como reflexiones sobre el tema del juego online y su repercusión en la salud de jóvenes y adolescentes, específicamente en lo que se refiere al problema de la adicción al juego.

También quiero agradecer la flexibilidad de la organización al permitirme adelantar la conferencia, dado que debo estar en el Congreso de los Diputados esta misma tarde en un debate el que se van a presentar en el Plenario una serie de consideraciones para instar al Gobierno a que tome medidas en materia de publicidad y regulación del juego. Algunas de dichas medidas son las que hemos ido proponiendo desde hace tiempo en foros como el que hoy nos reúne aquí, de manera que creo que es una oportunidad de que se oiga la voz de la sociedad en la Cámara que nos representa. Esto no solo afecta al adelanto de esta conferencia, sino al contenido de la misma, puesto que pienso que es oportuno el que indique cuáles son las propuestas que se van a someter a votación en el Congreso en materia de regulación y publicidad del juego.

Para comenzar, me gustaría señalar algunos de los principios que guían nuestro proceder en la prevención e intervención de la ludopatía, que sin duda se trata de vino viejo en odres nuevos. En este sentido, es de destacar las siguientes consideraciones:

1. La adicción al juego online en España aparece recientemente y depende de varios factores:
 - El propio juego de azar

¹ El autor de esta conferencia no tiene ningún conflicto de competencias con el sector del juego. Las investigaciones cuyos resultados aquí se presentan no han sido financiadas total ni parcialmente por la industria del juego. El arriba firmante se adhiere al código de conducta de Auckland sobre investigación científica del juego, H.E.A.R.T. © y es uno de los firmantes del manifiesto (Auckland, febrero de 2018).

- La aplicación de los adelantos tecnológicos (electrónica, informática, Internet...) al juego de apuestas y azar, que potencian su poder adictivo
 - El interés comercial por extender su uso a la sociedad, en especial a la población más vulnerable (jóvenes, adolescentes...)
 - La ausencia de una regulación apropiada para prevenir la adicción
2. En la actualidad, el juego online es la segunda causa de adicción al juego en la población general y la primera en jóvenes menores de 26 años. Adolescentes y menores de edad están afectados por el juego online en un porcentaje superior al de la población general, lo cual se puede (y se debe) prevenir desde una adecuada regulación del juego por parte de los poderes públicos.
 3. El juego patológico es una afección psicológica que afecta a personas en situación de vulnerabilidad, pero cuyas consecuencias son también familiares, si bien, como hemos dicho anteriormente, la principal causa de este problema, es el propio juego
 4. Este trastorno psicológico es de naturaleza adictiva, lo cual define las líneas a seguir en materia de prevención, tratamiento e investigación
 5. Todas las anteriores consideraciones sirven para resaltar que el jugador patológico no es culpable de su estado. No obstante, es responsable de las consecuencias de sus actos y de la solución de su problema., si bien en el proceso terapéutico pueden participar profesionales, familiares, poderes públicos y la sociedad en general

El juego de azar en España es una actividad económica de una magnitud impresionante. En 2017 el gasto en juegos legales de azar en España rondó los 40.000 millones de euros, que es el doble de lo que vende el grupo Inditex en todo el mundo y aproximadamente un 4% del PIB de España. Como puede observarse en la siguiente gráfica, el gasto ha crecido exponencialmente desde la legalización del

juego online en la Ley 13/2011 de Regulación del Juego (específicamente, desde la concesión de las licencias a operadoras en junio de 2012), debido principalmente a las nuevas modalidades de juego online: póquer online, apuestas y juegos de casino online. Dichos tipos de juego pueden llevarse a cabo tanto a través de móvil u ordenador, como en las máquinas de apuestas los salones o en los bares en el caso de algunas comunidades autónomas, como es el caso de la Comunidad Valenciana.

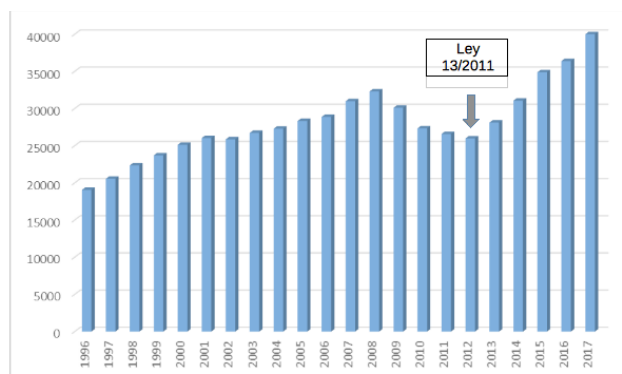


Figura 1. El gasto en juego legal en España (1996-2017) en millones de euros. Elaboración propia a partir de los datos de la DGOJ

El impacto que ha supuesto la aparición del juego online no solamente se refleja en la magnitud del gasto, sino también en sus repercusiones sobre la salud, especialmente en lo que se refiere a la adicción al juego en jóvenes y adolescentes, lo cual vamos a intentar exponerlo en tres estudios que hemos llevado a cabo en la Unidad de Investigación: "Juego y adicciones tecnológicas" de la Universidad de Valencia.

EL IMPACTO DEL JUEGO ONLINE EN ESPAÑA

Analizando con detalle la encuesta que realizó en 2015 la DGOJ sobre prevalencia del juego patológico en España, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- El juego de azar es una actividad muy frecuente (el 75% de los españoles ha jugado a alguno de ellos en su vida), si bien en lo que se refiere a juego online, solamente lo han hecho el 6,06% de la población.
- Existe una marcada relación entre juego online y sexo y edad, ya que el 20% de los

varones menores de 26 años y el 18% de los varones entre 27-35 años han jugado a juego online, en contraposición al 7,9 % de los varones entre 35-65 años o el 1,8% de las mujeres de la misma edad.

- Mientras que la prevalencia de la adicción al juego las personas que han jugado a algún juego de azar es del 0,94%, la prevalencia de la adicción en aquellos que han jugado a juego online asciende a 6,05% .

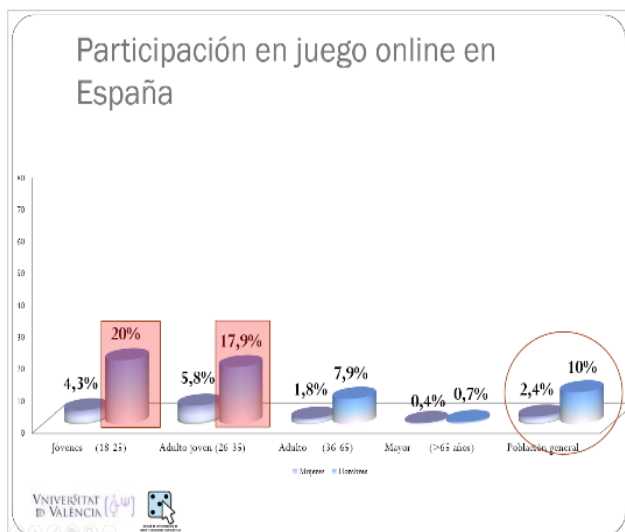


Figura 2. Participación en el juego online en España. Elaboración propia a partir de los datos de la DGOJ

Todo ello indica la importancia de una actividad, la del juego online, que no solamente supone una cantidad ingente de dinero (14.000 millones de euros aproximadamente), sino que afecta en mayor medida a la salud (mayor porcentaje de incidencia de adicción al juego), especialmente de los varones jóvenes.

EL EFECTO DE LA LEGALIZACIÓN DEL JUEGO ON LINE EN LA APARICIÓN DE LA LUDOPATÍA

En un estudio realizado sobre pacientes en tratamiento en centros de FEJAR (Federación Española de jugadores de Azar Rehabilitados) se observó que a partir de la concesión de las licencias del juego online:

- El juego online se convierte en la segunda causa de ludopatía, solo por detrás de las tragaperras, superando a casinos, bingos y loterías en el daño a la

salud de los ciudadanos.

- En el caso de los jóvenes entre 18 y 26 años, el juego online se convierte en la principal causa de adicción al juego, superando incluso a las tragaperras en el daño a la salud.

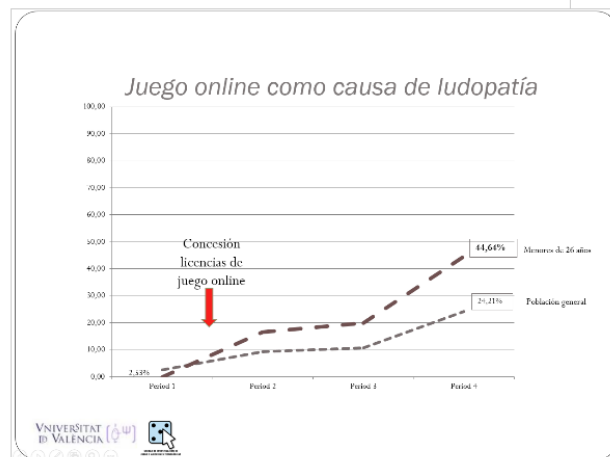


Figura 3. El juego online como causa principal de ludopatía. Efecto de la legalización del juego online en España.

- Desde la legalización del juego online ha habido un incremento en demandas de tratamiento por ludopatía en pacientes jóvenes (18-26 años). En concreto, pasan de representar el 3,8% antes de la legalización del juego online al 16% de los pacientes sometidos a tratamiento, tres años después de la concesión de las licencias de juego.

EL IMPACTO DEL JUEGO ON LINE EN ADOLESCENCIA

Un estudio realizado con 8.433 estudiantes de ESO, Bachiller y ciclos formativos de diferentes comunidades autónomas tras la aplicación del programa de prevención de adicción al juego Ludens (Chóliz, 2017) refleja que:

- El 55,3% de los menores de edad ha jugado a algún juego de azar en algún momento, a pesar de que lo tienen prohibido.
- Si analizamos aquellos que juegan a algún juego al menos 1 ó 2 veces por semana, el juego más frecuente entre escolares de 15-19 años son las apuestas deportivas
- El 2,1% de los menores de edad y el 5,4%

de los adolescentes entre 18-19 años padecen juego patológico, según los criterios del DSM-5, lo cual representa una tasa de prevalencia entre tres y ocho veces superior a la de la población general que se obtuvo en la encuesta de la DGOJ en 2015.

Los resultados de las tres investigaciones que hemos comentado indican que el juego online se ha convertido en un auténtico problema de salud pública, especialmente entre los jóvenes y adolescentes de entre 15 y 26 años y ello debido principalmente a una ausencia de regulación eficaz de una actividad, el juego, que las asociaciones clínicas y científicas han demostrado que tiene un potencial adictivo (APA, 2013).

Es por ello que, aunque ya llegamos tarde, es imperioso y urgente regular adecuadamente el juego basándose en criterios científicos y que tenga como principal objetivo la salud y, más en concreto, la prevención de los trastornos adictivos que el juego online provoca.

” El juego online es la segunda causa de adicción al juego en la población general y la primera en jóvenes menores de edad, que están afectados por el juego on line en un porcentaje superior al de la población general, lo cual se puede prevenir desde una adecuada regulación del juego por parte de los poderes públicos

Y precisamente hoy, 23 de octubre de 2018, a las 18:30 de la tarde, se debaten y se someten a votación en el Congreso de los Diputados una serie de medidas que instan al Gobierno a regular la actividad del juego y su publicidad. Algunas de ellas ya las habíamos expuesto en diferentes foros sociales y científicos (Chóliz y Sáiz, 2016), entre las cuales se destacan la limitación de la publicidad de los juegos más adictivos al contexto del juego, exigencia de identificación fehaciente del jugador o implantación de lector de DNI o tarjeta de juego en los juegos electrónicos (máquinas tragaperras o máquinas de apuestas)².

Esperemos que, por fin, nuestros gobernantes hagan caso de la voz de la sociedad, que a través de investigaciones científicas y eventos como este, claman por la necesidad de regular una actividad tan rentable para algunos como perjudicial para otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA, American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Chóliz, M. (2016). The challenge of online gambling: the effect of legalization on the increase in online gambling addiction. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 749-756.
- Chóliz, M. (2017). *Ludens: prevención de la adicción al juego*. Valencia: Psylicom.
- Chóliz, M., y Sáiz-Ruiz, J. (2016). Regular el juego para prevenir la adicción: hoy más necesario que nunca. *Adicciones*, 28(3), 174-181.
- Chóliz, M.; Marcos, M. y Lázaro, J. (2018). The risk of online gambling: a study of gambling disorder prevalence rates in Spain. *International Journal of Mental Health and Addiction*, en prensa.

2 La moción presentada por el Grupo parlamentario de Podemos-IU-Los Verdes-En Marea fue apoyada por todos los grupos parlamentarios de la Cámara y votada a favor por todos los grupos, a excepción del PNV, que se abstuvo.

Organiza:



Colaboran:



AJUNTAMENT DE VALÈNCIA
REGIDORIA DE SANITAT, SALUT I ESPORTS



UPCCA
VALÈNCIA

