

**ESTUDIO SOBRE LAS
CARACTERÍSTICAS
DE LOS/AS
LUDÓPATAS
ADSCRITOS A
PROGRAMAS DE
TRATAMIENTO EN
ÁLAVA**



**Asociación Alavesa de
Jugadores en Rehabilitación
(ASAJER)
Vitoria-Gasteiz, 2002**

ÍNDICE

Agradecimientos	3
1. Presentación	4
2. El juego patológico	5
2.1. Introducción	5
2.2. El juego patológico: Criterios diagnósticos	5
2.2.1. American Psychiatric Association (APA)	5
2.2.2. Organización Mundial de la Salud (OMS)	9
2.3. Fases de Evolución hacia el juego patológico	11
2.4. Comorbilidad con otros trastornos mentales	13
2.4.1. Juego patológico y dependencia al alcohol y otras drogas	14
2.4.2. Los trastornos de personalidad	16
2.4.3. Otros trastornos del control de los impulsos	18
2.4.4. Trastornos afectivos	19
2.4.5. Trastornos de ansiedad	20
2.5. Consecuencias del juego patológico	21
2.6. Detección del juego patológico	22
3. El abordaje terapéutico del juego patológico	23
3.1. Introducción	23
3.2. La evaluación del juego patológico	23
3.3. Los fármacos en el abordaje del juego patológico	26
3.4. Tratamientos psicológicos	27
3.4.1. Técnicas de modificación de conducta	27
3.4.2. Terapia cognitiva	28
3.4.3. Técnicas de grupo	29
3.4.4. Programas multimodales de tratamiento	30

4. El/la jugador/a patológico/a que acude a tratamiento	31
5. Características de los/as demandantes en Álava	36
5.1. Introducción	36
5.2. Objetivos	36
5.3. Metodología	37
5.4. Desarrollo del Estudio	39
5.4.1. Fase de preparación	39
5.4.2. Fase de trabajo de campo	42
5.5. Resultados	44
5.5.1. Datos del/la jugador/a patológico/a que acude a Gabinetes privados en Vitoria-Gasteiz y Álava	44
5.5.2. Datos del jugador patológico/a que acude al Servicio de Alcoholismo y Ludopatía (Osakidetza) en Vitoria-Gasteiz	49
5.5.3. Datos del/la jugador/a patológico/a que acude a la Asociación Alavesa de Jugadores en Rehabilitación (ASAJER)	53
5.5.4. Datos Globales: Perfil del/la jugador/a que acude a tratamiento en Vitoria-Gasteiz	59
5.6. Implicación de la familia y el entorno más inmediato en el proceso de rehabilitación de un/a jugador/a patológico/a	104
5.6.1. El efecto del juego en la familia	104
5.6.2. El papel de la familia en el desarrollo del juego	106
5.6.3. La familia en el tratamiento del juego excesivo	109
5.6.4. Intervención familiar	113
5.7. Conclusiones	114
5.8. El tratamiento del juego patológico en Vitoria-Gasteiz y Álava: recursos públicos y privados	117
5.9. Referencias bibliográficas	151

AGRADECIMIENTOS

Este estudio se ha realizado gracias a la firma de un **Convenio de Colaboración con el Departamento Municipal de Salud y Consumo (DEMSAC) del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz**, el cual ha permitido su financiación. Queremos hacer una mención especial a **D. FRANCISCO GÓMEZ**, jefe de área de Salud Pública (DEMSAC), por su apoyo a este proyecto.

Queremos también mostrar nuestro agradecimiento a todos los centros, tanto públicos como privados que han colaborado con la Asociación, en especial a aquellos centros y servicios que nos han aportado sus datos tales como el **SERVICIO DE ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA** de la Red Sanitaria de Álava (Osakidetza) y los centros privados de **JOSÉ RAMÓN ELIZONDO LAR REINA**, **EDUARDO URCELAY**, el **CENTRO MEDICO-PSICOLÓGICO FLORIDA** y **ABAD Y COLÁS GABINETE PSICOTERAPÉUTICO, S.C.**

No nos queremos olvidar de los verdaderos protagonistas, sin los cuales no hubiese sido posible este trabajo: todas aquellas personas afectadas que han colaborado en la cumplimentación del cuestionario, gracias a las cuales hemos podido obtener los datos que presentamos.

Queremos hacer una mención especial a **RAQUEL BELTRÁN DE HEREDIA**, persona que se ha encargado de contactar con diferentes centros y servicios y de pasar las entrevistas tanto a las personas afectadas como a los centros que han decidido colaborar en este estudio. A ella agradecerle su entrega y dedicación. Y no nos gustaría olvidarnos de **NATALIA GALLEGO**, que nos ha ayudado en la ardua labor de cuantificación de los datos recogidos.

ANA HERREZUELO ORTE
IDOIA AXPE ORMAECHEA
Coordinadoras del Estudio

1. PRESENTACIÓN

La Asociación Alavesa de Jugadores en Rehabilitación (ASAJER) ha estado años insistiendo en la necesidad de desarrollar un estudio que nos permitiera conocer la prevalencia del juego patológico en la Comunidad Autónoma Vasca y más concretamente en el Territorio Histórico de Álava y en su capital Vitoria-Gasteiz.

El conocimiento de esos datos sería de indudable interés para la planificación de diferentes servicios y programas necesarios para hacer frente a este tipo de patología y de las problemáticas personales, familiares y sociales que de ella se derivan.

En el año 2000, y después de la firma de un Convenio de Colaboración con la Diputación Foral de Álava y el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz se desarrolló el ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LA ADICCIÓN AL JUEGO EN ÁLAVA. El objetivo fundamental del mismo era conocer la prevalencia del problema del juego en el Territorio Histórico de Álava y su capital Vitoria-Gasteiz, así como su relación con diversas relaciones socio-demográficas y el consumo de sustancias como el alcohol, el tabaco y otras drogas.

Los datos recogidos en el estudio de prevalencia revelaron que un 0'3% de la población alavesa sería jugadora patológica mientras que un 0'5% de la misma ya tendría problemas leves con el juego. Globalmente nos encontraríamos con un 0'8% de la población afectada por la adicción al juego de azar y de dinero.

Una de las conclusiones del Estudio anterior valoraba la necesidad de continuar con la labor de investigación y conocer las características de las personas afectadas.

Es por esta razón que la Asociación Alavesa de Jugadores en Rehabilitación (ASAJER) propone la realización de un **ESTUDIO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS/AS LUDÓPATAS ADSCRITOS/AS A LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO EN ÁLAVA.**

2. EL JUEGO PATOLÓGICO

2.1. INTRODUCCIÓN

El juego, siendo una actividad normal para la gran mayoría de las personas, se llega a convertir en el caso de los/as jugadores/as patológicos/as en una conducta que no son capaces de controlar.

El interés por analizar esta conducta no surge de manera repentina. La legalización del juego en el Estado en el año 1977 facilitó la aparición de problemas asociados con él, aunque su consideración como problema no fue algo a lo que se llegó muy rápidamente. En otros países, en los que el juego se legalizó con anterioridad, todos estos problemas aparecieron antes provocando una cierta alarma ante ellos.

Todo esto motivó que una serie de profesionales, especialmente los psicólogos, empezaran a analizar este problema, en especial todo lo relacionado con su psicopatología. Autores como Bergler, Moran, Custer, Glen y Lesieur, realizaron toda una serie de trabajos que configuraron las bases de mucho de lo que hoy se conoce sobre el tema.

2.2. EL JUEGO PATOLÓGICO: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Tanto la APA (American Psychiatric Association) como la OMS (Organización Mundial de la Salud) consideran el juego patológico como un trastorno del control de los impulsos, ya que la persona que llega a padecer este trastorno se va haciendo de forma crónica y progresiva incapaz de resistir el impulso de jugar.

Sin embargo, hay otros autores que lo acercan a otros trastornos como los afectivos, los obsesivos-compulsivos y, en muchas ocasiones, a las toxicomanías.

2.2.1. *American Psychiatric Association*

La primera vez que se recoge el juego patológico como categoría diagnóstica es el año 1984 y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la APA (DSM-III). En el mismo, se incluía dentro del apartado de los trastornos no clasificados en otras categorías definiéndose como ***un fracaso crónico y progresivo en la capacidad de resistir los impulsos de jugar, que compromete, altera o lesiona los intereses personales, familiares y vocacionales.***

Los criterios diagnósticos que se establecieron para el juego patológico se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del juego patológico (DSM-III).

<p>A) El individuo se va haciendo crónica y progresivamente incapaz de resistir los impulsos de jugar.</p> <p>B) El juego pone en serio aprieto, altera o lesiona los objetivos familiares, personales o vocacionales, tal como viene indicado por tres fenómenos entre los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Arrestos por robo, fraude, estafa o evasión de impuestos, debidos a intentos para obtener dinero para jugar.2. Incapacidad para satisfacer las deudas y las responsabilidades financieras.3. Alteraciones familiares o conyugales debidas al juego.4. Obtención de dinero a través de fuentes ilegales.5. Incapacidad de explicar las pérdidas de dinero o de demostrar las ganancias que se atribuyen.6. Pérdida de trabajo debido al absentismo ocasionado por la actividad de jugar.7. Necesidad de la existencia de otra persona que procure el dinero necesario para aliviar una situación financiera desesperada. <p>C) El juego no es debido a un trastorno antisocial de la personalidad.</p>
--

Los criterios diagnósticos del DSM-III recibieron varias críticas: por un lado, porque ponían su énfasis en las consecuencias extremas del juego excesivo y, por otro, por introducir un sesgo importante en relación con el nivel social y el estilo de vida del sujeto evaluado (al incluir como criterio los arrestos y no la simple comisión de delitos, así como por no contemplar la posibilidad de que los/as jugadores/as fueran trabajadores/as autónomos/as).

No parecía apropiado que la presencia de un trastorno antisocial de la personalidad se considerase un criterio de exclusión (Lesieur, 1988 a).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, los criterios diagnósticos del DSM-III fueron revisados y apareció una nueva versión: DSM-III-R. En la misma, los criterios que se utilizan para el diagnósticos del “trastorno por dependencia de sustancias psicoactivas” y los utilizados para el “juego patológico” son prácticamente los mismos. Basta con sustituir en el primer caso la palabra sustancia adictiva por juego.

Tabla 2. Criterios diagnósticos del DSM-III-R para el trastorno por dependencia de sustancias psicoactivas y para el juego patológico (recogida de Sáez e Ibáñez, 2000).

Juego patológico	Dependencia de sustancias
<p>Conducta de juego pernicioso, indicada al menos por cuatro de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupación frecuente por jugar o por obtener dinero para jugar. 2. Con frecuencia se juega más cantidad de dinero o durante más tiempo del que se había planeado. 3. Existe la necesidad de aumentar la cantidad de dinero o durante más tiempo del que se había planeado. 4. Intranquilidad o irritabilidad cuando no se puede jugar. 5. Pérdidas de dinero en el juego y vuelta al día siguiente para intentar recuperarlo. 6. Esfuerzos repetidos para reducir o parar el juego. 7. Con frecuencia, el juego tiene lugar cuando se espera del sujeto que esté cumpliendo sus obligaciones sociales o profesionales. 8. Sacrificio de alguna actividad social, profesional o recreativa para poder jugar. 9. Se continúa jugando a pesar de la incapacidad para pagar las deudas crecientes o a pesar de otros problemas significativos, sociales, profesionales o legales que el sujeto sabe que se exacerban con el juego. 	<p>Como mínimo tres de los síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> (3). Una gran parte del tiempo se emplea en actividades necesarias para obtener la sustancia (p.e., el robo), consumirla (p.e., fumando en cadena) o recuperarse de sus efectos. (1). Con frecuencia el uso de la sustancia se hace en mayor cantidad o por un periodo más largo de lo que el sujeto pretendía. (7). Tolerancia notable: necesidad de incrementar considerablemente las cantidades de sustancia para conseguir el efecto deseado o la intoxicación, o una clara disminución de los efectos con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia. (8). Síntomas de abstinencia característicos. (9). A menudo se consume la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. (2). Un deseo persistente o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso de la sustancia. (4). Intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto tiene que desempeñar sus obligaciones laborales, escolares o domésticas, o cuando el uso de la sustancia es físicamente arriesgado. (5). Reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas a causa del uso de sustancias. (6). Uso continuado de la sustancia a pesar de ser consciente de tener un problema social, psicológico o físico, persistente o recurrente, que está provocado o estimulado por el uso de tal sustancia.

En los criterios para el trastorno por dependencia de sustancias psicoactivas se señala entre paréntesis el orden de los criterios según se recoge en el DSM-III-R (1988).

En esta revisión, también se tiene en cuenta la crítica realizada a los anteriores criterios al indicar que el trastorno antisocial de la personalidad era un criterio de exclusión. Ahora se valorará que en muchas ocasiones el juego se asocia con un trastorno de este tipo pero no se considerará que constituya un criterio de exclusión del juego patológico. En el caso de que aparecieran ambos, de coincidencia, ambos deberían ser diagnosticados.

Posteriormente, Rosenthal sometió a la valoración de diferentes profesionales todos estos criterios y también llegaron a la conclusión de que no eran del todo satisfactorios.

Se inició un nuevo periodo de evaluación y valoración de los mismos y se llegó a la identificación de una serie de características o dimensiones del juego patológico.

- Progresión y preocupación
- Fenómeno de tolerancia
- Síntomas de abstinencia
- El juego como forma de escape
- Intento de recuperar las pérdidas
- Mentiras/decepciones
- Actos ilegales
- Complicaciones familiares/laborales
- Apuros económicos.

Todas estas características se recogieron en la nueva versión de la clasificación americana, apareciendo el DSM-IV (APA, 1994). Cuando se redactó de manera definitiva, los criterios pasaron de 9 a 10, tal y como se observa en la tabla siguiente.

Tabla 3. Criterios diagnósticos del juego patológico (DSM-IV).

<p>A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none">(1) Preocupación por el juego (p.e. preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar).(2) Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.(3) Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.(4) Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.(5) El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p.e., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).(6) Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de “cazar” las propias pérdidas).(7) Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego(8) Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza, para financiar el juego.(9) Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.(10) Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego. <p>B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.</p>
--

Merece la pena destacar que en la evolución de los criterios diagnósticos del DSM, el número de los mismos, requeridos para el diagnóstico, ha ido cambiando.

En el DSM-III, eran necesarios tres de siete; en el DSM-III-R, cuatro de nueve y el DSM-IV, cinco de diez. Todo ello puede ser debido a la necesidad de lograr una definición más estricta de la ludopatía y del/la ludópata, teniendo más claras sus diferencias con el/la jugador/a problema. De cara al abordaje terapéutico todo esto es muy importante ya que un buen diagnóstico nos permitirá una buena delimitación del momento en el cual se encuentra el jugador, y ello a su vez, nos indicará cuál ha de ser nuestro trabajo.

Con el/la jugador/a patológico/a el abordaje será más activo y dirigido al cambio mientras que en el caso del/la jugador/a problema, el trabajo puede ir más hacia la aplicación de una serie de medidas preventivas que le impidan avanzar en su enfermedad.

2.2.2. Organización Mundial de la Salud

En el año 1992, la OMS incluyó en su clasificación una categoría diagnóstica denominada “Ludopatía” codificada como F63.0, en el apartado F63 “Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos”, que a su vez supone un apartado del capítulo F60-F69 “Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto”.

La palabra Ludopatía tiene un origen un tanto curioso. A los investigadores españoles no les convencía mucho el término juego patológico (pathological gambling), utilizado en el DSM-III, para denominar a esta problemática ya que en castellano la palabra juego tiene diferentes significados mientras que en inglés son varias las palabras utilizadas para denominar diferentes formas de juego. En ese momento decidieron que la palabra a utilizar podría ser Ludomanía (ludos, juego y manía, especie de locura, deseo desordenado) intentando dejar constancia de que la enfermedad no tenía nada que ver con el juego como entretenimiento sino a un trastorno del juego de azar. Debido a un error mecanográfico en la transcripción de un documento, se sustituyó ludomanía por ludopatía y así se recogió en el CIE-10 (1992).

Cuando en 1993 se publica la versión española de los criterios diagnósticos de la CIE-10, se intenta corregir este error y se denomina a este trastorno Ludomanía.

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 1993) son los siguientes:

Tabla 3. Criterios diagnósticos del juego patológico en la CIE-10 (OMS, 1993).

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">A. Presencia de dos o más episodios en un periodo de al menos un año.B. Estos episodios carecen de provecho económico para el individuo y, sin embargo, se reiteran a pesar de los efectos perjudiciales que tienen a nivel social y laboral, y sobre los valores y compromisos personales.C. El sujeto describe la presencia de un impulso intenso de jugar difícil de controlar, y afirma ser incapaz de dejar de jugar mediante el único esfuerzo de su voluntad.D. Preocupación con pensamientos o imágenes mentales relacionados con el acto de jugar o con las circunstancias que lo rodean. |
|---|

2.3. FASES DE EVOLUCIÓN HACIA EL JUEGO PATOLÓGICO

Son diversos los autores que han intentado describir cuál es el proceso, la evolución que lleva a una persona hasta el juego patológico. Suele tratarse de un proceso largo que, en muchas ocasiones, se inicia en la adolescencia.

Al describir la evolución de este trastorno, se suelen tener en cuenta las fases que propuso Custer (1982) y que luego fueron ampliadas por Lesieur y Rosenthal (1991).

Las fases descritas serían las siguientes:

- **Fase de ganancia.-** El/la jugador/a empieza de invertir pequeñas cantidades en el juego y logra algunos premio, e incluso en algunos casos éstos pueden llegar a ser más que sustanciales. La obtención de estos premios puede hacer creer al/la jugador/a que tiene habilidades y capacidades para controlar el juego, lo que alimenta su imagen de gran jugador/a. Se empiezan a generar fuertes expectativas irracionales de obtener mayores ganancias. Todo ello puede provocar que el tamaño y la frecuencia de las apuestas vaya aumentando progresivamente. En la idea de obtener más premios, se apuesta más y las pérdidas pueden empezar a ser mayores. En este momento, el/la jugador/a empieza a considerar que la única solución que tiene para recuperar el dinero es seguir jugando. En este momento, la cantidad de dinero invertida todavía no es muy grande y el/la jugador/a no se aísla para practicar esta actividad.
- **Fase de pérdida.-** El propio juego se utiliza para recuperar las pérdidas. Esta acción se conoce con el nombre de *caza*. Para seguir jugando le hace falta más dinero y pasará de pedir dinero a los familiares y amigos a solicitar préstamos en los bancos, utilización de tarjetas de crédito,... que considera que podrán ser devueltos con las ganancias del juego. Ya no se habla de un juego social, de entretenimiento y empiezan a aparecer los problemas familiares y laborales, problemas que tienen mucho que ver con la cantidad de mentiras y excusas que el/la jugador/a ha de utilizar para seguir consiguiendo dinero y poder justificar sus pérdidas. Las deudas son bastante mayores que las ganancias y debido a la presión de las mismas el/la jugador/a “confiesa” su situación, promete que dejará de jugar, aunque probablemente no lo haga del todo convencido ni con la conciencia necesaria para iniciar un proceso de rehabilitación. Con esta actitud lo que pretende es que le sea dado dinero para pagar sus deudas. Algunas de las personas afectadas acudirán a un tratamiento aunque una vez que consigan el dinero, supuestamente para pagar sus deudas, volverán a jugar.

- **Fase de desesperación.-** El/la jugador/a jugará cada vez más. El juego se convierte en su máxima necesidad y preocupación. Sigue aumentando la cantidad de tiempo y dinero dedicados al juego, aumentan las deudas, y empieza a haber una gran tensión emocional. Empieza a desaparecer el optimismo que hasta ese momento mantenía (con más dinero, más juego, con más juego más posibilidad de ganancia y de poder pagar las deudas), debido a la acumulación de las deudas, y a la importancia de los problemas familiares y laborales que van aumentando. Nerviosismo e irritabilidad son dos síntomas que aparecen y se mantienen y sufre trastornos de sueño, de alimentación, depresión, ansiedad,... Se llega a un estado de desesperación tal que aparecen las ideas de suicidio e incluso en algunos casos se producen los intentos.
- **Fase de desesperanza o abandono.-** En el año 1991, Lesieur y Rosenthal, añadieron una cuarta fase. Los/as jugadores/as se plantean que no van a poder de jugar nunca y que siempre van a perder si lo hacen. Les resulta muy difícil dejar de jugar porque buscan la acción de jugar o la excitación que les produce el hacerlo como un objetivo en sí mismo. Llegan a estar convencidos de que es inútil hacer nada para intentar impedirlo.

2.4. COMORBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS MENTALES

La comorbilidad con otros trastornos mentales, a parte de ser un factor de riesgo para el desarrollo de la ludopatía (Shaffer, 1999), es un factor importante que condiciona no sólo la elección de un tratamiento adecuado sino también el pronóstico del trastorno (Sáiz e Ibáñez, 2000).

La frecuente presencia de comorbilidad con otros trastornos es algo que se presenta repetidamente en el juego patológico. Hay autores que han señalado que el abuso de alcohol y drogas es uno de los trastornos con mayor prevalencia en esta población. También hay autores (McCormick et al, 1984; Sullivan et al, 1994) que informan sobre una mayor frecuencia de trastornos afectivos asociados y Sáiz Ruiz y López-Ibor (1983) que hablan de una mayor incidencia de intentos autolíticos. En el estudio de Sullivan et al, que fue realizado sobre jugadores/as que llamaban a un teléfono de emergencia en relación a su trastorno y por iniciativa propia, se observa que hasta un 90% de los/as jugadores/as patológicos/as tenía ideación suicida.

En el año 1998, dos autores, Black y Moyer, realizaron un estudio en Iowa (Estados Unidos). En el mismo se incluyeron a 30 pacientes, 23 varones y 7 mujeres que presentaban un diagnóstico de juego patológico. Encontraron que el trastorno comórbido más frecuente a lo largo de la vida eran los trastornos de personalidad (87%), seguidos por los trastornos por abuso de sustancias (64%), trastornos afectivos (60%) y trastornos de ansiedad (40%).

En España, se realizó un estudio de comorbilidad psiquiátrica con una muestra de 70 jugadores/as (48 varones y 22 mujeres) provenientes de la Unidad de Ludopatía del Hospital Ramón y Cajal (Ibáñez, 2000). En cuanto a los resultados, se observó que el 62% de la muestra tenía algún diagnóstico psiquiátrico asociado y el 28% de los casos, comorbilidad con dos o más trastornos. En cuanto al diagnóstico comórbido, el más frecuente era el de trastorno de la personalidad (43%), seguido del abuso o dependencia de alcohol (35%) y el trastorno adaptativo con sintomatología ansiosa y/o depresiva (17%). Indicar que el 9% de los/as jugadores/as presentaban antecedentes de tratamiento psiquiátrico por trastornos en la infancia o adolescencia.

Teniendo en cuenta los dos estudios observamos que los diagnósticos más frecuentes han sido los trastornos de personalidad y el abuso de sustancias.

Todo esto nos lleva a la importancia que tiene y la atención que requiere la evaluación de la comorbilidad psiquiátrica en el juego patológico.

2.4.1. Juego patológico y dependencia al alcohol y otras drogas

La relación entre el juego patológico y el abuso de drogas ha sido algo muy estudiado por diferentes profesionales. Los resultados obtenidos nos llevan a señalar que existe una importante relación entre estos problemas pero fundamentalmente entre el juego patológico y el consumo excesivo de alcohol.

El estudio de esta cuestión se ha abordado desde dos puntos diferentes:

- El consumo de alcohol y otras drogas en los/as jugadores/as patológicos/as.
- La incidencia del juego patológico en personas afectadas por el abuso de alcohol u otras drogas.

El consumo de alcohol y otras drogas en los/as jugadores/as patológicos/as

Un gran número de los estudios realizados concluyen que hay un algo número de jugadores/as patológicos/as que consume alcohol de forma excesiva. Esta relación entre juego y consumo de alcohol se ha encontrado tanto en hombre como en mujeres (Lesieur, 1988 a).

En el año 1983, Ramírez, McCormick y Taber realizaron un estudio muy minucioso. El 39% de los/as jugadores/as patológicos/as abusaban del alcohol y otras drogas en el año previo a la admisión en un programa de tratamiento. El 50% indicó que uno o ambos de los padres biológicos tenían problemas con el alcohol u otra drogas, y un tercio que uno o más de sus hermanos también. Un dato a destacar es que casi el 100% de los/as jugadores/as que abusaban recientemente del alcohol u otras drogas padecían problemas de depresión.

Hay un dato que es importante y que se debe tener muy en cuenta. La progresión de la enfermedad y el deterioro es mayor en aquellos/as jugadores/as que abusan del alcohol o de otras sustancias tóxicas (Ciarrocchi, 1987). Asimismo, el consumo de alcohol u otras drogas, desempeñan un papel importante en las recaídas, ya que estas sustancias hacen que disminuya el control que la persona tiene sobre sus propias conductas.

Según González (1989), el consumo de sustancias adictivas puede responder a motivaciones distintas tales como la potenciación de la estimulación y del placer, el enfrentamiento a las vivencias de juego, el olvido de las pérdidas y/o sustitución de la adicción.

La incidencia del juego patológico en personas afectadas por el abuso de alcohol u otras drogas

Son varios los estudios y trabajos que han señalado una alta incidencia del juego en personas con problemas de adicción al alcohol y otras drogas.

Lesieur, Blume y Zoppa realizaron en 1986 un estudio que incluía una muestra de 458 pacientes en tratamiento y que tenían como diagnóstico principal el de abuso de alcohol u otras drogas. Los resultados indicaron que un 10% eran jugadores/as patológicos/as y un 9% jugadores/as problema. Este estudio también observó una importante relación entre el propio juego y el de la familia: el 39% de los pacientes con padres jugadores patológicos eran a su vez jugadores patológicos.

En España, Rodríguez-Martos (1989) realizó un estudio en el cual el 14% de los paciente alcohólicos en tratamiento cumplía también los criterios para el diagnóstico del juego patológico. Los resultados indican que los casos de juego patológico inciden, sobre todo, en pacientes con antecedentes familiares de juego excesivo, que han iniciado una conducta de juego temprana y que presentan polidrogodependencia.

Lesieur y Rosenthal (1991) establecen que entre el 7% y el 25% de pacientes con problemas de abuso de alcohol y drogas que participan en varios programas de tratamiento, serían jugadores/as patológicos/as. Los porcentajes son muy importantes e incluso alarmantes ya que hay que tener en cuenta que es frecuente que los/as jugadores/as problema alcohólicos/as cuando dejan de beber pueden convertirse en jugadores/as patológicos/as (Lesieur y Heineman, 1989).

En definitiva, podemos indicar que el juego patológico puede ir acompañado de otras adicciones complicando más la vida de las personas que plantean estos problemas y dificultando su posible recuperación.

2.4.2. Los trastornos de personalidad

Aunque haya autores que han señalado una asociación frecuente entre el juego patológico y problemas de personalidad, hay que indicar que la mayoría de estos estudios se basan en el análisis de rasgos de personalidad mediante cuestionarios y apenas se ha hecho a través de entrevistas diagnósticas estructuradas las cuales permitirían llegar a un diagnóstico preciso (Sáiz e Ibáñez, 2000),

Los resultados de dos estudios relativos a la posible comorbilidad entre los trastornos de personalidad y el juego patológico se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 4. Trastornos de la personalidad en jugadores/as patológicos/as (recogida de Sáiz e Ibáñez, 2000)..

Trastornos de la personalidad	Black y Moyer, 1998^a (%)	Ibáñez, 1997^b (%)
Trastorno paranoide	26	3,3
Trastorno esquizoide	33	--
Trastorno esquizotípico	30	1,6
Trastorno antisocial	17	16,4
Trastorno límite	23	8,2
Trastorno histriónico	7	--
Trastorno narcisista	20	4,9
Trastorno por evitación	50	1,6
Trastorno por dependencia	7	4,9
Trastorno obsesivo-compulsivo	59	--
Trastorno pasivo-agresivo	--	1,6
Trastorno masoquista	--	--
Trastorno no especificado	--	8,2

^a Diagnósticos basados en el PDQ-IV (Hyler y Rieder, 1996)

^b Diagnósticos basados en el SCID-II (Spitzer y Willians, 1985)

Las elevadas puntuaciones en escalas de psicopatía es una de las características que aparece de manera frecuente en los/ jugadores/as patológicos/as, y que también aparece en otras adicciones. Este hecho ha llevado a algunos autores a indicar que los/as ludópatas presentaban una elevada incidencia en el trastorno antisocial de la personalidad.

La realización de delitos es frecuente entre los/as jugadores/as patológicos/as. Autores como Lesieur et al (1987) valoraron la existencia de acciones realizadas debido al juego entre miembros de Jugadores Anónimos y Rosenthal y Lorenz (1992) observaron que entre el 70 y 80% de los/as jugadores/as patológicos/as cometen actos delictivos cuando el problema ha evolucionado. En este mismo estudio, el 14% de las personas que habían realizado actos ilegales presentaban un diagnóstico comórbido con el trastorno antisocial de la personalidad. Sin embargo el resto de las personas afectadas, cometían actos delictivos como consecuencia del juego, formando parte de la evolución del trastorno.

Observando lo anterior, se puede concluir que a pesar de que hay ludópatas que presentan un trastorno de la personalidad de tipo antisocial, éstos son una minoría si tenemos en cuenta el número de jugadores/as patológicos/as que adquieren rasgos antisociales como consecuencia de su conducta relacionada con el juego (Crockford y el-Guebaly, 1998 a).

Sáiz e Ibáñez (2000) señalan que en un estudio de comorbilidad realizado por Black y Moyer (1998), el trastorno obsesivo-compulsivo, seguido de el de evitación y el esquizoide fueron los trastornos de personalidad más frecuentes. Sin embargo, en Ibáñez (1997) estos diagnósticos fueron muy poco frecuentes al igual que en un estudio previo (Moreno, 1991).

Uno de los trastornos que sí que se ha podido encontrar en jugadores/as patológicos/as es el trastorno de personalidad por dependencia (Ibáñez, 1997), al igual que rasgos narcisistas siendo Rosenthal (1986) quien señala que estos rasgos están más destacados en los/as ludópatas.

Como indican Sáiz e Ibáñez (2000) se puede concluir que no ha sido posible delimitar una personalidad común en los/as jugadores/as patológicos/as y tampoco un trastorno de personalidad específico asociado a esta problemática. Lo que sí que se ha hecho es apuntar una serie de rasgos que se presentan con frecuencia en los/as ludópatas (más que en la población en general) y es evidente la importante incidencia que los trastornos de personalidad tienen en estas personas.

2.4.3. Otros trastornos del control de los impulsos

Según señalan algunos autores, la impulsividad es un rasgo destacado en poblaciones de adictos, teniendo también en cuenta a los/as jugadores/as patológicos/as (Sáiz e Ibáñez, 2000).

En un estudio comparativo realizado por Castellani y Ruble (1995), se observó que los/as jugadores/as patológicos/as que no tenían a su vez, problemas con otra sustancias, puntuaban más alto en escalas de impulsividad y tenían más problemas para resistir el craving, si se comparaba con ludópatas que tenían problemas con el alcohol o con otras drogas como la cocaína. En otro estudio, Blaszczynski (1997) observaron que niveles altos de ansiedad se asociaban con la gravedad de las alteraciones psicológicas y de conducta que se encontraron en los/as jugadores/as patológicos/as, concretamente con conductas psicopáticas.

Hay autores que han intentado valorar la presencia de otros trastornos del control de los impulsos en los/as jugadores/as patológicos/as. Un estudio de Specker et al (1995), encontró que el 35% de los/as jugadores/as (muestra de 40 pacientes) cumplían los criterios para el diagnóstico de, al menos, otro problema relacionado con el control de los impulsos. Entre esos problemas aparecían las compras compulsivas y las conductas sexuales compulsivas.

En un estudio que se hizo entre mujeres ludópatas, se observó que el 24% de las mismas se consideraban compradoras compulsivas, el 20% comedoras compulsivas y el 12% adictas sexuales (Lesieur, 1988 c; Lesieur y Blume, 1991 a).

Un estudio realizado por Ibáñez (1997) en la Unidad de Juego del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, con una muestra de 70 jugadores/as patológicos/as, el 44% de los mismos presentaba algún tipo de conducta compulsiva asociada. Esta conducta era diferente según el sexo de la persona afectada. Entre los varones, el 22% mostraba comportamientos de tipo temerario como conducción arriesgada, peleas, episodios de descontrol agresivo y un 17% indicaba que bebía de forma impulsiva. En el caso de las mujeres, el 14% tenían episodios bulímicos y otro 14% conducta suicidas.

La presencia de la conducta suicida en el caso de los/as jugadores/as patológicos/as puede estar relacionada, en algunos casos, con un déficit del control de los impulsos y sus correlatos biológicos (Sáiz e Ibáñez, 2000).

En el año 1984, McCormick et al realizan un análisis bastante exhaustivo de los aspectos relacionados con los/as jugadores/as. En el mismo encontraron que el 12% de los/as ludópatas había realizado un intento de suicidio potencialmente letal, el 6% indicaba que tenía un plan concreto para su realización, el 18% había valorado una forma concreta de acabar con su vida, el 22% había pensado de forma reiterada en el suicidio aunque no había valorado un modo concreto de realizarlo y el 10% había mostrado deseos de morir aunque éstos no se habían concretado en una idea suicida.

2.4.4. Trastornos afectivos

Numerosos estudios han mostrado elevados porcentajes de cuadros depresivos en jugadores patológicos. En un estudio realizado en miembros de Jugadores Anónimos (Linden et al. 1986), cerca del 75% de la personas padecían estos trastornos a lo largo de la vida teniendo también elevadas tasas de hipomanía y manía. En estudios realizados por McCormick et al (1984) y por Black y Moyer (1998) encuentran porcentajes similares.

Hay otros estudios como el realizado por Taber et al (1987 b) en los cuales las tasas de cuadros depresivos son menores.

En investigaciones realizadas en la Unidad de Juego del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, sí que se obtuvieron puntuaciones altas en escalas que valoran síntomas depresivos. También se encontraron un elevado número de trastornos adaptativos, entre un 15-20%, en los que destacaban los síntomas depresivos. Tal y como indica Sáez e Ibáñez (2000) se podría destacar que cuando los síntomas depresivos son una reacción a la problemática del juego, éstos se resolverán una vez que el problema empieza a mejorar.

En este sentido, hay autores que han indicado que la mayoría de los estudios que han señalado una mayor incidencia de cuadros depresivos en jugadores/as patológicos/as, están basados en muestras clínicas y parece ser que la situación complicada, difícil y extrema que crea el juego es la que lleva a estar personas a solicitar ayuda, lo cual podría explicar la mayor incidencia de síntomas depresivos, ideas suicidas o intentos de suicidio en estas personas comparadas con jugadores/as patológicos/as que no buscan ayuda (Sáiz Ruiz y López-Ibor, 1983); Sullivan et al, 1994).

Es importante señalar que en personas tratadas por problemas afectivos, no se ha encontrado un mayor número de jugadores/as patológicos/as, lo que sería esperable si estos dos problemas fueran enfermedades comórbidas (Lesieur y Blume, 1990).

2.4.5. Trastornos de ansiedad

Parece claro que los/as jugadores/as patológicos/as suelen presentar altos grados de ansiedad cuando se acuden a buscar ayuda por su trastorno (Sáez e Ibáñez, 2000). Esto puede observarse por las puntuaciones altas en escalas que miden los síntomas ansiosos como el Inventario de Ansiedad de Spielberger et al (1970) (Blaszczynski y McConaghy, 1989; Ibáñez. 1997). La tendencia de los/as ludópatas respecto a mostrar elevados grados de ansiedad se ha mostrado en estudios como los de Lang (1993) y Shedler y Block (1990).

Es importante tener en cuenta que la sintomatología ansiosa, al menos en parte, puede ser una manifestación del malestar psicológico creado en el/la jugador/a como consecuencia de la situación problemática que están viviendo y creada por el juego y sus repercusiones (Lesieur, 1979; Greenberg, 1980; Lesieur y Rosenthal, 1991).

2.5. CONSECUENCIAS DEL JUEGO PATOLÓGICO

CONSECUENCIAS DEL JUEGO PATOLÓGICO	
ÁREA PSICOLÓGICA	ÁREA SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">- Apatía- Baja autoestima- Sentimiento de culpa- Tensión y ansiedad- Irritabilidad- Ideas suicidas	<ul style="list-style-type: none">- Aislamiento- Ausencia de aficiones- Desvinculación de las amistades
ÁREA FAMILIAR	ÁREA LABORAL
<ul style="list-style-type: none">- Mentiras constantes- Clima de desconfianza- Deterioro de la comunicación	<ul style="list-style-type: none">- Disminución de la atención- Disminución de la concentración- Disminución del rendimiento laboral
ÁREA ECONÓMICA	ÁREA SOMÁTICA
<ul style="list-style-type: none">- Deudas cuantiosas- Incumplimiento de pagos- Empobrecimiento	<ul style="list-style-type: none">- Insomnio- Falta de apetito- Dolores de cabeza- Dolores de estómago- ...

2.6. DETECCIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO

DETECCIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO	
A NIVEL DE COMPORTAMIENTO	
<ul style="list-style-type: none">• Juego y gasto excesivos• Apuestas superiores a las planeadas• Dificultades para dejar de jugar• Mentiras• Las actividades se desarrollan en función del juego.	
A NIVEL DEL PENSAMIENTO	
<ul style="list-style-type: none">• Pensamientos repetitivos de volver a jugar• Pensamientos de control sobre el juego: ganar o perder depende de uno mismo	
A NIVEL PSICOLÓGICO	
<ul style="list-style-type: none">• Irritabilidad• Agresividad• Depresión• Sentimientos de culpa	<ul style="list-style-type: none">• Vergüenza• Nerviosismo• Cambio de humor
A NIVEL FÍSICO	
<ul style="list-style-type: none">• Problemas psicosomáticos• Posibilidad de un síndrome de abstinencia.	

3. EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL JUEGO PATOLÓGICO

3.1. INTRODUCCIÓN

Cuando una persona afectada llega solicitando ayuda para su problema, o bien su familia consulta por el mismo, la primera queja que aparece es la de los problemas económicos, el exceso de gasto de dinero por parte del afectado. Pero las consecuencias de un problema como el del juego patológico van más allá que las relativas al gasto del dinero y pueden afectar al/la jugador/a, a su familia y a todo su entorno.

3.2. LA EVALUACIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO

Cuanto la persona jugadora llega a un centro o servicio, en un primer momento se realizará una evaluación de su situación para realizar un diagnóstico lo más preciso posible de su situación.

La evaluación de cada jugador es fundamental para poder conocer lo más precisamente posible la situación del trastorno y debe abarcar diferentes aspectos, entre los que destacan (Ibáñez y Sáiz, 2000):

- Realizar un diagnóstico para comprobar que el sujeto cumple los criterios diagnósticos de juego patológico y valorando un diagnóstico diferencial con otras formas de juego no patológico como el juego social, el juego profesional,... Es muy importante tener en cuenta conductas de juego que pueden aparecer en el trascurso de otros trastornos psiquiátricos como el trastorno de la personalidad, el retraso mental, el trastorno psicótico y el episodio de manía o hipomanía.
- Es necesaria la evaluación de otros trastornos psicopatológicos asociados al juego patológico:
 - Elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos que deben ser detectados.
 - Determinar si la sintomatología ansiosa y/o depresiva está directamente relacionada con el problema de juego, o es un trastorno independiente que necesita ser tratado específicamente.

- Tener en cuenta, si fuera el caso, los problemas con el alcohol y con otras sustancias psicoactivas, tendiéndose a un tratamiento combinado de los diferentes problemas.
- Es importante realizar un análisis de las consecuencias que el juego patológico tiene no sólo en el/la jugador/a sino también en todo su entorno: familia, trabajo, relaciones sociales, economía. También habrían de tenerse muy en cuenta las implicaciones legales de su comportamiento.
- La motivación que lleva al individuo cuando acude a solicitar ayuda es fundamental y un elemento a tener muy en cuenta en el proceso de la evaluación. Si la persona afectada no tiene muy clara su motivación para dejar de jugar, el éxito del tratamiento se reduce considerablemente y aunque se pueda producir una mejoría al principio, la recaída a corto o medio plazo suele aparecer.
- La evaluación supone los primeros contactos entre el terapeuta y el/la afectado/a. Si en esos primeros contactos se consigue una buena relación, este hecho puede favorecer la labor y el proceso terapéutico.

Los instrumentos de evaluación

Los instrumentos de evaluación más utilizados son los siguientes:

- El South Oaks Gambling Screen (SOGS). Es un cuestionario que se adapta a los criterios diagnósticos del DSM-III-R y desarrollado por Lesieur y Blume (1987). El mismo consta de unas cuestiones generales relacionadas con el tipo de juegos que se han practicado a lo largo de la vida y su frecuencia, los antecedentes parentales en relación al juego, y de 20 items que se puntúan. El mismo puede ser rellenado directamente por la persona afectada o ser heteroaplicado. Los resultados obtenidos deben de ser confirmados mediante una entrevista clínica.

- El Cuestionario Lie/Bet (Johnson et al, 1977). Se adapta a los criterios diagnósticos del DSM-IV y consta de solo 2 preguntas que preguntan sobre si el/la afectado/a ha tenido la necesidad de apostar cada vez más o si ha mentido a personas significativas sobre cuánto ha jugado.

La realización de una Historia clínica completa nos ayudará a llegar a un diagnóstico clínico completo y más preciso. A cuestiones relativas a sus antecedentes personales y familiares, existencia de trastornos psicopatológicos,... es necesario incluir una historia muy completa sobre el juego y todos los aspectos relacionados con el mismo. A veces también será necesario contar con la información que puedan dar los familiares y personas del entorno próximo al/la jugador/a debido a tendencia de éste a mentir en cuanto a la situación y gravedad de su problema.

Otro elemento muy a tener en cuenta en la evaluación es la posible presencia de trastorno comórbidos. Los mismos pueden aparecer y ser diagnosticados a través de la historia clínica completa pero no obstante es importante la valoración detallada de algunos de ellos como:

- El alcohol y/o las drogas. Se puede utilizar un cuestionario como el CAGE (Hayfield et al, 1974) el cual consta de 4 preguntas. En el caso de resultar positivo es importante realizar una evaluación más profunda.
- La sintomatología ansiosa y depresiva. Tal y como ya se ha señalado es importante valorar la misma tanto para determinar si están relacionadas con la patología del juego o si constituyen un trastorno independiente. Los cuestionarios más utilizados son:
 - *Depresión*: Escala de Depresión de Hamilton (Hamilton, 1960), la Escala de Depresión de Montgomery y Asberg (1979) o el Inventario de Depresión de Beck (1961).
 - *Ansiedad*: Escala de Ansiedad de Hamilton (1959) o el Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger et al (1970).
- La evaluación de la personalidad. La misma puede ser realizada a través de la entrevista clínica o bien a través de entrevistas estructuradas o mediante cuestionarios específicos de personalidad: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) de Hathaway y McKinley (1940) o el Sixteen Personality Factor Questionnaire (16-PF) de Cattell (1957).

3.3. LOS FÁRMACOS EN EL ABORDAJE DEL JUEGO PATOLÓGICO

El uso de los fármacos en el tratamiento de la Ludopatía ha sido recientemente introducido. Esta modalidad de tratamiento está siendo investigada actualmente tanto para conocer su eficacia como cuál puede ser el medicamento adecuado en el tratamiento de esta problemática.

Las alteraciones que a nivel biológico se han encontrado en los/as jugadores/as patológicos/as son la justificación que está llevando a los/as investigadores a realizar trabajos en esta dirección.

La clomipramina, la fluvoxamina, estabilizadores del ánimo como el carbonato de litio o algunos antagonistas opiáceos como la naltrexona, están siendo utilizados en las investigaciones que buscan la utilización de un fármaco o fármacos que puedan ayudar en el tratamiento del juego patológico.

Hay trabajos que están obteniendo resultados importantes y alentadores pero el hecho de que las informaciones que se obtienen vengan de la utilización de estos fármacos en un número muy reducido de pacientes hace necesario que se desarrollen investigaciones más amplias y con periodos de seguimientos más largos en el tiempo.

3.4. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Muchas han sido las técnicas que se han empleado, y emplean, para intentar que los/as jugadores/as patológicos/as superen esta problemática.

3.4.1. *Técnicas de modificación de conducta*

Hacia los años sesenta, la escuela conductista empieza a tener cierta relevancia y se empiezan a utilizar tratamientos cuyo objetivo es modificar la conducta de juego intentando sustituirla por otras conductas no patológicas y más adaptativas (Sáiz e Ibáñez, 2000).

Las técnicas que incluye este tipo de tratamiento son:

- Técnicas aversivas.- Estas técnicas fueron las primeras utilizadas en el tratamiento de la ludopatía. Tratan de asociar la conducta de juego con los efectos nocivos o desagradables que producen algunos estímulos. El tipo de estimulación que más se ha utilizado es el de descargas eléctricas de baja intensidad. Este tipo de técnicas han sido satisfactorias para reducir el juego durante un corto período de tiempo pero no han mostrado eficacia en sus efectos a largo plazo.
- Desensibilización imaginada.- Esta es una de las técnicas reductoras de ansiedad que se utilizan en el tratamiento del juego patológico para reducir el malestar subjetivo que aparece cuando en la persona surge el impulso de jugar ante la presencia tanto de estímulos externos (p.e. entrar en lugares donde habitualmente se juega) como internos (p.e. pensar en jugar) (Sáiz e Ibáñez, 2000). El objetivo de la desensibilización imaginada es el control de la ansiedad ante situaciones que se viven de manera imaginada, y que están relacionadas con el juego, mediante técnicas de relajación, de forma que cuando estas situaciones aparezcan en la vida cotidiana pueda utilizarse esta técnica aprendida.
- Exposición en vivo con prevención de respuesta.- Esta técnica consiste en ir exponiendo al/la jugador/a, de forma gradual, a situaciones asociadas con el juego sin dejarle jugar. Se trata de que vaya enfrentándose a situaciones de riesgo y a manejar la ansiedad y el malestar que éstas le pueden provocar utilizando estrategias diferentes al juego.

- Técnicas de control de estímulos.- Estas técnicas son muy utilizadas pero generalmente se hace dentro de un programa terapéutico más amplio. El objetivo fundamental de estas técnicas que impedir que el individuo juegue mediante un control estricto del dinero y evitando las situaciones que el/la jugador/a pueda relacionar con el juego (Sáiz e Ibáñez, 2000).
 - No utilizar dinero, o sólo aquella cantidad que se estipule y que sea necesaria para el manejo diario, y que éste sea controlado por una persona de confianza (pareja, hermano/a, padres, amigo/a,...).
 - Intentar evitar entrar en los lugares en los que se juega (bares, salones de juego, bingos, casinos).
 - Modificar los recorridos que se realizan siempre que estén relacionados con el juego al igual que intentar no ir a aquellas zonas que se frecuentan cuando se juega.
 - Intentar no relacionarse con otros/as jugadores/as o con personas con las que el/la jugador/a jugaba.
 - Autoprobibirse la entrada tanto al bingo como al casino acudiendo a los Departamentos de Juegos y Espectáculos de cada Autonomía o en su caso a la Comisión Nacional de Juego.

3.4.2.Terapia Cognitiva

Ha sido fundamental la importancia que se le ha dado en los últimos años a la investigación de los procesos cognitivos que subyacen a la conducta humana y más cuando esta conducta termina siendo patológica. En el caso de la adicción al juego, se ha intentado valorar que hay variables cognitivas como la ilusión de control, las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que pueden explicar el inicio y mantenimiento del trastorno.

Sáiz e Ibáñez (2000) indican que algunos de los errores cognitivos que se han señalado en relación a los/as ludópata son:

- Las supersticiones:
 - Cognitivas (números de buena y mala suerte)
 - Llevar objetos a modo de talismán
 - Realizar conductas concretas como sentarse en una mesa concreta a jugar, hacerlo en una máquina también concreta, ponerse unos calcetines determinados,...

- La creencia que tienen muchos/as jugadores/as de que tienen un especial control sobre el juego.
- Tener el presentimiento de que las ganancias están cerca cuando se está perdiendo repetidamente.
- Sobreestimar los resultados que se obtienen jugando, recordándose más las ganancias y menos las cuantiosas pérdidas.
- Aún perdiendo, considerar que se es una persona especialmente afortunada en el juego.
- ...

El resultado de todos estos procesos cognitivos en el/la jugador/a es que en muchas ocasiones llegan a pensar que no tienen problemas con el juego sino que lo que les ocurre es debido a una mala racha o que es necesario utilizar más dinero para poder superar la situación que se ha creado (Gaboury y Ladouceur, 1989; Toneatto, 1999).

3.4.3. Técnicas de Grupo

Grupos de autoayuda

Una de las organizaciones más conocida en la ayuda a personas afectadas por la problemática del juego patológico es la de Jugadores Anónimos (JA). Todo su trabajo está inspirado en los principios de los grupos de Alcohólicos Anónimos.

Para estos grupos, el juego patológico es una enfermedad crónica, de naturaleza progresiva, que puede ser detenida pero que nunca se cura. El objetivo fundamental y criterio de éxito será la abstinencia absoluta (Secades Villa, R. y Villa Canal, Ana, 1998).

En la composición de estos grupos sólo se contemplan a jugadores/as y ex jugadores/as, no aceptando la inclusión de otro tipo de personal sanitario o del ámbito psico-social (Sáiz e Ibáñez, 2000).

No está bien establecida la eficacia de los grupos de autoayuda como forma de tratamiento única. Sin embargo, la asistencia a este tipo de grupos combinado con la ayuda profesional parece ser que pueden potenciar los efectos terapéuticos.

Hay que tener muy en cuenta que en muchas ciudades, tanto europeas como americanas, es el único recurso terapéutico que existe para atender a los/as ludópatas. Entre sus actividades se incluyen las reuniones de apoyo e información para familiares y para las parejas de los/as jugadores/as, señalándose que la asistencia a estas reuniones ayuda a mejorar el resultado de los/as pacientes y a reducir los conflictos conyugales (Jonson y Nora, 1992).

Terapia de grupo cognitivo-conductual

La mayoría de los autores, en la actualidad, señalan que es muy útil el incluir en un programa de tratamiento una psicoterapia de grupo dirigida por profesionales (Sáiz e Ibáñez, 2000). Las técnicas que se deberían de combinar serían las relacionadas con la intervención conductual junto con la reestructuración cognitiva y la prevención de recaídas.

La terapia de grupo puede ayudar a la persona afectada a identificar y modificar las creencias irracionales y los mecanismos de autoengaño que utiliza. Asimismo, le va a poner en relación con otras personas que tienen su mismo problema con lo que se reducirá la sensación de soledad y aislamiento que suelen tener estas personas cuando acuden a tratamiento.

La psicoterapia de grupo puede incluir otros grupos, no sólo los de jugadores y jugadoras sino también grupos de familiares que funcionan de manera independiente.

3.4.4. Programas multimodales de tratamiento

La característica fundamental de estos programas es que incluyen varias técnicas con el fin de poder intervenir en diferentes áreas relacionadas con la ludopatía. Aunque la mayoría de éstos se realiza en régimen de internamiento, también hay algunos que se desarrollan de modo ambulatorio. En muchas ocasiones los programas van dirigidos al tratamiento de la codependencia al alcohol y al juego. Cuando encontramos varias adicciones a la vez es importante la realización de un tratamiento combinado, ya que si sólo se tratara la ludopatía, el índice de recaídas puede ser mayor.

4. EL JUGADOR PATOLÓGICO QUE ACUDE A TRATAMIENTO

El estudio de las características de los/as jugadores/as patológicos/as ha sido una constante en el estudio de esta problemática. Una de las maneras de poder conocer mejor sus rasgos y características es trabajar con aquellas personas afectadas que acuden a tratamiento.

En el año 1992, el D. Bombín presentó los resultados del análisis de una muestra de 170 ludópatas (1989-1991). Estas personas eran jugadores/as que habían consultado por el carácter patológico o desmesurado de su hábito de juego y que se encontraban en tratamiento y rehabilitación. Los datos sociodemográficos recogidos se presentan a continuación:

- 83% de hombres y 17% de mujeres. El autor señala que hay una clara prevalencia de los hombres aunque quizás no tenga su correlato paralelo con la realidad porque aunque sea menor la proporción de mujeres, tal diferencia se encuentra acentuada por la inhibición social de la mujer de cara a acudir a un centro de atención al juego patológico.
- El promedio de edad es de 39,5 años. Los intervalos de edad más frecuentes son los comprendidos entre los 31 y 40 años, 41 y 50 años y 21 a 30 años.
- El 62% están casados/as, el 25% solteros/as, el 11% separados/as o divorciados/as.
- El 38% son obreros/as cualificados/as o similares, el 28% son obreros/as sin cualificar, el 11% amas de casa, el 9% jubilados/as, el 8% funcionarios/as de nivel medio, profesionales liberales y técnicos superiores o directivos de empresas. El 6% son estudiantes.
- El 55% tiene estudios primarios, el 19% estudios medios y el 4% estudios superiores.
- El 77% tiene antecedentes de consumo familiar bien de juego de azar o de alcohol.
- El 46% tienen problemas con las máquinas tragaperras, el 30% con las tragaperras y el bingo y el 16% con el bingo.
- Predominan los/as que sufren dependencia desde hace menos de 5 años, un 48%, seguidos de los que la arrastran desde hace 6 a 10 años, un 30%.
- La edad de comienzo más frecuente es a los 21-30 años (34%) seguidos/as del grupo de 31 a 40 años (26%).
- La vía de acceso al centro de rehabilitación ha sido en el 38% la propia iniciativa y en el 29% la iniciativa familiar.
- Dependencias asociadas: el tabaco (68%), el alcohol (23%) y el café (19%).
- Patología psiquiátrica asociada: depresiones (38%), ninguna (27%), neurosis (25%).

En el año 1996 se realizó un Estudio sobre la prevalencia de los/as jugadores/as de azar en Andalucía. Los datos que se recogieron sobre los/as jugadores/as en tratamiento fueron:

- Había más hombres que mujeres.
- La edad oscilaba entre los 18 y los 56 años.
- La mayoría eran casados/as.
- Pertenecían a familias de origen con hasta 3 hermanos/as aunque había un elevado porcentaje de los/as que eran hijos/as únicos/as.
- Con estudios primarios seguidos de los que tenían bachillerato o FP.
- La situación laboral habitual era en activo aunque no se desdeñaron los datos de parados/as y jubilados/as.
- Personal de oficio y funcionarios/a.
- Los ingresos mensuales oscilaban entre las 60.000 pts. y las 250.000 pts.
- Los juegos más jugados: máquinas tragaperras, bingo, cupones, bonoloto/primitiva.
- La principal dependencia era a las máquinas tragaperras seguidas del bingo. Los cupones y las loterías se ven como juegos acompañantes como “para quitar el gusanillo en casa”.
- Entre los motivos para jugar, los que más señalaron son el obtener dinero y el no poder parar de jugar, seguidos de olvidarse de los problemas y hechos cotidianos y las sensaciones que les producía el juego. El juego como entretenimiento también es importante pero más en un principio y en una primera fase del juego.

Diversos son los autores que han señalado que la mayoría de los/as jugadores/as patológicos/as que se encuentran en tratamiento son varones. Entre los grupos de Jugadores Anónimos, se estima que la proporción de mujeres se sitúa entre el 2 y el 10%. Habría que señalar que los datos de prevalencia de la ludopatía en la población femenina indican que alrededor de un tercio de los/as jugadores/as patológicos/as serían mujeres (Sáiz e Ibáñez, 2000)..

La edad de inicio del trastorno suele ser en la adolescencia o en adultos jóvenes en el caso de los varones y algo más tarde en el de las mujeres. Hay personas que desarrollan el trastorno prácticamente desde sus primeras apuestas, mientras que en otros casos puede existir un periodo previo de varios años de juego social, con un inicio de la ludopatía coincidiendo con algún factor como una mayor exposición, un cambio en el tipo de juego o durante un periodo de estrés psicosocial. Los juegos que más destacarían serían las máquinas tragaperras seguidas del bingo y el casino.

Hay otros estudios que indican que :

- Hay una mayor frecuencia de presentación de problemas con el juego en los varones, en los que tienen padres jugadores y en los adolescentes que abusan del alcohol o las drogas y tienen un menor rendimiento escolar, así como en aquellos que dentro de los núcleos urbanos viven en barrios más pobres.
- Otro grupo de población en el que los estudios epidemiológicos encuentran tasas de prevalencia de ludopatía muy superior a la observada en la población en general es en el de sujetos que presentan adicciones: alcohol, opiáceos, varias adicciones.

En otro de los intentos por perfilar las características de las personas afectadas por el juego patológico, nos encontramos con los siguientes resultados (De la Gandara, Fuertes Rocañín y Álvarez, 2002):

- Suele tratarse de hombres (más de 80%)
- Con una edad entre los 30 y 50 años.
- Casados (más del 60%)
- Con estudios primarios o medios (del 50 al 70%)
- Con trabajos poco cualificados, obreros o empleados (más del 60%)
- Que empezaron jugando por jugar o por otros amigos (70%)
- Las primeras veces que jugaron “en serio” fue hacia los 20 años (entre los 20 y 40 años, más del 60%)
- Al principio ganaron algo o bastante, una o dos veces (60%)
- Empezaron jugando a una cosa y siguen con la misma (40%), sobre todo tragaperras (46%) y bingo (20%).
- Han pasado de unos juegos a otros y juegan a varios a la vez (30%)
- Llevan jugando varios años (habitualmente más de 5,70%)
- Suelen jugar solos (más de 70%)
- Además de jugar, beben y sufren problemas de alcohol (más de 40% podrían ser alcohólicos)
- Con respecto a la familia, es frecuente que tengan antecedentes familiares de alcoholismo (40%)
- Que en la familia ya se jugara a apostar cuando ellos eran pequeños (más de 30%)
- Pueden tener algún familiar afectado de juego patológico (más de 35%)

Las repercusiones del juego patológico sobre la salud y la vida son los motivos esenciales que llevan a estas personas a acudir al médico o a pedir ayuda. Las repercusiones más típicas y la forma de solicitar ayuda suelen ser las siguientes:

- Suelen pedir ayuda cuando ya no pueden más (80%)
- Por iniciativa propia y a espaldas de la familia (40%)
- Y se culpan a sí mismos por ello (50%)
- Bien por presiones y problemas familiares, pero ellos lo niegan o se resisten (60%)
- La familia se muestra hostil y culpabilizadora (30%)
- Están en grave conflicto conyugal (50%) (esto se suele observar más cuando la persona afectada es mujer).
- Incluso en total incomunicación familiar (más de 60%)
- Sufren repercusiones legales, deudas, denuncias (20%)
- Padecen otros trastornos psíquicos asociados (más del 70%)
- Sobre todo depresiones (40%)
- También alcoholismo o consumo de otras drogas (más de 40%)
- U otros trastornos de los impulsos (perdidas de control de la agresividad o violencia)
- Otras veces presentan hipomanía o euforia excesiva o inadecuada
- Con mucha frecuencia se trata de personas con problemas de personalidad o de carácter (70%)
- Presentan claras ideas de suicidio (50%)
- Ya han realizado uno o varios intentos de suicidio (7%).

Estos mismo autores señalan que el perfil característico de una persona española que sufre juego patológico sería:

- Hombre
- De unos 30 años
- Casado
- Con estudios primarios o medios
- Obrero o empleado
- Empezó a jugar hacia los 20 años
- Juega a tragaperras, bingo o a varias modalidades de juego a la vez
- Lleva jugando más de 5 años
- Suele jugar solo
- Sufre problemas de alcohol
- Tiene antecedentes familiares de juego patológico o de alcoholismo
- Pide ayuda cuando ya no puede más
- Por iniciativa propia y a espaldas de su familia
- Bien por presiones y problemas familiares
- Pero él niega que juegue o se resiste a recibir ayuda
- Tiene graves conflictos conyugales

- También problemas legales (deudas) o laborales
- Otros padecen depresión o alcoholismo
- Dicen que tiene un carácter difícil
- Y a menudo piensa en suicidarse, para acabar de una vez la partida.

5. CARACTERÍSTICAS DE LOS/AS DEMANDANTES EN ÁLAVA

5.1. INTRODUCCIÓN

La Asociación Alavesa de Jugadores en Rehabilitación (ASAJER) ha valorado como muy importante el conocimiento de las características de la persona con problemas de juego que acude a los diferentes recursos terapéuticos que se ofrecen en Vitoria-Gasteiz y en Álava. No sólo nos permitirá conocer, por un lado, el número de personas que acuden a esos recursos sino también comparar esas cifras con cifras de personas afectadas que se obtuvieron en el Estudio realizado en el año 2000 y valorar cuáles han de ser las acciones para poder llegar a la población afectada teniendo en cuenta sus propias características.

5.2. OBJETIVOS

Teniendo como punto de partida los porcentajes, tanto de ludópatas como de jugadores/as problema que se obtuvieron en el primer estudio, *el objetivo fundamental será el CONOCER EL PORCENTAJE DE PERSONAS QUE CONTACTAN CON LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE TRATAMIENTO EN ÁLAVA Y SUS CARACTERÍSTICAS PERSONALES, SOCIALES Y SANITARIAS.*

Objetivos específicos:

- Conocer el porcentaje de personas que se encuentran en tratamiento (centros públicos y privados, asociaciones).
- Profundizar en las características que presentan los/as jugadores/as problema y los/as jugadores/as patológicos/as adscritos a estos programas.
- Valorar la implicación familiar en el proceso de rehabilitación del/la jugador/a.
- Elaborar un listado de los recursos de tratamiento existentes en Álava, tanto públicos como privados.

5.3. METODOLOGÍA

Para la consecución de los objetivos indicados, ASAJER se plantea la puesta en marcha de una serie de fases:

- a. Elaboración de un cuestionario que incluya las diferentes variables que se quieren analizar.
- b. Preparación de un listado de los recursos de tratamiento existentes en Álava y contacto con cada uno de ellos.
- c. Cumplimentación de los cuestionarios.
- d. Análisis de los datos.
- e. Elaboración del informe y conclusiones.

a. Elaboración del cuestionario

El cuestionario, que ha sido elaborado por las psicólogas de la Asociación, incluye dos partes diferenciadas:

- Una parte en la cual se recogen los datos relacionados con el recurso.
- Otra en la cual se recogen los datos relacionados con las características de los/as ludópatas.

b. Listado de Asociaciones y contactos

Se hace una recogida de centros, públicos y privados, y servicios en los cuales se realiza el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas.

Nos ponemos en contacto con ellos con el fin de valorar su posible implicación en el desarrollo de este estudio.

Dicho contacto es directo. Se acude a cada uno de los recursos con el fin de explicarles, lo más claramente posible, los objetivos del Estudio.

c. Cumplimentación de los cuestionarios

Una vez realizada la selección de los recursos y habiendo aceptado éstos su participación en el estudio, 2 encuestadores/as se encargan de recoger la información sobre el centro y sobre los/as pacientes ludópatas.

En ASAJER, serán tanto la psicóloga contratada como las psicólogas que coordinan la tarea de apoyo y ayuda a los/as afectados/as las encargadas de recoger los diferentes datos.

d. Análisis de los datos

Una vez cumplimentados los cuestionarios, se pasa a la cuantificación y análisis de los mismos.

e. Elaboración del informe y conclusiones

Una vez realizado el análisis de los datos, se pasa a la elaboración del informe ya definitivo en el cual aparecen todos los datos recogidos y a partir de los mismos se extraen las conclusiones definitivas del estudio.

Temporalidad

Entre los meses de Junio y Julio de 2002, entramos en contacto con los diferentes recursos con el fin de presentarles el estudio y conocer la posibilidad de su participación en la recogida de los datos.

En los meses de Septiembre y Octubre, los/as encuestadores/as pasan los cuestionarios en cada uno de los centros y por cada uno/a de los/as pacientes.

A partir del mes de Noviembre, se realiza el análisis de los datos. Han sido necesarios dos meses para cuantificar los mismos y realizar el informe final.

5.4. DESARROLLO DEL ESTUDIO

A continuación pasamos a explicar cómo se ha ido desarrollando el estudio a lo largo de las distintas fases.

5.4.1.- Fase de preparación

a) Cuestionario.-

Tanto el cuestionario a rellenar con los datos de los/as pacientes como la ficha relativa a los datos del servicio han sido elaborados por Idoia Axpe y Ana Herrezuelo, psicólogas de ASAJER.

En el cuestionario para los/as pacientes encontramos:

- Datos sociodemográficos: sexo, edad, estado civil, nº de hijos, situación laboral, trabajo, lugar de procedencia y lugar donde vive, nivel de estudios.
- Juego
- Tratamiento
- Otros consumos
- Otros trastornos. Medicación
- Observaciones

En el referente al servicio, vemos:

- Nombre del Servicio
- Titular o titulares del mismo
- Dirección
- Tipo de centro: privado o público. Características del tratamiento.
- Tiempo que lleva funcionando
- Nº de jugadores/as en tratamiento
- Nº de familiares de jugadores/as que acuden al tratamiento

b) Contratación de colaboradora y formación.-

Aunque en el proyecto del Estudio se plantea la colaboración de dos personas, posteriormente vimos que 1 persona contratada durante 3 meses podría realizar perfectamente esta labor.

En el mes de mayo se inicia el proceso de selección de la persona que va a colaborar con las psicólogas de ASAJER en la puesta en marcha del Estudio.

Dos serán las labores fundamentales que ha de desarrollar:

-contactar con los diferentes centros y servicios con el fin de informarles sobre el trabajo que queremos desarrollar,

-solicitar su colaboración y pasar el cuestionario a las personas afectadas que decidan colaborar en el estudio.

La persona contratada será una psicóloga, con experiencia como encuestadora.

A dicha persona se le informará sobre el Estudio y sus objetivos a la vez que se dará información básica sobre los juegos de azar y su problemática.

c) **Selección de centros y servicios.-**

Los centros y servicios con los que nos ponemos en contacto se obtienen de diversas maneras:

- Listín telefónico
- Petición al Colegio de Psicólogos de un listado de profesionales que trabajen la adicción al juego
- Servicios que trabajan en la red sanitaria pública (Osakidetza)

Dichos centros pertenecen tanto a Vitoria-Gasteiz como a otras zonas de Álava.

El número de centros con los que hemos contactado y el número de los que han colaborado se muestra en la siguiente tabla:

Centros/gabinetes contactados	Centros/gabinetes colaboradores	Centros/gabinetes no colaboradores	Centros/gabinetes “nulos”*
57	42	4	11

* Son centros/gabinetes que ya no existen o cuyos titulares están trabajando en otros centros.

5.4.2.- Fase del trabajo de campo

Esta fase se inicia en el mes de Junio de 2002. La psicóloga contratada empieza a ponerse en contacto con los diferentes centros y servicios con el fin de informarles directamente de la realización del Estudio, sus objetivos y valorar la posibilidad de participación en el mismo. El total de centros con los que se pone en contacto son 57.

Durante los meses de Junio, Julio e incluso principios de Septiembre, se mantienen diferentes contactos con centros y servicios. Como se indica, ha habido una ampliación en la temporalidad referente a los contactos.

De todos los contactos realizados, colaboran finalmente con el estudio 42 y no lo hacen 4.

Una vez que ya se ha concretado que van a colaborar y conociendo que pueden tener casos de afectados/as tratados durante los años 2001 y 2002, se valora el modo de recogida de los datos de dichos/as pacientes, bien directamente a través de los/as mismos/as (se les llama y se solicita que se pongan en contacto con la Asociación) o es el propio profesional el que nos facilita los datos solicitados). Hay que aclarar que en ningún momento solicitamos datos que puedan identificar a las personas afectadas.

Los datos de las personas que acuden a la Asociación son recogidos por las propias psicólogas de ASAJER o por la persona contratada.

Aunque las fechas concretadas para la recogida de los datos hacían referencia a los meses de Septiembre y Octubre, hay que indicar que ya en Junio y Julio, se han rellenado cuestionarios. Esto ha sido motivado a que una vez establecido el contacto con el centro colaborador que tenía algún caso, se rellenaba inmeditamente el cuestionario sin necesidad de volver a contactar en los meses de Septiembre y Octubre.

La fecha límite para la recogida de los datos ha sido el 31 de Octubre. En ASAJER, se han tenido en cuenta todos los casos que en esa fecha habían iniciado un proceso de rehabilitación.

Los cuestionarios rellenados ha sido:

GABINETES PRIVADOS	OSAKIDETZA (Serv. Alcohol. y Ludopatía)*	ASAJER
10	2	58

*El Servicio de Alcoholismo y Ludopatía del Osakidetza (Vitoria-Gasteiz) nos ha remitido los datos incompletos de otras 84 personas. (período comprendido entre 2000 y 2002 – hasta Julio/Agosto).

5.5. RESULTADOS

5.5.1. Datos del/la jugador/a patológico/a que acude a Gabinetes privados en Vitoria-Gasteiz y Álava

El 100% de las personas que han acudido a tratamiento a un centro privado son varones.

La edad media de las personas que acuden a estos centros es de 32 años. (el 40% tiene entre 35 y 55 años, el 30% entre 25 y 35 años y el 30% menos de 25 años).

El 60% de los/as afectados/as son casados y el 40% son solteros/as. Tienen una media de 0,7 hijos/as por familia.

En cuanto al nivel de estudios, el 40% han realizado estudios universitarios superiores, el 30%, bachiller superior, BUP, COU o REM, y el 20%, EGB o graduado escolar. Un 10% tiene estudios universitarios medios.

El 80% están trabajando exclusivamente y el 20% están estudiando.

En cuanto al trabajo que realizan, el 50% son funcionarios/as, un 10% son empleados/as de taller, un 10% trabajan en un kiosko y otro 10% pertenece al cuerpo de la Guardia Civil. En un 20% de los casos no se ha determinado cuál puede ser su trabajo.

En cuanto a su lugar de origen, el 50% son nacidos en Álava mientras que el resto lo han hecho en Vizcaya, Cáceres, Burgos y Palencia. En uno de los casos no está determinado.

El 70% de los/as afectados/as viven en Vitoria-Gasteiz y el 30% en Miranda de Ebro (Burgos).

JUEGO

El 100% de los/as afectados/as indican como juego problema las máquinas tragaperras.

El 50% empezaron a jugar entre los 18 y los 29 años, el 40% entre los 10 y los 17 años y un 10% entre los 30 y los 50 años.

En cuanto al tiempo que llevan jugando, el 50% señala que entre 1 y 5 años, un 20% entre 6 y 10 años, otro 20% entre 21 y 25 años y un 10% entre 11 y 15 años.

El 90% de los/as afectados/as indican que llevan entre 1 y 5 años con el problema y un 10% señala que entre 11 y 15 años.

El 100% indican que no se han impedido, a través de la autoprohibición, su entrada al bingo.

El 50% señalan que en sus familias no hay personas con problemas de juego mientras que el otro 50% indica que sí. Las personas indicadas son el padre, la madre, un/a hermano/a, algún tío o alguien importante en la vida de la persona (no familiar).

En cuanto a los motivos que indican que tienen para jugar, el 80% señalan que lo hacen para olvidarse de sus problemas y el 70% también señala que lo hace por las sensaciones que el jugar le producen. Los otros dos motivos más señalados son el jugar para conseguir dinero y el jugar para entretenerse, en ambos casos un 40% de los/as afectados/as los indican.

Actualmente, los/as jugadores/as, a parte de jugar en las máquinas tragaperras, practican otros juegos como las cartas (con y sin dinero), las diferentes loterías, quinielas y ONCE y los videojuegos.

TRATAMIENTO

El 50% indican que llevan acudiendo varios meses al centro con una media de 5,4 meses. El 30% lleva entre 1 y 2 años y el 20% lleva acudiendo 1 año.

En cuanto al trabajo que realizan en el tratamiento, 8 personas hacen sesiones individuales, 6 sesiones de pareja y 3 sesiones de familia.

En el 80% de los casos el objetivo del tratamiento es dejar de jugar al juego problema, en un 10%, dejar de jugar a todos los juegos de azar y en otro 10%, conseguir una reestructuración familiar.

En el 70% de los casos, es la primera vez que acuden a un tratamiento mientras que en el 30% han realizado intentos anteriormente. Estos intentos los han realizado en Osakidetza, en un centro de alcoholismo, en la práctica privada y en ASAJER. El tiempo que han permanecido en estos lugares oscila entre los 2 meses y los dos años.

El 80% realiza un único tratamiento mientras que el 20% restante acude a otro centro o servicio, en estos casos lo hacen a la Asociación ASAJER.

En cuanto a la manera de llegar al centro, el 40% lo hacen por iniciativa familiar (2 inducidos por los padres y 2 inducidos por la pareja), el 30% lo hacen por iniciativa propia y el 10% derivado por otro/a profesional. Señalar que hay un 20% que también han sido derivados pero por otros cauces: Colegio Oficial de Psicólogos y por Iquimesa.

Cuando acuden al centro, el 50% lo hace solo y el 50% acompañado. Las personas que les suelen acompañar son la esposa, la novia, el padre y/o la madre, y algún hermano/a.

En el 100% de los casos, los/as familiares participan en el tratamiento. En el 60% de los casos son las esposas, en el 30% los padres y en un 10% participan la novia, los padres y los hermanos.

COMORBILIDAD CON OTRAS DROGAS. OTROS CONSUMOS

ALCOHOL:

El 60% de los/as afectados/as indica que no toman alcohol, mientras que un 20% lo hace diariamente y otro 20% los fines de semana.

En cuanto a si han tenido problemas con el alcohol, el 90% indican que no y el 10% que sí. No consta si acuden o han acudido a algún tipo de apoyo o tratamiento por esta circunstancia.

TABACO:

El 40% no fuman, en un 10% no se sabe y un 50% sí que lo hacen. En el caso de fumar, 2 fuman menos de 1 paquete al día, 2 fuman un paquete al día y una persona consume más de 1 paquete al día.

OTRAS SUSTANCIAS:

El 90% de las personas afectadas indican que nunca han probado otras sustancias mientras que el 10% señalan que sí que lo han hecho. La sustancia es hachís o marihuana.

La persona consumidora de hachís o marihuana ha tenido problemas con el consumo de esta sustancia y ha estado en tratamiento en un centro privado.

OTROS TRASTORNOS

Siete de las personas afectadas han tenido problemas de ansiedad, 6 problemas de depresión y 1 presenta un trastorno de personalidad diagnosticado como trastorno esquizoide.

MEDICACIÓN

El 60% de los/as afectados/as no están medicados mientras que el 40% sí.

La medicación que toman son antidepresivos y ansiolíticos.

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS/AS AFECTADOS/AS

El 30% de los/as afectados/as han sido dados de alta, otro 30% continúan en tratamiento y un 20% han dejado el tratamiento antes de recibir el alta.

Otro 20% no se han tomado en serio el trabajo y no han continuado.

PERFIL DE LA PERSONA AFECTADA QUE ACUDE ACENTROS PRIVADOS DE TRATAMIENTO

- Hombre
- Edad media: 32 años.
- Casado
- Trabajando exclusivamente, mayoritariamente funcionarios.
- Mayoritariamente con bachiller superior y/o estudios universitarios.
- Residen en Vitoria-Gasteiz
- La mayoría han nacido en Álava.
- El juego problema son las máquinas tragaperras.
- Un 40% han empezado a jugar entre los 10 y los 17 años y un 50% entre los 18 y los 28 años.
- Llevan jugando más de 5 años.
- Llevan jugando de manera compulsiva entre 1 y 5 años. Consideran que llevan este tiempo con el problema.
- En sus familias de origen, puede haber personas que tienen o han tenido problemas con el juego: padre, madre, hermano/a, tío o alguna persona significativa en sus vidas que no sea familiar directo.
- El motivo fundamental para jugar es el olvidarse de sus problemas. También señalan que lo hacen por las sensaciones que les produce el jugar.
- Siguen practicando otros juegos como las cartas, las diferentes loterías, quinielas, ONCE y los videojuegos.
- Llevan meses en tratamiento, con una media de 5,4 meses.
- Fundamentalmente trabajan de manera individual.
- El objetivo del tratamiento es dejar de jugar al juego problema.
- Es la primera vez que acuden a un tratamiento.
- Sólo acuden a un centro.
- La mayoría acuden a un tratamiento por iniciativa familiar (padres, pareja).
- Pueden acudir o no acompañados al centro (50% a 50%).
- Los/as familiares participan en el tratamiento (esposas, padres, novia, hermanos).
- No es consumidor de alcohol ni ha tenido problemas con el mismo anteriormente.

5.5.2. Datos del/la jugador/a patológico/a que acude al Servicio de Alcoholismo y Ludopatía (Osakidetza) en Vitoria-Gasteiz

Se cumplimentan 2 cuestionarios completos. Las dos personas que lo hacen fueron avisadas desde el Servicio y llaman a ASAJER ya que no tienen ningún problema en colaborar.

El propio Servicio nos remite una serie de datos, ya contabilizados, relativos a algunas de las cuestiones del cuestionario.

En total contamos con los datos de 86 personas.

DATOS

El 89,53% de las personas que han acudido al Servicio son varones mientras que el 10,47% son mujeres.

En cuanto a la edad de los/as afectados/as, se sitúa entre los 25 y los 55 años, siendo el intervalo mayoritario el situado entre los 35 y los 55 años, el 55,81%. El 26,74% se sitúa entre los 25 y 35 años, el 15,12% son mayores de 55 años y el 2,32% son menores de 25 años.

El 47,67% están casados/as , el 43,03%, solteros/as , el 5,81% divorciados/as – separados/as , el 1,16% son viudos/as y otro 1,16% en el que no figura.

El 41,86% de las personas afectadas han realizado estudios primarios, el 24,42% ha terminado BUP, el 6,98% tiene estudios medios , el 4,65%, estudios superiores , el 13,95% EGB o Graduado Escolar , el 1,16% FP II y un 6,98% en el que no figura.

El 66,28% de estas personas está trabajando exclusivamente, el 10,47% están en situación de paro sin subsidio y el 8,14% con subsidio. El 4,65% son jubilados/as y el 3,49% son amas de casa. El 1,16% son estudiantes. El 3,49% son pensionistas y en un 2,33% no figura.

El 59,3% de las personas que trabajan tienen un trabajo no cualificado mientras que el 18,6%, lo tienen cualificado. Un 2,33% son cuadros medios dentro de la empresa, mismo porcentaje que son empleados/as. Un 3,49% son Otros y en un 13,95% no figura.

En cuanto a su provincia de origen, el 48,84% proceden de Álava, el 41,86% de otras provincias del Estado y el 9,3% de otras provincias de la Comunidad Autónoma Vasca.

El 93,02% residen en Vitoria-Gasteiz y el 6,8% en el resto de la provincia.

JUEGO

El 83,72% de las personas que acuden al Servicio lo hacen por un problema con las máquinas tragaperras. Un 3,49% tienen dificultades de control con el bingo y un 1,16% con las cartas. Un 1,16% tiene problemas con Azar, mismo porcentaje que tiene problemas con máquinas y Bingo y con máquinas, bingo y casino. Un 5,81% tiene problemas con Otros.

En cuanto al tiempo que llevan jugando, el 30,23% señala que entre 1 y 5 años, el 22,09% entre 6 y 10 años, el 16,28% entre 16 y 20 años, el 8,14% entre 11 y 15 años, el 3,49% entre 21 y 25 años, el 2,33% entre 26 y 30 años, el 2,33% menos de 1 año y en un 15,12% no figura.

En el 81,40% de los casos, no hay datos sobre si alguna persona cercana tiene o ha tenido problemas con el juego. Los que indican que sí que los hay, indican que son un hermano, 5,81%, el padre, 4,65%, la madre, 3,49%, el abuelo, 1,16%, familiar, 1,16%. En un 2,33% ninguno.

TRATAMIENTO

El 43,02% de los/as afectados/as llevan entre 1 y 2 años en tratamiento, el 29,07% señalan que varios meses aunque no especifican cuántos, el 19,77%, más de 2 años, el 5,81% menos de 1 mes y el 2,33% 1 año.

En la cuestión referente a si es la primera vez que están en tratamiento o lo han intentado en ocasiones anteriores, el 79,07% indica que no y el 20,93% que sí que lo han intentado anteriormente.

En cuanto a la manera como llegan al Servicio, el 36,05% son derivados por profesionales de los centros de salud mental, centros de salud,... y el 32,56% acuden por iniciativa propia. Hay un 27,91% que lo hacen por insistencia de la familia. Un 2,33% son derivados por servicios sociales y un 1,16% son otros.

En 43,02% de las personas que acuden al Servicio, realizan lo que denominan control estimular. El 32,56% realizan fundamentalmente una labor individual con los profesionales del Servicio, el 23,26% combinan varias formas de terapia (individual, prevención de recaídas,...) y un 1,16% realizan prevención de recaídas.

En cuanto a la participación de la familia en el tratamiento, en el 58,14% de los casos, los familiares participan en el mismo mientras que en el 41,86% no lo hacen.

COMORBILIDAD CON OTRAS DROGAS

El 76,74% de las personas afectadas que acuden al Servicio, no combinan el juego con la toma de alcohol mientras que el 23,26% sí que lo hacen e incluso llegan a tener problemas con esta sustancia.

OTROS TRASTORNOS

El 11,63% de los/as afectados/as ha presentado depresión y el 5,81%, problemas de ansiedad.

Un 2,33% presenta esquizofrenia y un 1,16%, oligofrenia.

En el 77,91% de las personas afectadas no se ha diagnosticado trastorno alguno.

Un 1,16% no figura.

MEDICACIÓN

El 94,19% de las personas que acuden al Servicio no han sido medicadas mientras que el 5,81% está tomando algún tipo de fármaco.

**PERFIL DE LA PERSONA AFECTADA QUE ACUDE AL SERVICIO DE
ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA (OSAKIDETZA)**

- Hombre
- Con edad entre los 35 y 55 años
- Su estado civil, casado o soltero, no hay mucha diferencia entre los porcentajes
- Trabajando exclusivamente en un trabajo no cualificado
- Con estudios primarios
- Residen en Vitoria-Gasteiz
- El juego problema son las máquinas tragaperras
- Llevan jugando más de 6 años
- En sus familias de origen no hay personas que hayan tenido problemas con el juego
- Llevan más de 1 año en tratamiento siendo la primera vez que intentan dejarlo con ayuda
- Llegan al Servicio bien derivados por otros profesionales, empujados por sus familiares o por iniciativa propia. No destaca excesivamente ninguno de estos modos.
- Terapia: las técnicas de control estimular y el trabajo individual con los profesionales del Servicio.
- La familia del afectado participa en el tratamiento
- No tienen problemas con las sustancias
- No se diagnostican otros trastornos de personalidad
- No toman ningún tipo de fármaco.

5.5.3. Datos del/la jugador/a patológico/a que acude a la Asociación Alavesa de Jugadores en Rehabilitación (ASAJER)

El 87,93% de las personas que han acudido a tratamiento a ASAJER son hombres y un 12,07% son mujeres.

La edad media de las personas que acuden es de 37,28 años. Un 32,76% se encuentra en la franja de edad entre los 25 y 35 años, Un 46,55% entre los 35 y 55 años, un 6,9 son mayores de 55 años, un 12,07% son menores de 25 años y en un 1,72% no figura.

El 48,28% de los/as afectados/as son solteros/as, el 44,83% están casados/as y el 6,90% están separados/as. Tienen una media de 0,7 hijos/as por familia.

En cuanto al nivel de estudios, el 25,86% han realizado el Bachiller elemental EGB o graduado escolar, el 15,52% Bachiller superior, BUP, COU, REM, el 13,79% estudios primarios completos, el 10,34% estudios universitarios medios, el 6,90% estudios universitarios superiores, el 6,90% Formación Profesional de segundo grado, el 5,17% estudios primarios incompletos, el 13,79% ns/nc y por último, el 1,72% han cursado Educación Secundaria Obligatoria (ESO).

El 77,59% están trabajando exclusivamente, el 8,62% está jubilado/a, el 5,17% está en paro (cobrando desempleo), el 3,45% está trabajando y estudiando, el 3,45% está en paro (sin cobrar desempleo), y el 1,72% se dedica exclusivamente a las tareas del hogar.

En cuanto al trabajo que realizan, el 17,02% realizan un trabajo no cualificado, un 38,3% un trabajo cualificado, un 21,28% son empleados/as, un 8,51% son funcionarios/as, otro 8,51% son autónomos/as, un 2,31% son Directivos/as y un 4,26% son otros.

En lo referente al lugar de origen, el 39,66% son nacidos/as en Álava, mientras que el resto lo han hecho en Vizcaya, Guipúzcoa, Burgos, Valladolid, Cádiz, Cáceres, Navarra, Zamora, Alicante, Madrid, Orense, Puerto de la Plata y París. En seis de los casos no queda determinado el lugar de origen.

El 70,69% de los/as afectados/as viven en Vitoria-Gasteiz, el 12,07% viven en Miranda de Ebro (Burgos), y el resto en pueblos de Guipúzcoa: Oñate, Bergara, Mondragón y Aretxabaleta, y de Álava, concretamente Nanclares de la Oca y Hueto Abajo.

JUEGO

El 84,48% de los/as afectados/as indica como juego problema las máquinas tragaperras , el 13,78% las máquinas tragaperras junto a otro/s juego/s (Lotería Nacional, Lotería Primitiva, Bonoloto, ONCE, Bingo y máquinas recreativas o videojuegos) y el 1,72% la Once.

El 50% empezaron a jugar entre lo 18 y los 29 años, el 27,59% entre los 10 y los 17 años, el 18,97% entre los 30 y los 50 años y el resto, es decir, el 3,45%, empezó a jugar de los 50 años en adelante.

En cuanto al tiempo que llevan jugando, el 31,03% señala que entre 6 y 10 años, el 15,52% entre 11 y 15 años, el 18,97 entre 16 y 20 años, el 10,34% entre 1 y 5 años, el 10,34% entre 26 y 30 años, el 8,62% entre 21 y 25 años, y el 5,17% menos de 1 año.

El 53,45% de los/as afectados/as indican que llevan entre 1 y 5 años con el problema, un 29,31% lleva de 6 a 10 años, y el 10,34% lleva de 11 a 15 años con el problema.

Sólo un 1,72% se ha impedido, a través de la autoprohibición, su entrada al Bingo. Dicho afectado/a lleva desde el año 1995 autoprohibido, y lo ha hecho en el ámbito estatal.

El 51,72% señala que en sus familias no hay personas con problemas de juego, mientras que el 36,21% indica que sí y el 12,07% ns/nc. Las personas señaladas son el padre, la madre, hermano, abuelo, suegra, primos, tíos, tatarabuelo y un amigo o alguien importante.

En cuanto a, las razones que señalan los/as afectados/as que tienen para jugar, destacamos que el 75,86% juega o ha jugado porque no puede dejar de jugar, el 62,07% juega o ha jugado por las sensaciones que le produce, el 60,34% por entretenerse, y el 58,62% para olvidarse de sus problemas. En mucha menor medida, concretamente el 8,62%, lo hace porque lo hacen sus amigos/as.

Actualmente, los/as jugadores/as, a parte de jugar en las máquinas tragaperras, practican otros juegos como pueden ser las cartas con o sin dinero, loterías, quinielas, ONCE, bingo y los videojuegos.

TRATAMIENTO

El 51,72% de los/as afectados/as indican que llevan acudiendo al centro varios meses, siendo la media de 4,95 meses. El 18,97% lleva acudiendo más de 2 años, el 13,79% entre 1 y 2 años, el 8,62% llevan 1 año, y por último, el 6,90% menos de 1 mes.

En cuanto al trabajo que realizan en el tratamiento, el 87,93% de las personas realiza sesiones grupales, el 86,21% realiza sesiones individuales, y el 5,17% sesiones de familia.

Para el 96,55%, el objetivo del tratamiento es dejar de jugar al juego problema, para un 1,72% es dejar de jugar a todos los juegos de azar, y para otro 1,72% es disminuir la frecuencia del juego.

En el 79,31% de los casos, es la primera vez que acuden a un tratamiento, mientras que el 20,6% ha realizado intentos anteriormente, concretamente, en el Servicio de Alcoholismo y Ludopatía de Osakidetza, en la práctica privada o en ASAJER, los cuales retoman tratamiento. El tiempo que han permanecido en estos lugares oscila entre 1 mes y 1 año, aunque la mayoría no concretan el tiempo.

El 86,20% realiza un único tratamiento, mientras que un 13,79% acude además de a ASAJER, a otro centro o servicio, donde destacan el Servicio de Alcoholismo y Ludopatía de Osakidetza y la práctica privada.

En lo referente a la manera de llegar al centro, el 46,55% lo hacen por iniciativa de la familia (11 por la esposa, 8 por los padres, 5 por los hermanos, 3 por los hijos y 1 por la cuñada), el 37,93%, acuden por iniciativa propia, el 8,62% llegan inducidos por la novia o un amigo, el 3,44% derivado/a por otro/a profesional (psiquiatra), y un 3,44% derivado por un servicio social.

El 60,34% llegan al centro acompañados/as (17 por la pareja, 6 por el padre, 5 por la madre, 4 por el hermano/a y 2 por el cuñado/a). El 39,65% lo hace solo.

En el 56,89% de los casos, la familia participa en el tratamiento, mientras que la del 43,10% no lo hace. Entre los familiares señalamos que participan las esposas de 11 de los afectados, las madres de 4, los padres de 3, las novias de 3, los/as hijos/as de 3, los/as hermanos/as de 2 y los/as cuñados/as de 2. En 5 casos no figura el miembro o miembros de la familia que acuden.

COMORBILIDAD CON OTRAS DROGAS. OTROS CONSUMOS

ALCOHOL:

El 32,75% de los/as afectados/as consume alcohol los fines de semana, el 24,13% no consume nada, el 17,24% diariamente, el 12,06% algunos días a la semana, el 10,34% algunas veces al mes, y un 3,44% NS/NC.

El 89,65% no han tenido problemas con el alcohol y el 10,34% sí. Dos de las personas han recibido tratamiento de la práctica privada, uno en la Asociación de Alcoholismo y Ludopatía de Osakidetza, y en uno de los casos no consta si acuden o han acudido a algún tipo de apoyo.

TABACO:

El 31,03% fuma un paquete al día, el 27,58% fuma más de un paquete al día, el 25,86% menos de un paquete al día, el 8,62% no fuma nada, y un 6,89% consume más de dos paquetes diarios.

OTRAS SUSTANCIAS:

El 62,06% indican que nunca han probado otras sustancias, y el 37,94% dicen que sí. Entre las personas que señalan que sí que han consumido otras sustancias, destacamos que 22 han probado el hachís o marihuana, 10 los tranquilizantes, 5 la cocaína, 3 la heroína, 3 el speed, anfetaminas, 2 el éxtasis u otras drogas de diseño y 1 los alucinógenos.

De los que consumen o han consumido alguna sustancia, dos de ellos han tenido problemas con el speed. Uno estuvo en tratamiento en un gabinete privado trabajando con un psicólogo, y el otro también recibió tratamiento pero no indica dónde.

OTROS TRASTORNOS

En cuanto a otros trastornos, 34 de los/as afectados/as han tenido problemas de ansiedad, 35 depresión y 6 presentan trastornos de personalidad (3 esquizofrenia, 1 epilepsia, 1 brotes psicóticos y 1 trastorno bipolar). El 23% no presenta ningún trastorno.

MEDICACIÓN

El 85,71% de los/as afectados/as no están medicados, mientras que el 14,29% sí.

Entre la medicación que toman destacan los antidepresivos y los ansiolíticos.

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS/AS AFECTADOS/AS

El 44,83% de los/as afectados/as continúan en tratamiento, el 27,59% dejan el tratamiento sin haber recibido el alta, el 8,62% retoman el tratamiento en la Asociación, , el 5,17% han sido dados de alta y el 3,45% Otros. En el 10,34% restante no figura nada.

PERFIL DE LA PERSONA AFECTADA QUE ACUDE A ASAJER

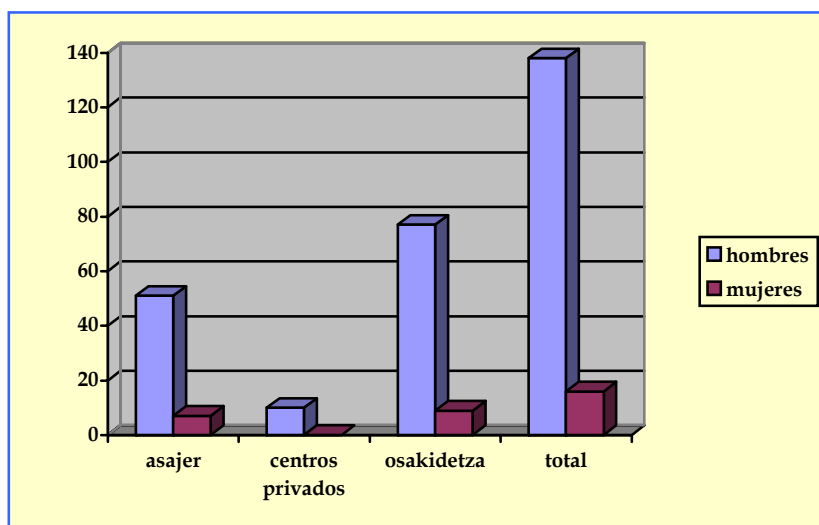
- Hombre
- Edad media: 37,28 años
- Soltero o casado; la diferencia es mínima
- Trabajando exclusivamente, destacan los trabajos cualificados y empleados.
- Con Bachiller elemental EGB, Graduado Escolar
- Reside en Vitoria-Gasteiz
- La mayoría han nacido en Álava
- El juego problema son las máquinas tragaperras
- El 50% ha empezado a jugar entre los 18 y los 29 años
- Llevan jugando más de 5 años
- La mayoría llevan jugando de manera compulsiva de 1 a 5 años
- En sus familias de origen, puede haber personas que tienen o han tenido problemas con el juego: padre, madre, hermano/a, tíos, primos, suegra o alguna persona significativa en sus vidas que no sea familiar directo
- El motivo fundamental para jugar es que no pueden dejar de hacerlo, seguido muy de cerca por las sensaciones que produce el jugar o por entretenerse.
- En la actualidad practican juegos como las cartas, la lotería, quinielas, primitiva, bonoloto, ONCE, bingo y videojuegos o máquinas recreativas
- La mayoría llevan meses en tratamiento, siendo la media 4,95 meses
- Fundamentalmente trabajan sesiones individuales y grupales
- El objetivo del tratamiento es dejar de jugar al juego problema
- Es la primera vez que acuden a un tratamiento
- Sólo acuden a un centro
- La mayoría acuden al tratamiento por iniciativa familiar, destacando la pareja, padres y hermanos/as
- Acuden acompañados, sobre todo por la pareja
- Los familiares participan en el tratamiento (esposas, novias, padres, hermanos/as, hijos/as)
- Suele consumir alcohol los fines de semana; no tiene problemas con el consumo del mismo
- Fuma una media de 1 paquete al día
- No han probado otras sustancias. Hay un porcentaje importante (37,94 %) que sí las han probado, destacando el hachís.
- Ha tenido problemas de ansiedad y depresión
- No toma medicación actualmente.

5.5.4. Datos globales. Perfil del/la jugador/a patológico/a que acude a tratamiento en Vitoria-Gasteiz y Álava.

Presentamos los datos globales de un total de 154 personas, repartidas de la siguiente manera:

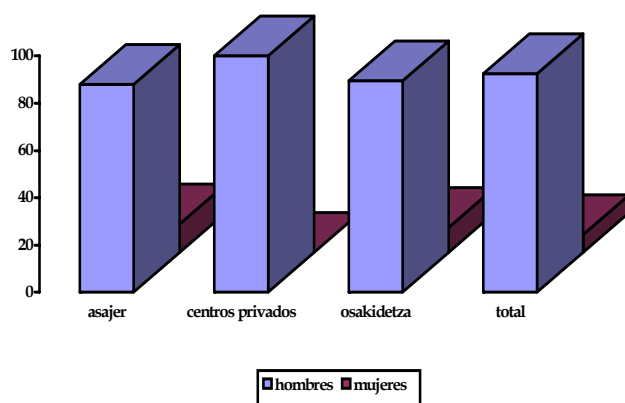
- 10 en centros privados
- 58 en Asociación ASAJER
- 86 en el Servicio de Alcoholismo y Ludopatía (Osakidetza)

Gráfico 1. Hombres y mujeres que acuden a los diferentes recursos.



El 92,58% de las personas que han acudido a tratamiento son varones y el 7,51% mujeres.

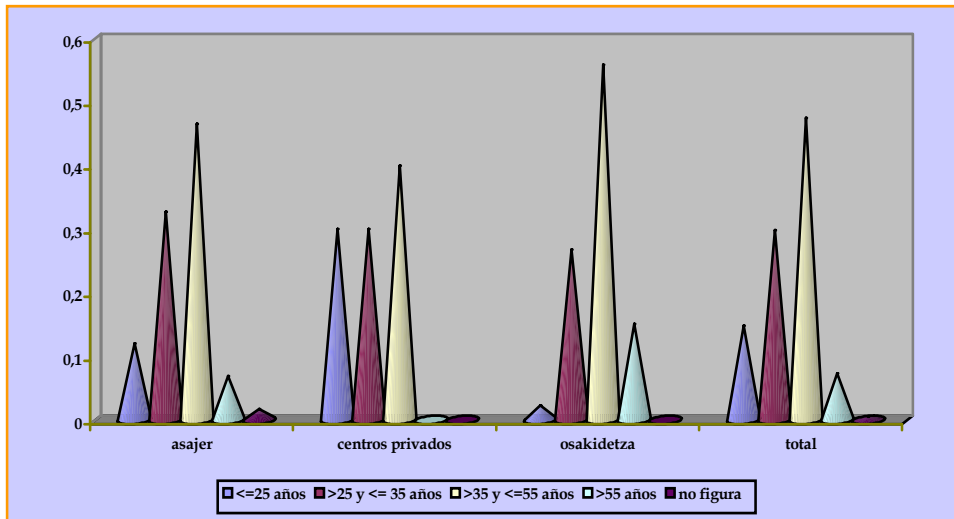
Gráfico 2. Porcentajes de hombres y mujeres que acuden a los diferentes recursos y total.



EDAD

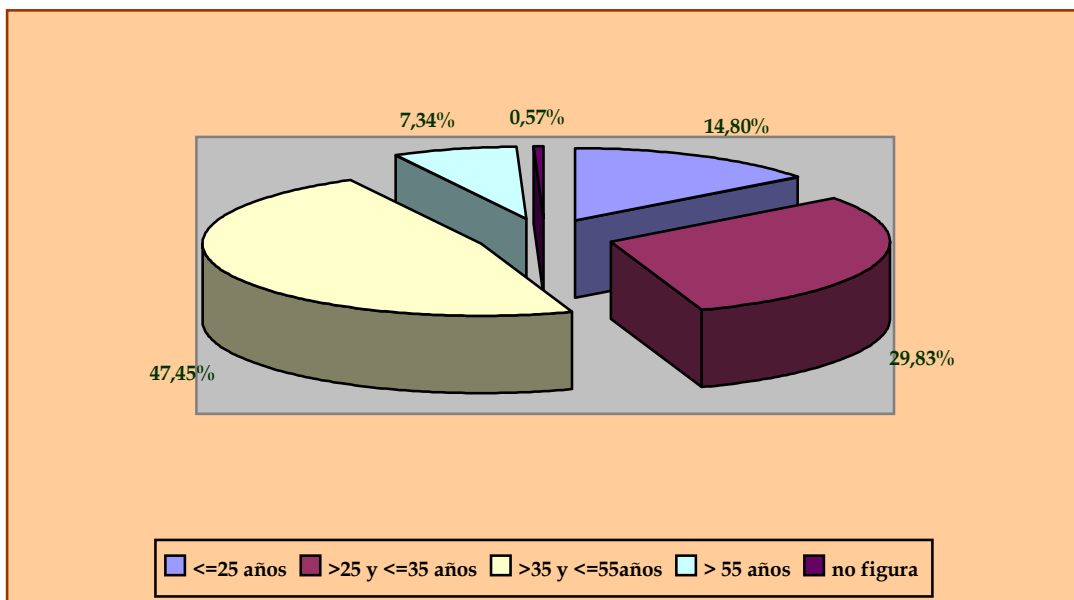
El 47,45% de las personas que acuden a tratamiento se encuentra en la franja de edad comprendida entre los 35 y 55 años, el 29,83% entre los 25 y 35 años, el 14,80% son menores de 25 años, el 7,34% mayores de 55 años y en el 0,57% de los casos no figura este dato.

Gráfico 3. Edad de las personas que acuden a tratamiento.



Los porcentajes se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico 4. Porcentajes de la edad de las personas que acuden a tratamiento.



ESTADO CIVIL

El 44,16% son solteros/as, el 50,83% casados/as y el 4,24% divorciados/as - separados/as , el 0,39% viudos/as y hay otro 0,39% en el que no figura este dato. Tienen una media de 0,7% hijos/as por familia (este dato no figura en los datos de Osakidetza).

Gráfico 5. Estado civil de las personas que acuden a tratamiento.

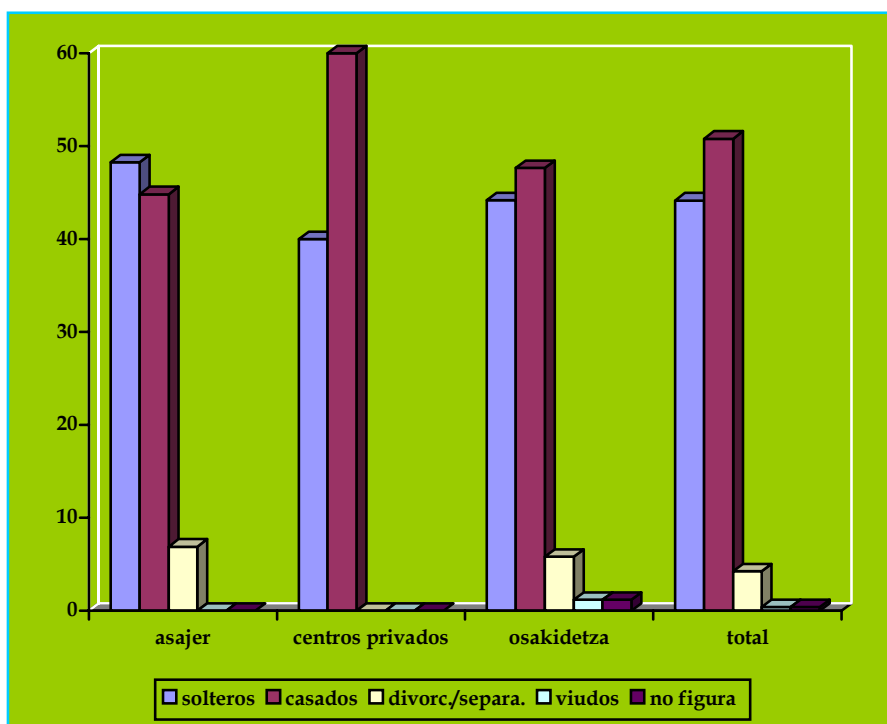
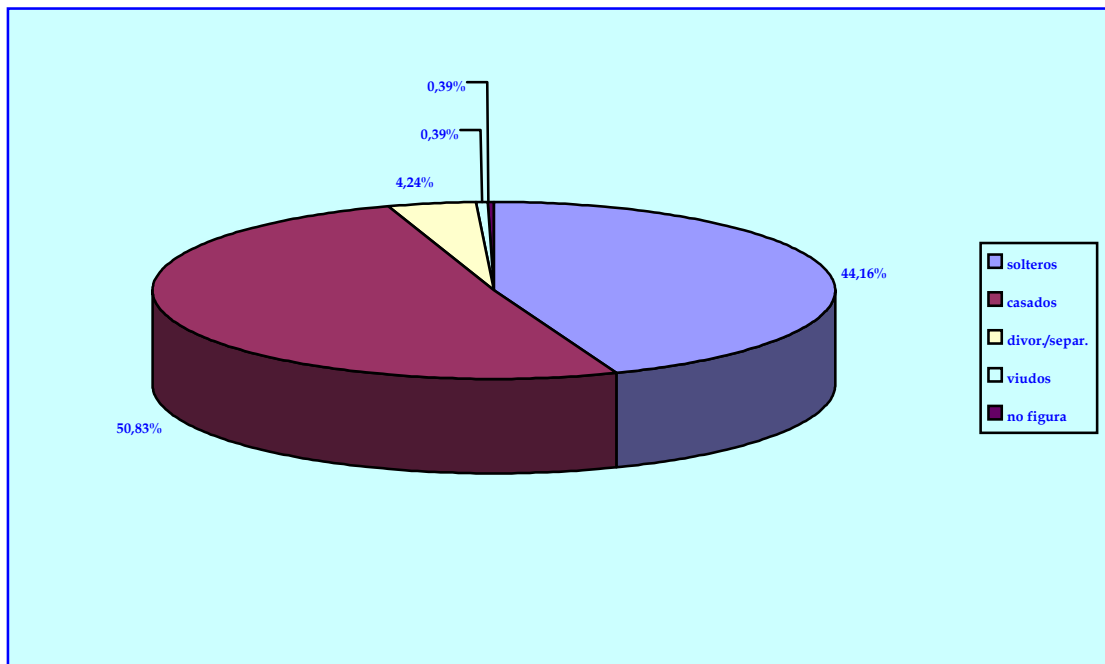


Gráfico 6. Porcentajes del estado civil de las personas que acuden a tratamiento.



NIVEL DE ESTUDIOS

El 19,94% ha realizado el Bachiller elemental EGB o Graduado Escolar, el 23,31% Bachiller Superior, BUP, COU, REM , el 18,55% Estudios Primarios completos, el 9,11% Estudios Universitarios Medios, el 17,18% Estudios Universitarios Superiores , el 2,69% Formación Profesional 2º grado , el 1,72% Estudios Primarios incompletos, el 0,57% ESO, el 4,60% NS/NC y en el 2,33% de los casos no figura.

Gráfico 7. Nivel de estudios de las personas que acuden a tratamiento.

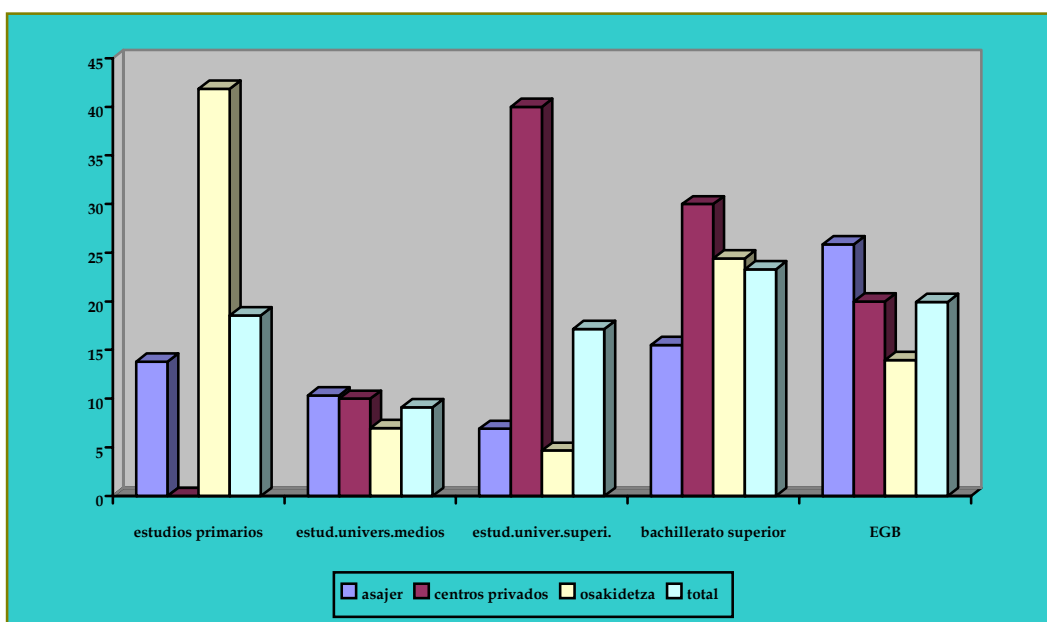
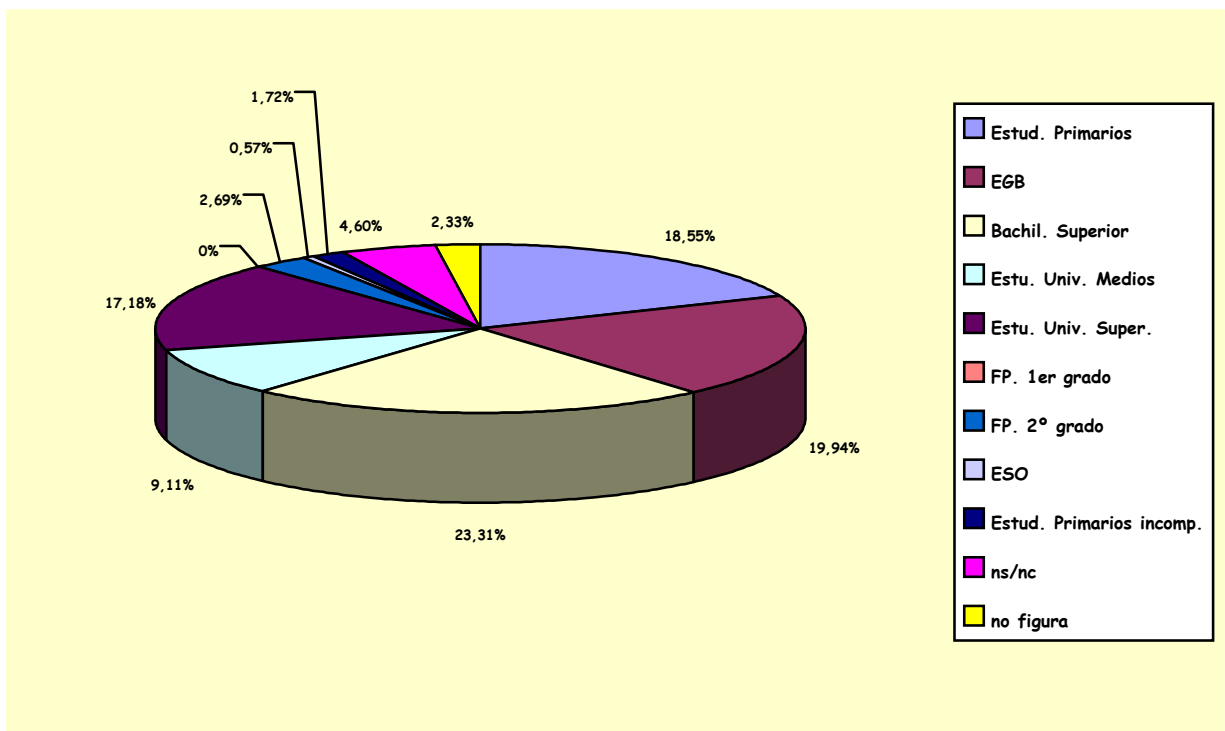


Gráfico 8. Porcentajes del nivel de estudios de las personas que acuden a tratamiento.



SITUACIÓN LABORAL

El 74,62% trabaja exclusivamente, el 9,08% está en paro (el 4,64% sin cobrar desempleo y el 4,44% cobrando desempleo), el 7,05% estudia, el 5,59% está jubilado/ o es pensionista, el 1,74% se dedica exclusivamente a las tareas de casa , el 1,15% trabaja y estudia y en el 0,77% de los casos no figura este dato.

Gráfico 9. Situación laboral de las personas que acuden a tratamiento.

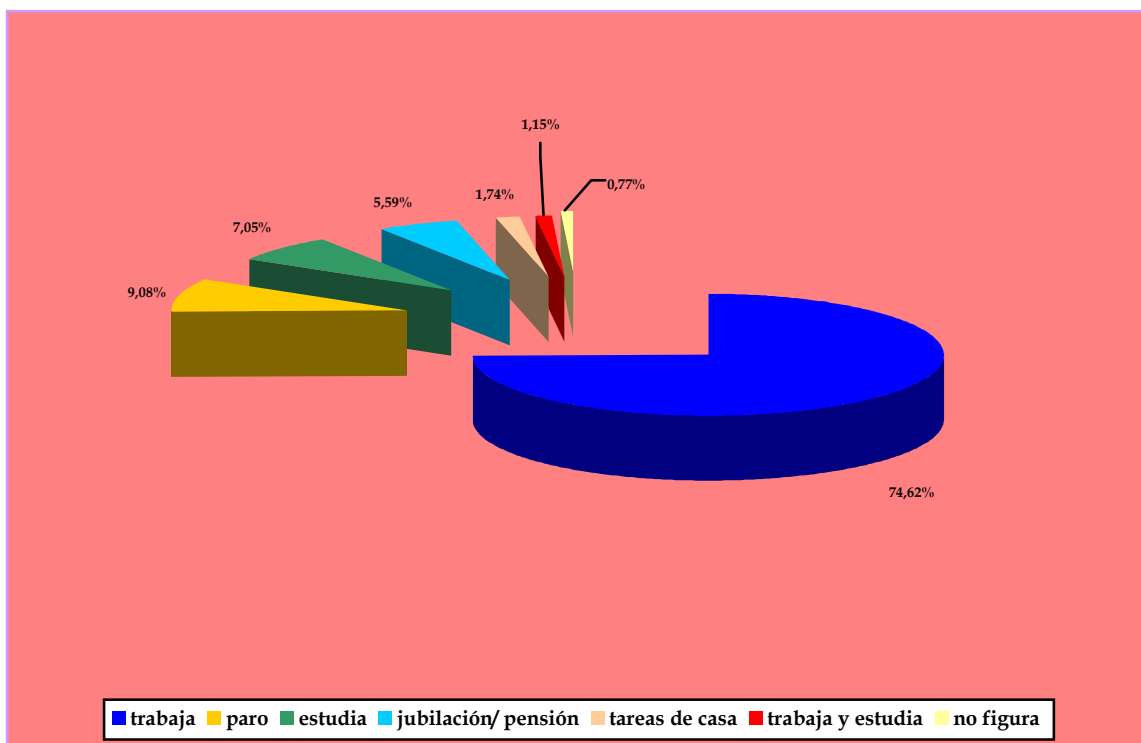
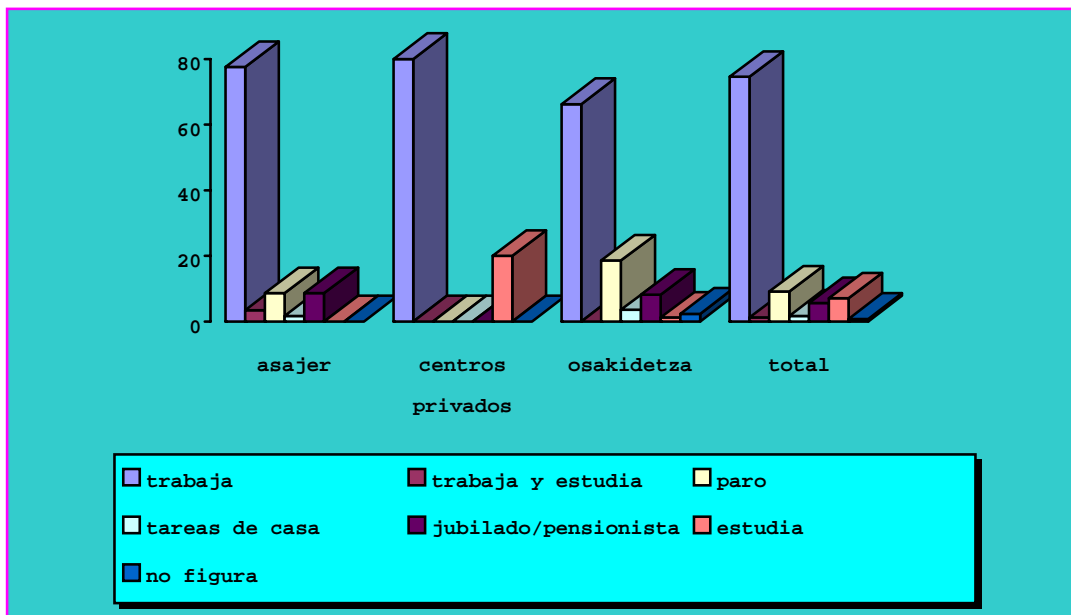


Gráfico 10. Porcentajes de la situación laboral de las personas que acuden a tratamiento.



ACTIVIDAD LABORAL

El 25,44% desarrolla un trabajo no cualificado, el 18,97% un trabajo cualificado, el 11,20% son empleados/as, el 4,84% son funcionarios/as el 2,84% son autónomos/as, el 0,71% son directivos/as, el 0,78% desarrollan cuadros medios, el 5,92% desarrolla otros trabajos, el 4,65% no figura y el 6,62% ns/nc.

Gráfico 11. Actividad laboral de las personas que acuden a tratamiento.

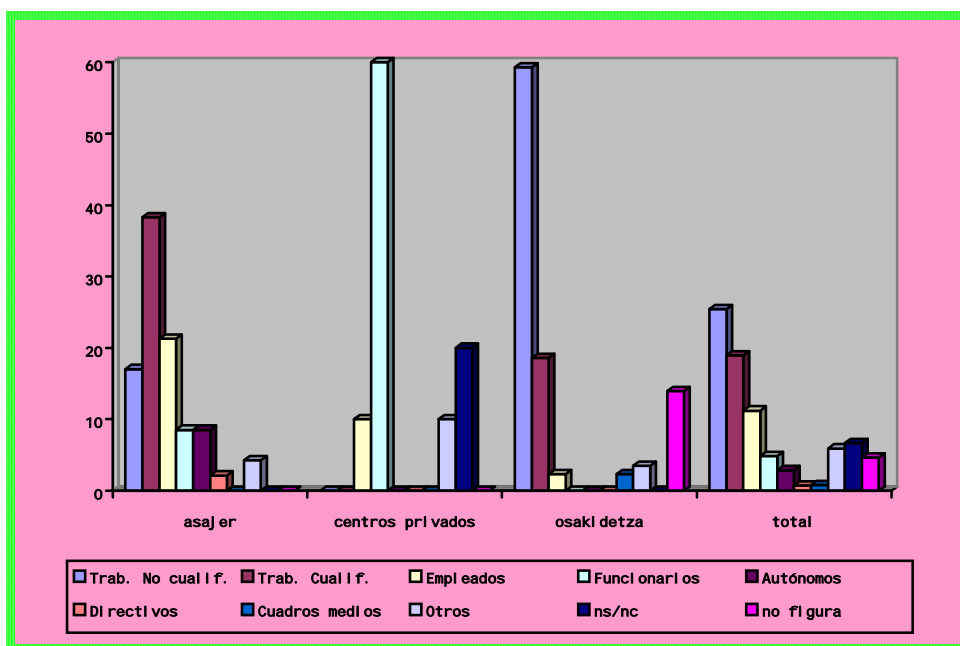
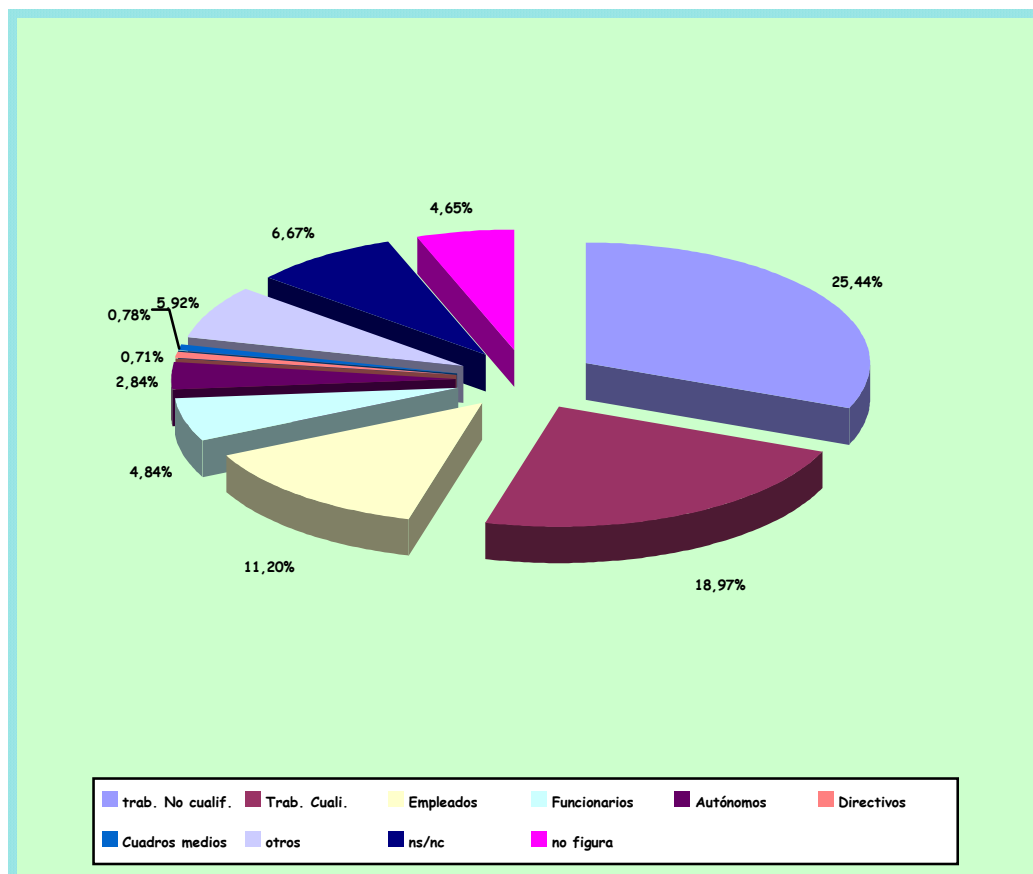


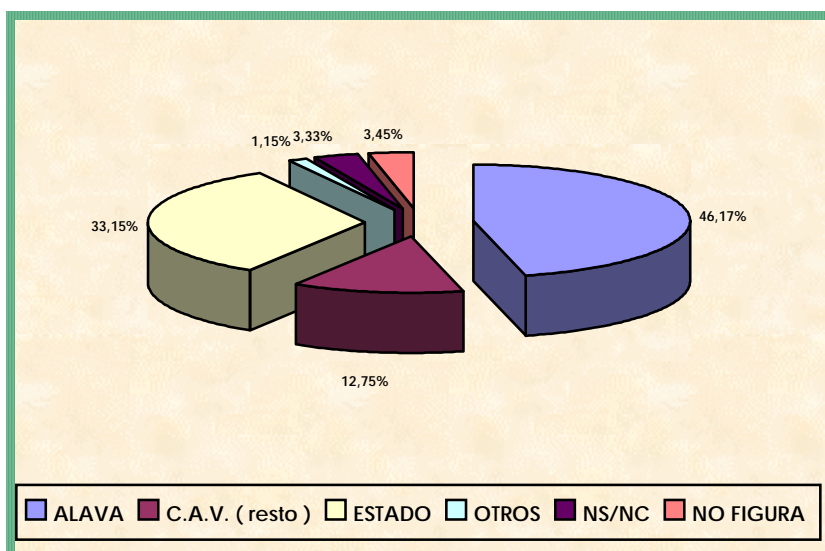
Gráfico 12. Porcentajes de la actividad laboral de las personas que acuden a tratamiento.



LUGAR DE ORIGEN

El 46,17% es de Alava, el 12,75% es de otras provincias de la C.A.V., el 33,15% de otras provincias del Estado, el 1,15% se incluye en otros, el 3,33% ns/nc y el 3,45% no figura.

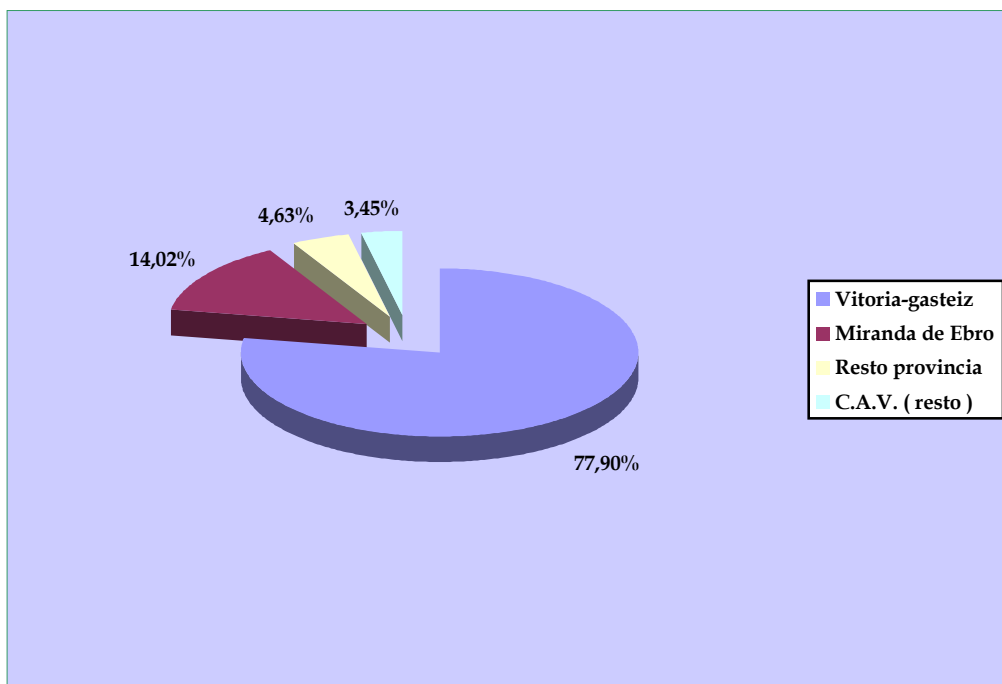
Gráfico 13. Lugar de origen de las personas que acuden a tratamiento. Porcentajes.



RESIDENCIA

El 77,90% reside en Vitoria-Gasteiz, el 14,02% en Miranda de Ebro (Burgos), el 4,63% en el resto de la provincia de Alava y el 3,45% en otras provincias de la C.A.V.

Gráfico 14. Lugar de residencia de las personas que acuden a tratamiento. Porcentajes.



JUEGO

El 79,40% indican como juego problema las máquinas tragaperras, el 16,14% indican las máquinas tragaperras y otros juegos (Bingo, Casino, Cartas , Primitiva , Once y Máquinas recreativas), el 1,16% el Bingo, el 0,57% la Once, el 0,39% las Cartas y el 2,33% Otros.

Gráfico 15. Juego/s problema de las personas que acuden a tratamiento.

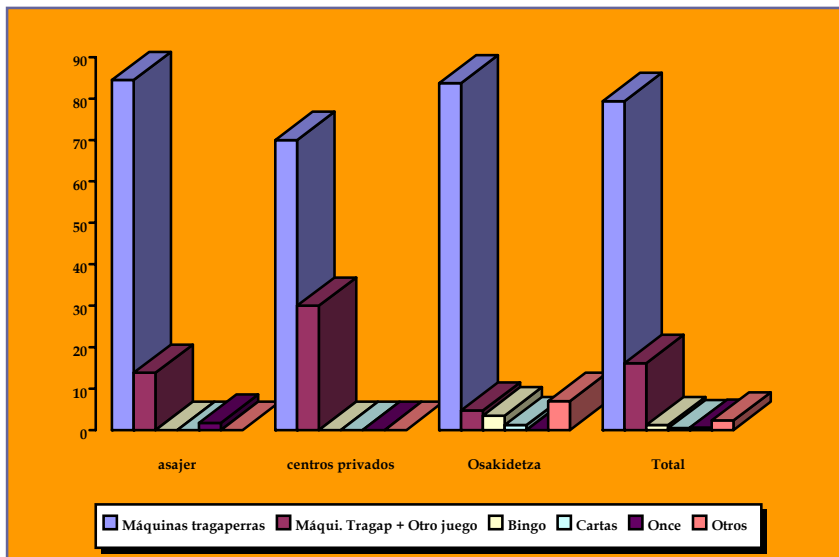
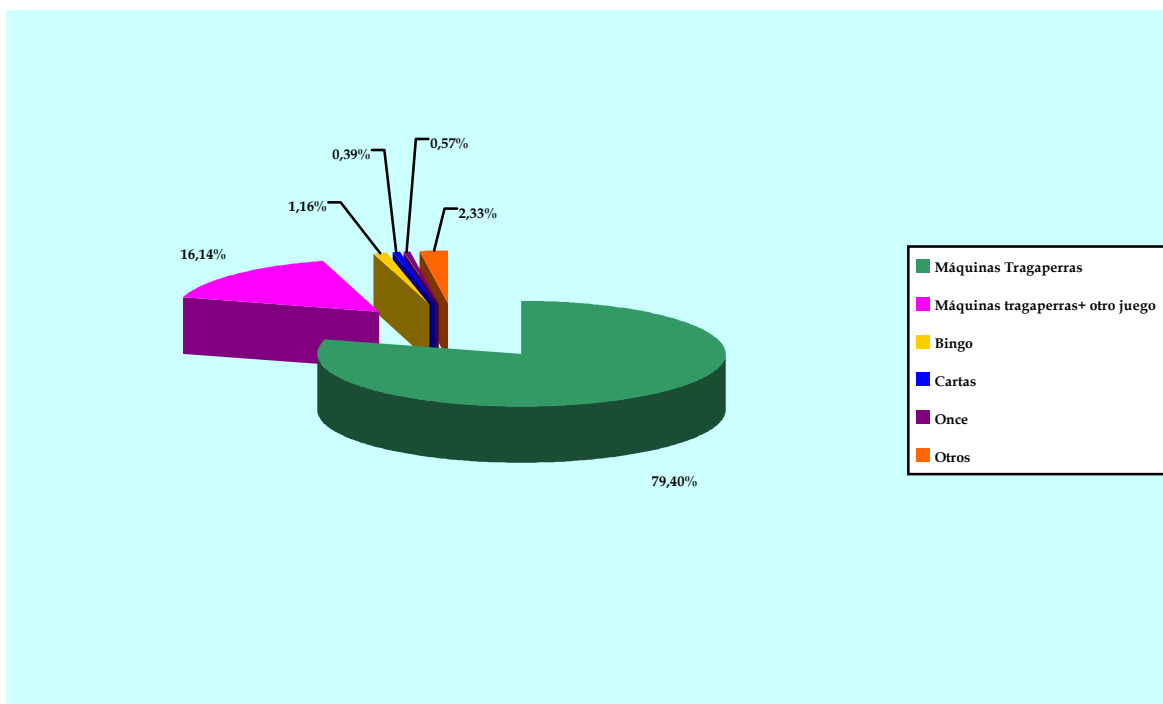


Gráfico 16. Porcentajes del/los juego/s problema de las personas que acuden a tratamiento.



EDAD DE INICIO

El 50% empezaron a jugar entre los 18 y 29 años, el 33,79% entre los 10 y 17 años, el 14,48% entre los 30 y 50 años, el 1,72% a los 50 años en adelante. Este aspecto no figura en los datos facilitados por el Servicio de Alcoholismo y Ludopatía (Osakidetza)

Gráfico 17. Edad de inicio en el juego de las personas que acuden a tratamiento.

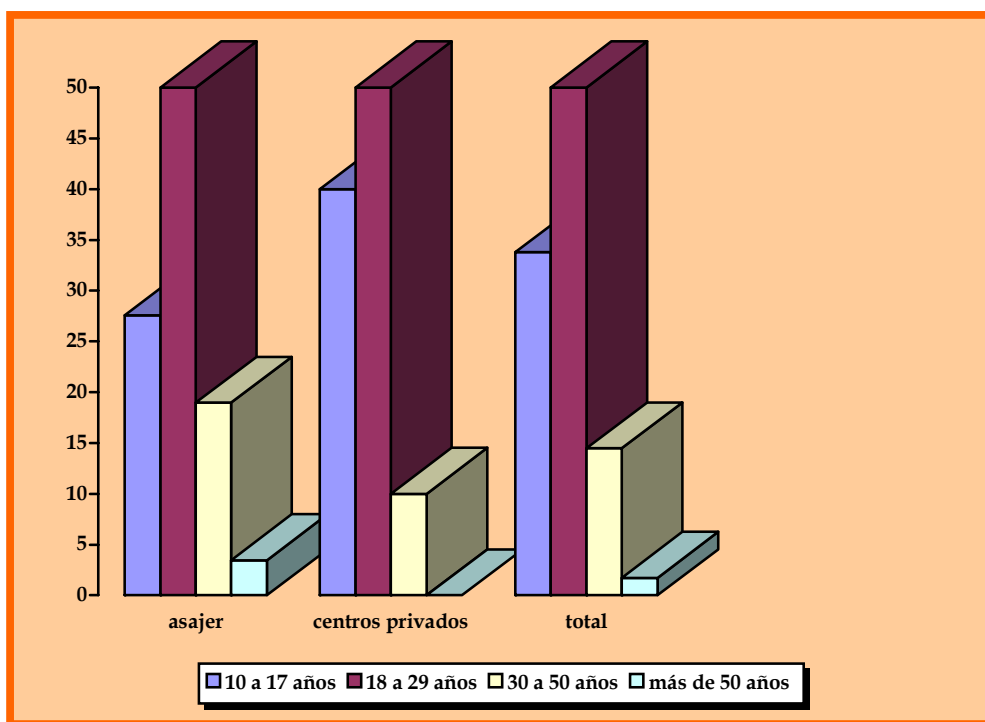
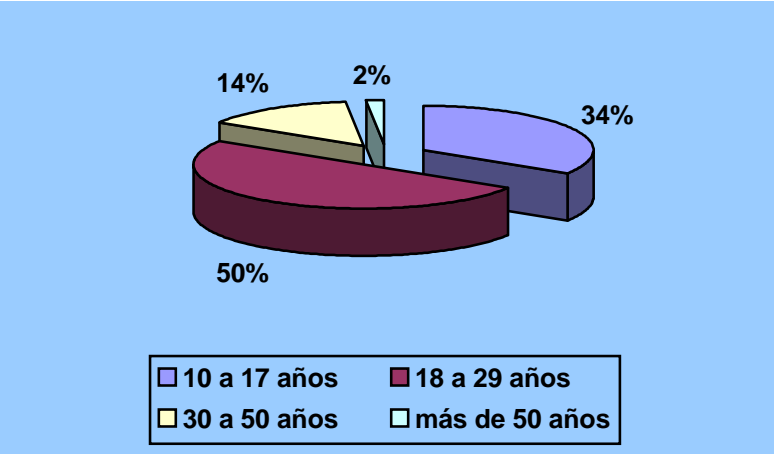


Gráfico 18. Porcentajes de la edad de inicio en el juego de las personas que acuden a tratamiento.



TIEMPO JUGANDO

El 30,19% lleva jugando entre 1 y 5 años, el 24,37% entre 6 y 10 años, el 11,22% entre 11 y 15 años, el 11,75% entre 16 y 20 años, el 10,70% entre 21 y 25 años, el 4,22% entre 26 y 30 años, el 2,50% menos de 1 año y en el 4,65% no figura.

Gráfico 19. Tiempo que llevan jugando las personas que acuden a tratamiento.

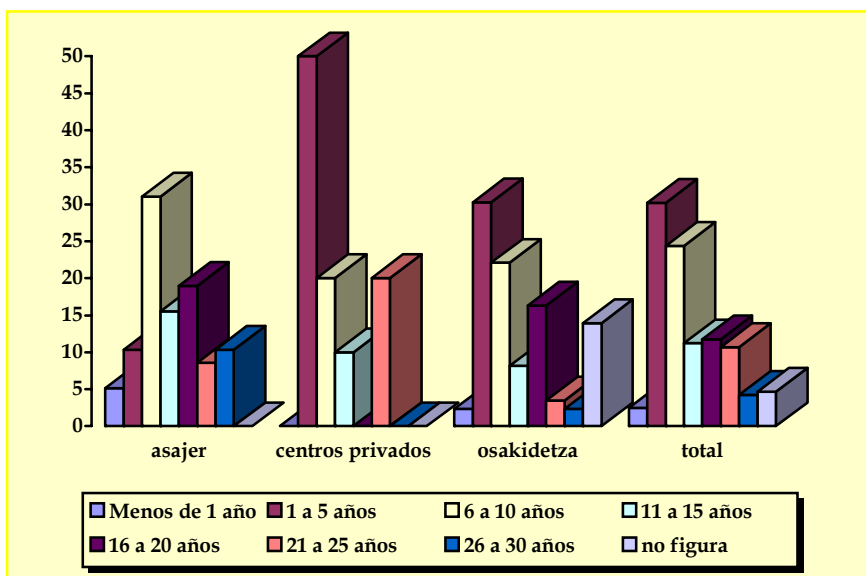
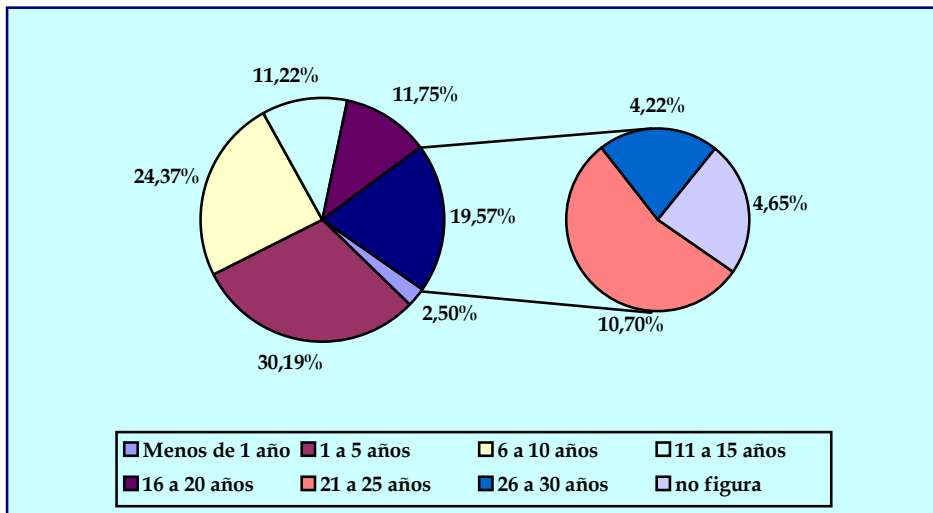


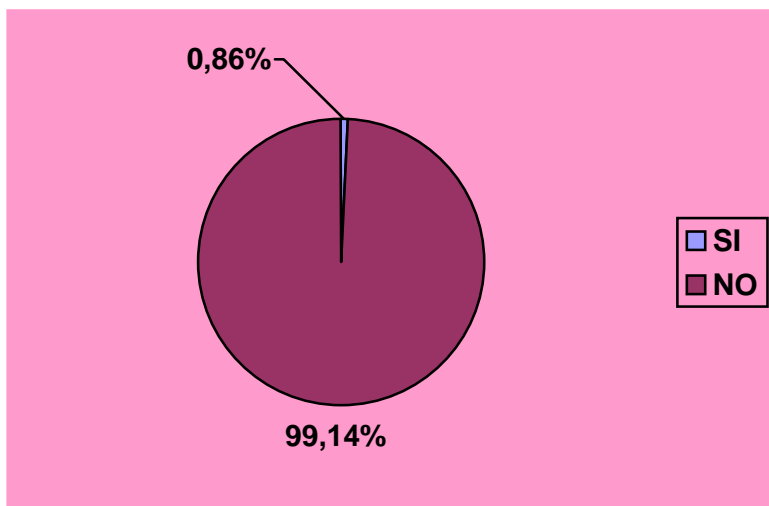
Gráfico 20. Porcentajes del tiempo que llevan jugando las personas que acuden a tratamiento.



AUTOPROHIBICIÓN DE ENTRADA AL BINGO Y CASINO

El 99,14% no tiene autoprobibida la entrada y el 0,86% sí. Este aspecto no figura en los datos facilitados por el Servicio de Alcoholismo y Ludopatía (Osakidetza).

Grafico 21. Autoprobibición en las personas que acuden a tratamiento. Porcentajes.



ANTECEDENTES FAMILIARES DE PROBLEMÁTICA DE JUEGO

El 34,67% no tienen antecedentes en la familia de problemas de juego, el 34,16% sí, el 4,02% ns/nc y el 27,13% no figura.

Gráfico 22. Antecedentes familiares de problemática de juego de las personas que acuden a tratamiento.

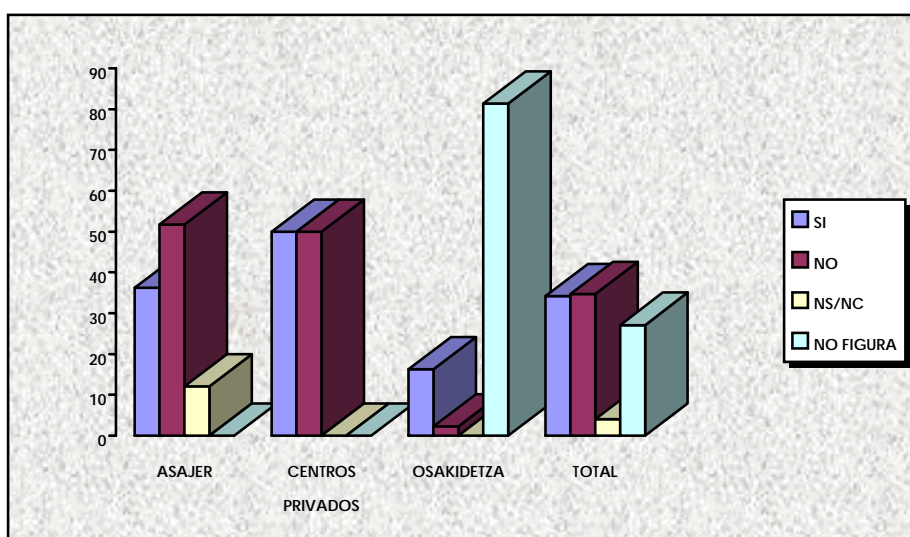
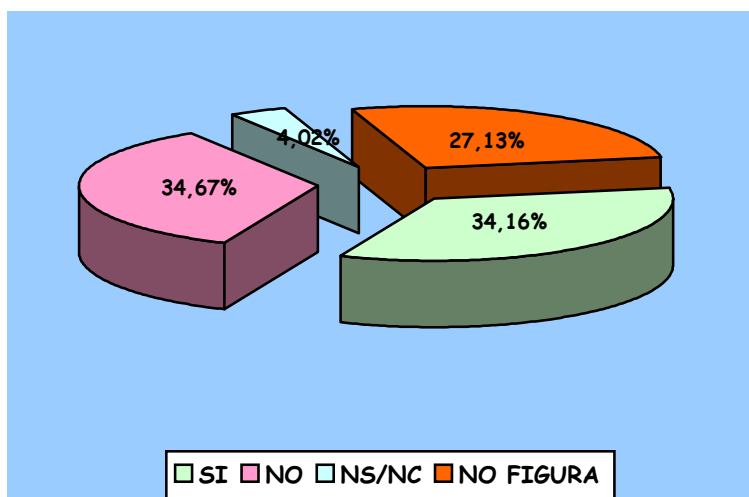


Gráfico 23. Porcentajes de los antecedentes familiares de problemática de juego de las personas que acuden a tratamiento.



TRATAMIENTO

- Tiempo que lleva acudiendo al centro

El 43,60% lleva acudiendo al centro varios meses, el 28,94% entre 1 y 2 años, el 12,91% más de 2 años, el 10,31% 1 año y el 4,24% menos de 1 mes.

Gráfico 24. Tiempo que las personas que acuden a tratamiento llevan yendo al centro.

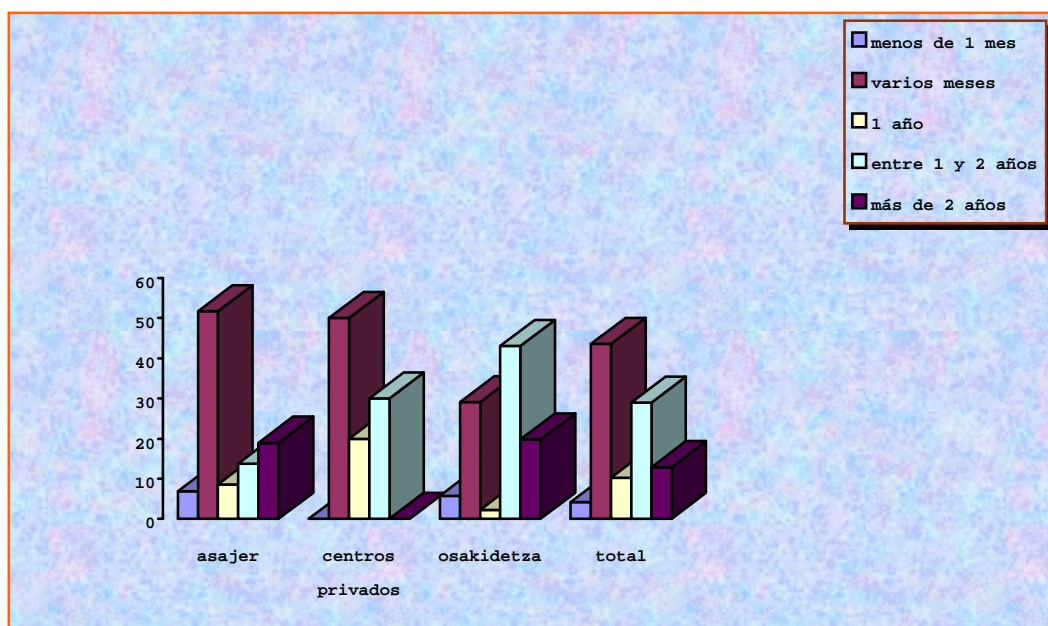
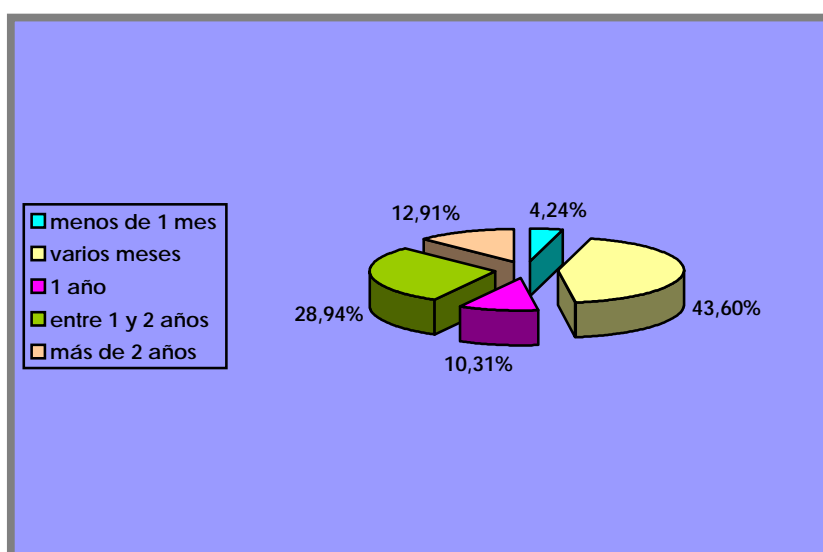


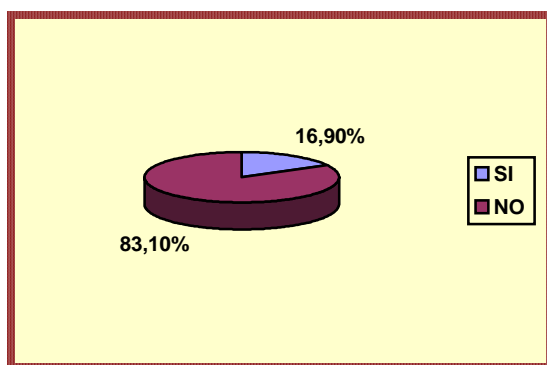
Gráfico 25. Porcentajes del tiempo que las personas que acuden a tratamiento llevan yendo al centro.



- Actualmente ¿ acude a algún otro centro, asociación o servicio ?

El 16,90% acude a otro centro, asociación o servicio y el 83,10% no. Este aspecto no figura en los datos facilitados por el Servicio de Alcoholismo y Ludopatía (Osakidetza).

Gráfico 26. Asistencia a más de un centro de las personas que acuden a tratamiento. Porcentajes.



- ¿Cómo llega al Centro ?

El 33,50% llega por iniciativa propia, el 38,15% por iniciativa de la familia, el 16,48% derivado por otro profesional, el 1,91% derivado por los servicios sociales y el 9,93% por Otros.

Gráfico 27. Modo de llegada al centro de las personas que acuden a tratamiento.

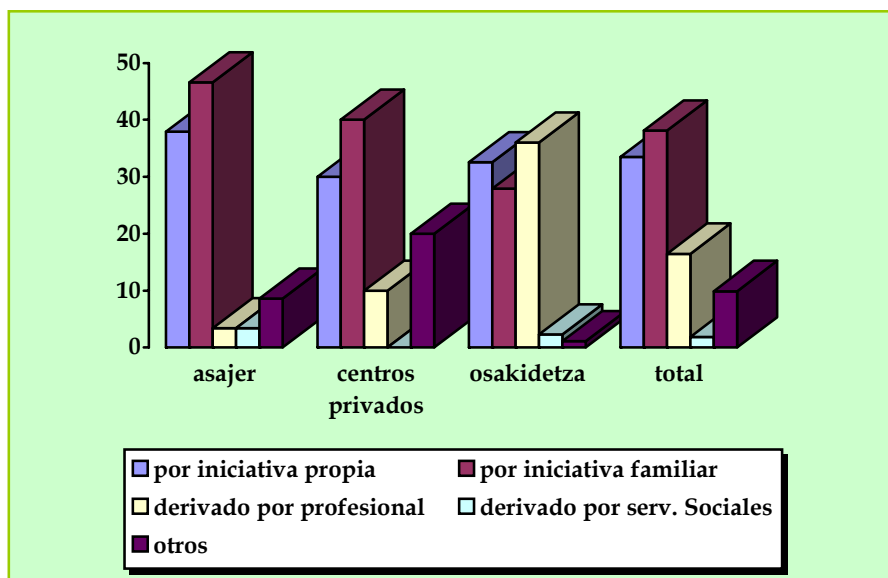
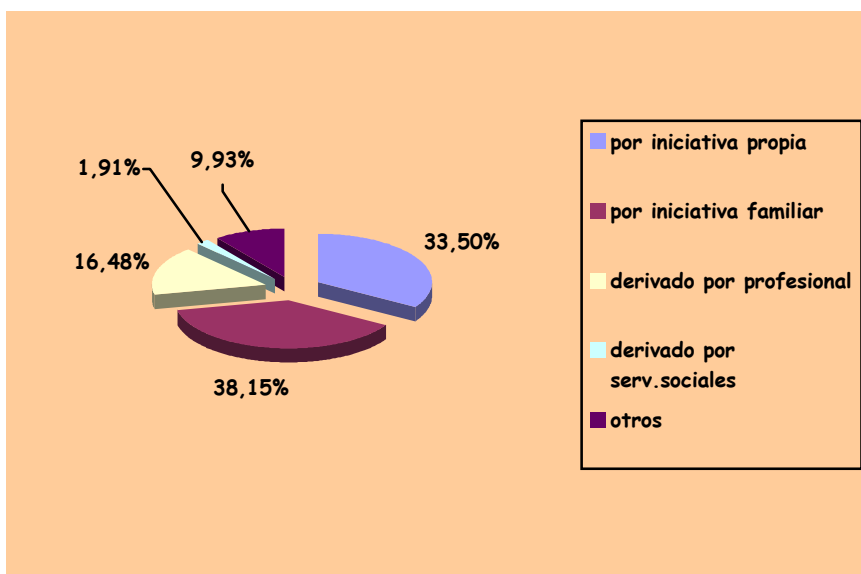


Gráfico 28. Porcentajes del modo de llegada al centro de las personas que acuden a tratamiento.



- **Tratamientos anteriores**

El 23,87% ha estado en tratamiento anteriormente y el 76,13% no.

Gráfico 29. Tratamientos anteriores de las personas que acuden a tratamiento.

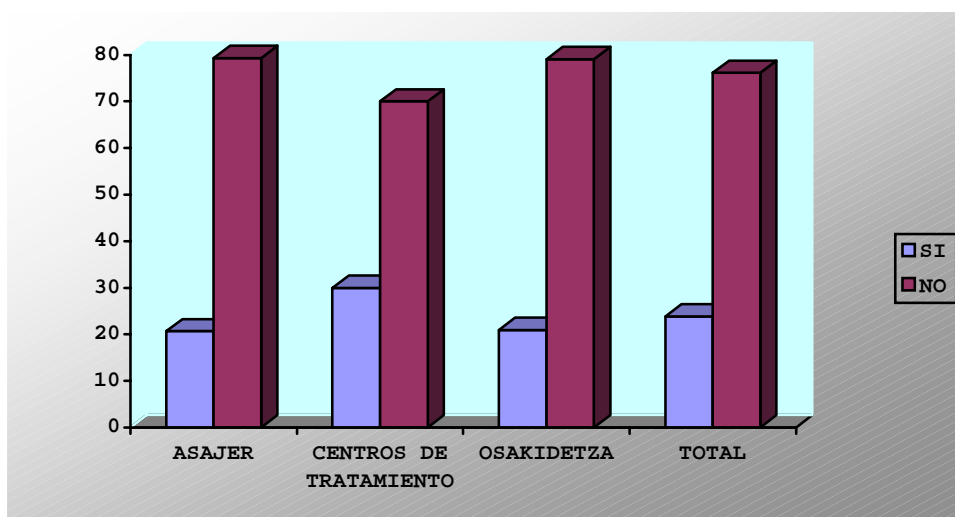
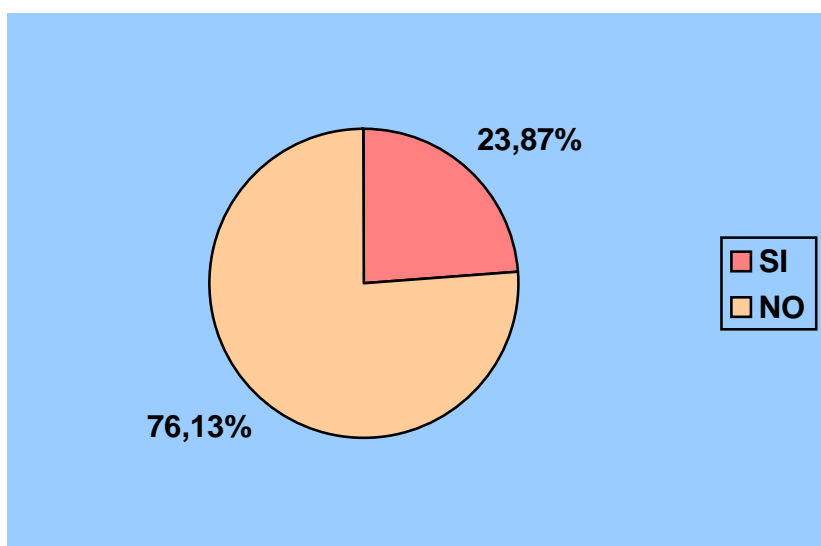


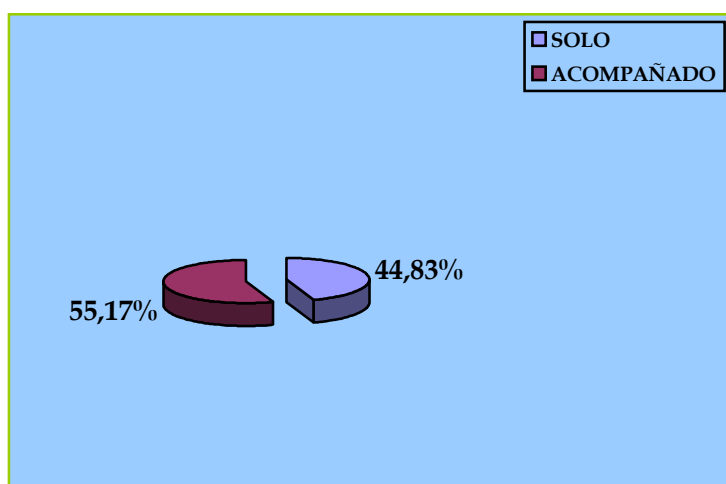
Gráfico 30. Porcentajes de los tratamientos anteriores realizados por las personas que acuden a tratamiento.



- **Cuando llega al centro, servicio o gabinete, lo hace**

El 44,83% llega al centro, servicio o gabinete solo y el 55,17% acompañado.

Gráfico 31. Cómo llega la persona afectada al centro-



- **La participación de la familia en el tratamiento**

En el 71,68% de los casos la familia participa en el tratamiento y en el 28,32% no.

Gráfico 32. La participación de la familia en el tratamiento.

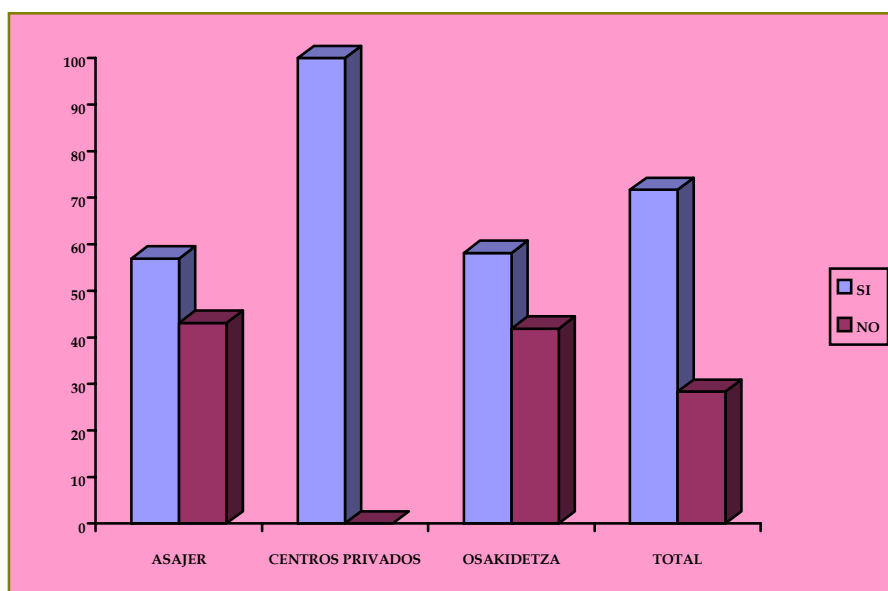
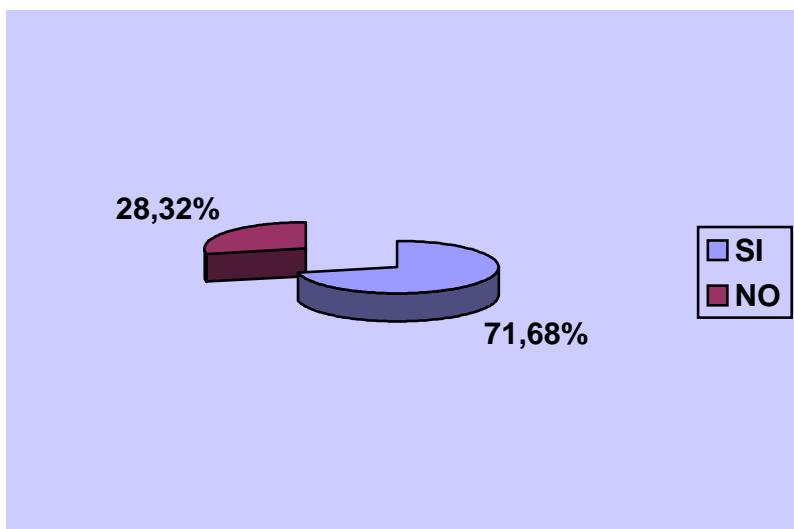


Gráfico 33. Porcentajes de la participación de la familia en el tratamiento.



- **Características del tratamiento recibido**

El 14,76% ha realizado sesiones individuales, el 7,35% ha realizado sesiones de pareja , el 3,33% ha realizado sesiones de familia , el 59,82% ha combinado varias modalidades y el 14,73% Otros.

Gráfico 34. Características del tratamiento que reciben las personas que acuden a tratamiento.

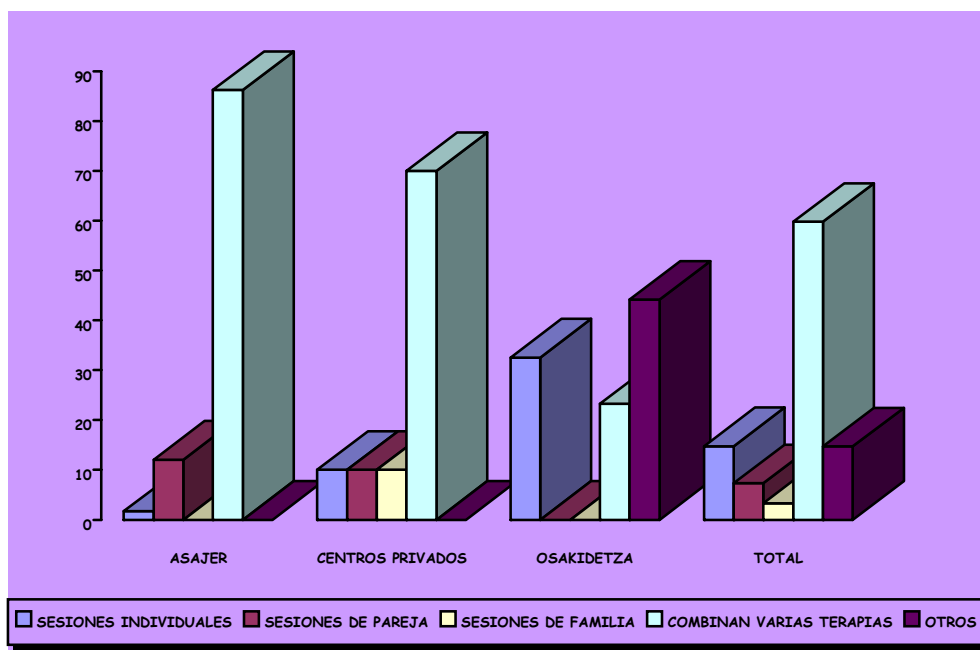
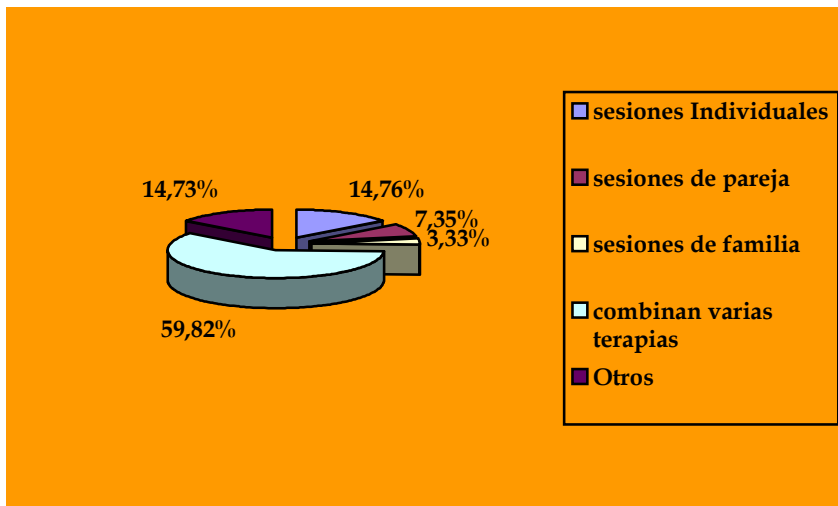


Gráfico 35. Porcentajes de las características del tratamiento que reciben las personas que acuden a tratamiento.

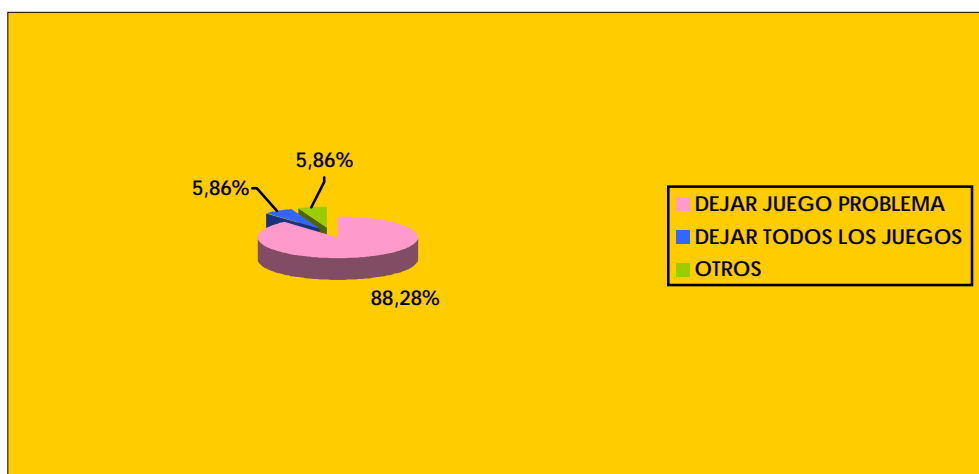


- **Objetivo del tratamiento**

El 88,28% se plantea el objetivo de dejar de jugar al juego problema, el 5,86% dejar de jugar a todos los juegos de azar y el 5,86% Otros.

Este aspecto no figura en los datos facilitados por el Servicio de Alcoholismo y Ludopatía (Osakidetza)

Gráfico 36. Objetivo del tratamiento. Porcentajes.



OTROS CONSUMOS

- **Alcohol**

El 42,07% no consume nada de alcohol, el 18,62% consume diariamente, el 6,03% lo hace algunos días de la semana, el 26,38% los fines de semana, el 5,17% algunas veces al mes y el 1,73% ns/nc. Este aspecto no figura en los datos facilitados por el Servicio de Alcoholismo y Ludopatía (Osakidetza).

Gráfico 37. Consumo de alcohol por parte de las personas que acuden a tratamiento.

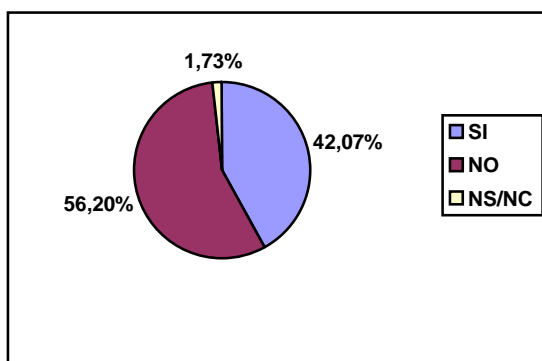
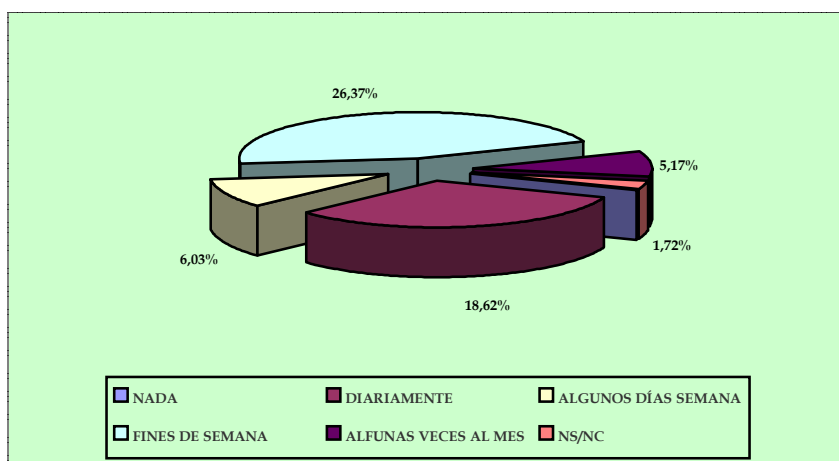


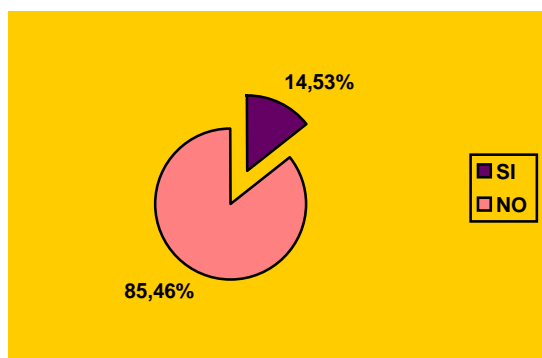
Gráfico 38. Porcentajes del consumo de alcohol de las personas que acuden a tratamiento.



- **Problemas con el alcohol**

El 14,53% tiene o ha tenido problemas de alcohol y el 85,47% no.

Gráfico 39. Problemas de alcohol en las personas que acuden a tratamiento. Porcentajes.



- **Tabaco**

El 24,31% no fuma, el 22,93% fuma menos de 1 paquete/día, el 25,51% fuma 1 paquete/día, el 18,69% más de 1 paquete/día, el 3,44% fuma más de 2 paquetes/día y el 5% ns/nc. Este dato no figura en los datos facilitados por el Servicio de Alcoholismo y Ludopatía (Osakidetza).

Gráfico 40. Consumo de tabaco de las personas que acuden a tratamiento.

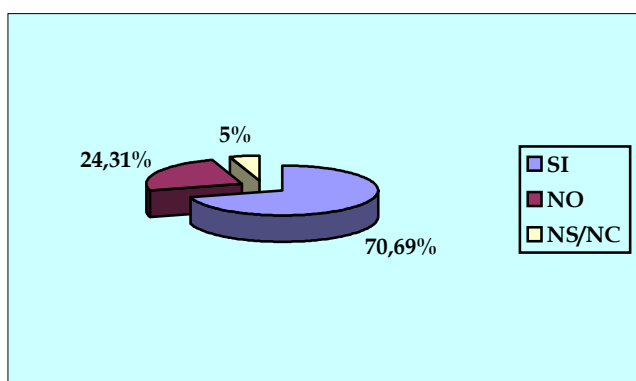
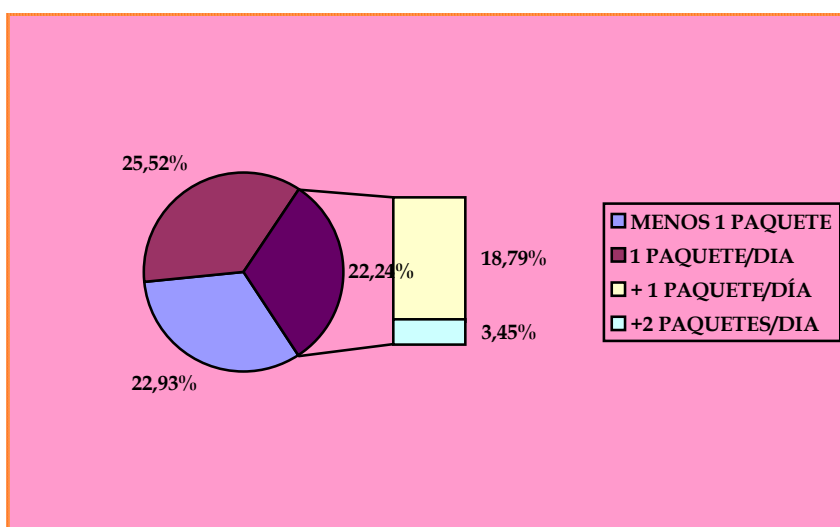


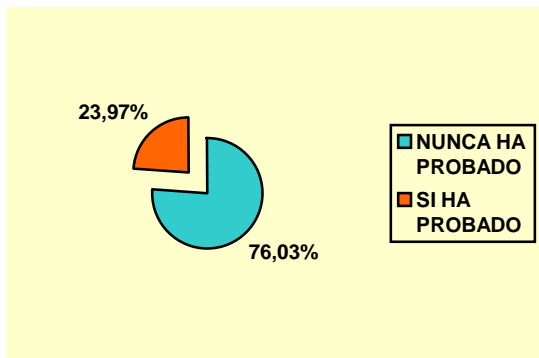
Gráfico 41. Porcentajes del consumo de tabaco de las personas que acuden a tratamiento.



- **Otras sustancias**

El 76,03% no han probado nunca otras sustancias y sí lo han hecho el 23,97%. La sustancia más consumida es el hachís o marihuana. Este aspecto no figura en los datos facilitados por el Servicio de Alcoholismo y Ludopatía (Osakidetza).

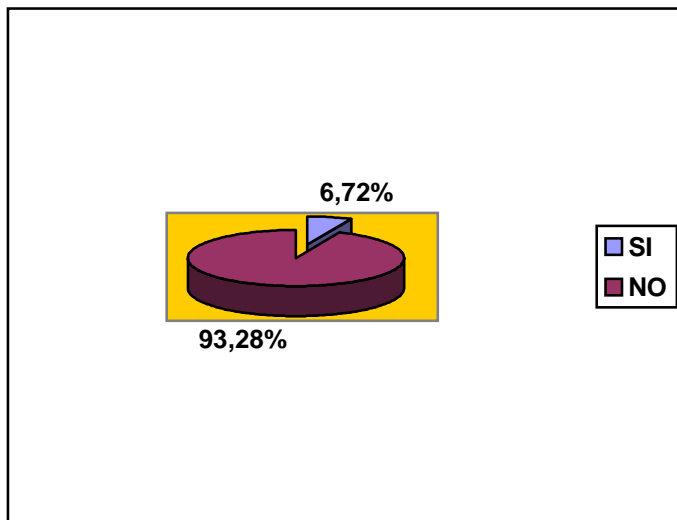
Gráfico 42. Consumo de otras sustancias en personas que acuden a tratamiento.



- **Problemas con sustancias**

El 6,72% han tenido problemas con alguna sustancia y el 96,55% no. Las personas que sí han presentado problemas con alguna sustancia han estado en tratamiento. Este aspecto no figura en los datos facilitados por el Servicio de Alcoholismo y Ludopatía (Osakidetza).

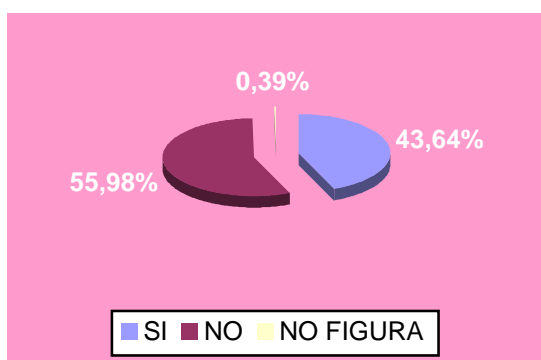
Gráfico 43. Problemas con otras sustancias de las personas que acuden a tratamiento. Porcentajes.



OTROS TRASTORNOS

El 43,64% no presentan ningún otro trastorno, el 55,98% sí lo presentan y en el 0,39% no figura este dato. Los trastornos más frecuentes son la Ansiedad y Depresión.

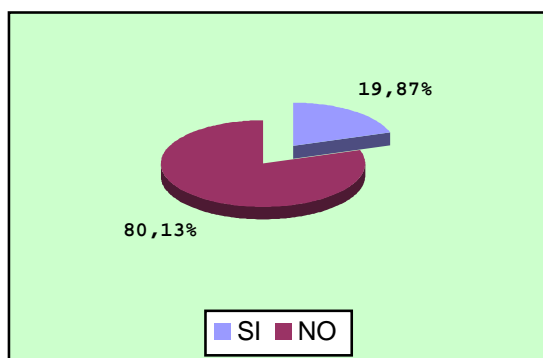
Gráfico 44. Otros trastornos en las personas que acuden a tratamiento. Porcentajes.



MEDICACIÓN

El 19,87% toma medicación y el 80,13% no lo hace. La medicación más frecuente que consumen son Ansiolíticos y Antidepresivos.

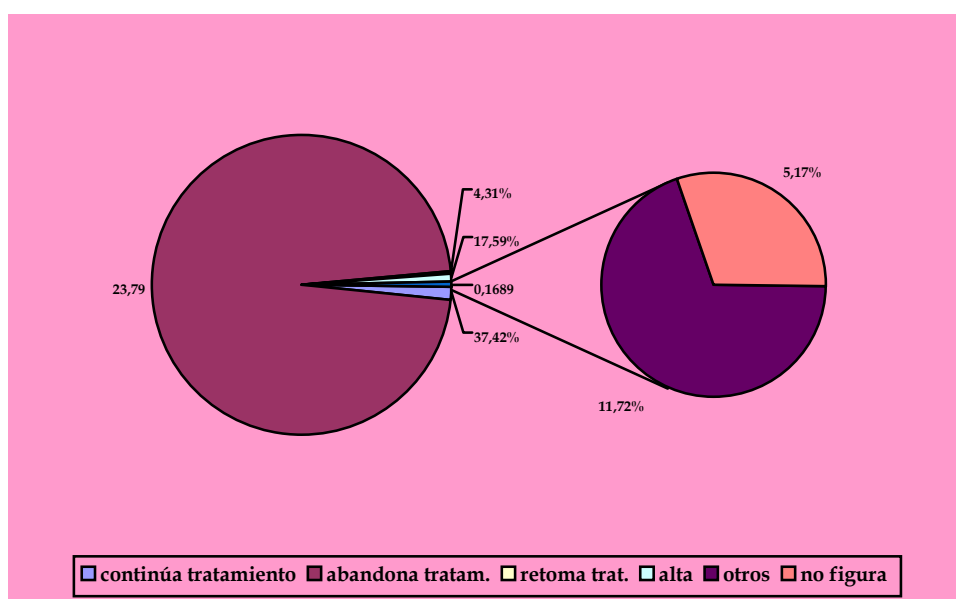
Gráfico 45. Medicación en las personas que acuden a tratamiento. Porcentajes.



SITUACIÓN ACTUAL

El 37,42% continúa en tratamiento, el 23,79% ha dejado el tratamiento sin haber recibido el alta, el 4,31% ha retomado el tratamiento, el 17,59% ha sido dado de alta, el 11,72% Otros y el 5,17% no figura.

Gráfico 46. Situación actual de las personas que acuden a tratamiento.



PERFIL DEL/LA JUGADOR/A QUE ACUDE A TRATAMIENTO EN ALAVA

- Acuden a tratamiento mayoritariamente hombres: el 92,58% son hombres frente al 7,51% que son mujeres.
- La franja de edad más frecuente es la comprendida entre los 35 y 55 años (el 47,45 %). Destacamos que hay un porcentaje importante (14,80%) de menores de 25 años.
- Es ligeramente superior la asistencia de personas casadas, con una media de 0,7% hijos/as por familia (50,83%), que las solteras (44,16%).
- En general cuentan con una buena preparación a nivel de estudios: el 23,31% ha realizado el bachillerato superior, el 17,18% estudios universitarios superiores. Únicamente el 1,72% no ha completado los estudios primarios.
- En un porcentaje elevado trabaja exclusivamente (74,62%). Destacamos que hay un porcentaje importante (9,08%) de personas en paro.
- En cuanto a la actividad laboral nos encontramos con un abanico amplio de trabajos. La actividad de todas que más destaca es el desarrollo de un trabajo no cualificado (25,44%) y le sigue el trabajo cualificado (18,97%).
- El lugar de origen que predomina es Álava (46,17%). Destaca la existencia de un porcentaje importante de personas que provienen de otras provincias del Estado (33,15 %).
- La mayoría residen en Vitoria-Gasteiz (77,90%). Destaca que hay un 14,02% que viven en Miranda de Ebro (Burgos).
- El juego problema que presentan mayoritariamente son las máquinas tragaperras (79,21%). Destacamos un 16,14% de personas que presentan problemas con varios juegos (uno de los juegos nuevamente son las máquinas tragaperras).
- La mitad de la muestra ha empezado a jugar entre los 18 y 29 años. Destacamos que hay un 33,79% que ha empezado a jugar entre los 10 y 17 años.
- Respecto al tiempo que llevan jugando, el porcentaje más elevado es el comprendido entre 1 y 5 años (30,19%), seguido de entre 6 y 10 años (24,37%). Destacamos también que hay un 2,50% de personas que llevan jugando menos de un año y ya presentan problemas con el juego.
- Prácticamente la mitad de la muestra tiene antecedentes familiares de juego patológico (34,16%) . Destacamos el alto porcentaje que no nos consta este dato (27,13%).

- Menos de la mitad de la muestra lleva acudiendo al centro varios meses (43,60%). Le sigue las personas que llevan entre 1 y 2 años (28,94%).
- Mayoritariamente no acuden a otro centro, asociación o servicio. Destacamos que hay un 16,90% que sí lo hace.
- La iniciativa de la familia es lo que más destaca para iniciar el tratamiento (38,15%), seguido de muy de cerca por la propia iniciativa. Destacamos el bajo porcentaje de personas que han iniciado el tratamiento por derivación de los servicios sociales.
- Casi una cuarta parte de la muestra ha estado en tratamiento anteriormente (23,87%).
- Algo más de la mitad de la muestra llega al centro acompañado (55,17%) frente al 44,83% que llega solo.
- La familia participa en el tratamiento en un porcentaje importante (71,68%) frente al 28,32% que no lo hace.
- Las características del tratamiento recibido varían en función del centro al que acuden. No obstante, algo más de la mitad de la muestra ha recibido un tratamiento en el que se han combinado varias terapias (individual y grupal, individual y pareja,...)
- Un alto porcentaje de personas (88,28%) se plantean como objetivo del tratamiento dejar de jugar al juego problema. Únicamente un 5,86% se plantea dejar de jugar a todos los juegos.
- Algo más de la mitad de la muestra (56,20%) consume alcohol y un 14,53% tiene o ha tenido problemas con el alcohol.
- Un 70,69% consume tabaco. El porcentaje más elevado se sitúa en el consumo de 1 paquete/día (25,51%).
- Casi una cuarta parte de la muestra ha probado otras sustancias (sobre todo la marihuana) y un 6,72% han tenido problemas con alguna sustancia y recibido tratamiento.
- La presencia de otros trastornos es importante. Hay un 55,98% que presentan otros trastornos, destacando la Ansiedad y la Depresión. Hay un 19,87% que está tomando medicación (principalmente ansiolíticos y antidepresivos).
- Un 37,42% continúan en tratamiento; se les ha dado alta a un 17,59% y lo han abandonado 23,79%.

5.6. IMPLICACIÓN DE LA FAMILIA Y EL ENTORNO MÁS INMEDIATO EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DEL/LA JUGADOR/A PATOLÓGICO/A

La familia del/la adicto/a al juego ha sido la gran desatendida por parte de los estudiosos del juego. Frecuentemente se ha señalado la necesidad de ocuparse del tema de la familia del/la jugador/a; sin embargo, son muy pocos los documentos que han tratado el tema.

Son muchas las preguntas que cabe hacerse respecto a la familia del/la jugador/a. *¿Tiene algo que ver la familia en el origen del problema? ¿Hace algo la familia que favorezca el que el/la adicto/a empiece a jugar o que continúe jugando? ¿Cómo repercute el juego en la relación de pareja? ¿Es posible reconstruir una relación tan deteriorada como llega a estar la pareja del/la jugador/a? ¿Es posible recuperar la confianza, el respeto, el amor? ¿Qué puede hacer la familia para recuperar al/la jugador/a?...*

5.6.1. El efecto del juego en la familia

El juego no sólo afecta al/la jugador/a. La familia de éste, sus seres más cercanos son también víctimas del problema: los problemas económicos les afectan directamente y su vida familiar se deteriora tanto que llega en muchos casos hasta la ruptura.

Al igual que el/la jugador/a atraviesa varias fases en su proceso de deterioro. Las etapas por las que pasa la familia son:

- **Fase de Negación:** Es la primera fase. La familia cree que se trata de algo pasajero y de escasa importancia, de una diversión temporal o que es la propia forma de la jugador/a de relajarse o entretenerse, que el paso del tiempo lo resolverá. Hay una activa desatención: a veces hay una preocupación ocasional por el juego, pero se tiende a ignorar el problema; incluso se acepta el incremento del juego sin poner resistencia. Esta negación puede mantenerse durante años, sobre todo si tenemos en cuenta que el/la jugador/a se convierte en un experto mentiroso y engañador; podríamos decir que es un profesional en cuanto a ocultar su juego se refiere.

- **Fase de Estrés:** Cuando las dificultades económicas son evidentes, las facturas tardan en ser pagadas, la ausencia del/la jugador/a es frecuente y la interferencia del juego en la vida familiar se hace patente, la fase de negación se acaba y pasa a convertirse en un sentimiento de rechazo y desilusión. Suele haber una confesión (normalmente parcial) del problema, que recae ahora sobre la familia, quien acepta los remordimientos del/la jugador/a y sus promesas de dejar de jugar. La familia intenta ayudar al/la jugador/a a resolver el problema. Esta ayuda generalmente consiste en , ante la promesa del/la jugador/a de abandonar el juego, facilitarle recursos económicos o medios para resolver los problemas financieros. Cuando el familiar descubre que es incapaz de controlar el juego del/la jugador/a comienzan sus sentimientos de frustración, desamparo y resentimiento. No puede hacer frente a las facturas impagadas y carece de fondos para las necesidades básicas. Empieza a perder el interés por su cuidado personal. Suele ser frecuente también que el familiar encubra al/la jugador/a y mienta para ocultar su problema. Esto suele llevarle a un aislamiento social, de amigos/as y familiares , para evitar que el problema se conozca. La consecuencia de esta etapa es un aumento en el rechazo hacia el/la jugador/a, continuas discusiones sobre el juego, altos niveles de ansiedad y bajo estado de ánimo.
- **Fase de Agotamiento:** Ya no hay una alternativa de solución adecuada. La desesperación del familiar puede llevarle a refugiarse en comportamientos excesivos, a desahogarse con hijos/as o incluso a la separación. El familiar se siente angustiado, confuso, resentido y agotado tanto física como mentalmente. Empieza a pedir ayuda a personas cercanas y recibe consejos con buenas intenciones, pero que no resultan eficaces para el problema. Suelen ser frecuentes en esta fase los trastornos psicológicos y psicofisiológicos. El deterioro producido afecta a todas las áreas de su comportamiento familiar, especialmente a las relaciones sexuales. Son frecuentes los sentimientos de culpa, depresión, ira y resentimiento, facilitados por el aislamiento afectivo y social. Se han encontrado gran número de problemas de tipo físico y psicológico en las mujeres de jugadores, algunos de ellos severos y crónicos: dolores de cabeza, problemas intestinales o diarreas, vértigos y desfallecimientos, hipertensión y problemas respiratorios...

Estas fases dependen bastante de las características personales de la esposa del jugador. P.e., hay mujeres que asumen rápidamente el papel de víctima o mártir y adoptan un papel pasivo; no intenta enfrentarse a la situación, sólo sufre y se lamenta. Es decir, pasaría rápidamente a la tercera fase, si es que llega a atravesar la segunda. Y el otro extremo, también bastante frecuente, es el de la mujer perfeccionista, fuerte, con un sentido exagerado de responsabilidad, control y exigencia en todo. Esta mujer intenta asumir como propia la responsabilidad del juego del marido; permanecería mucho tiempo en la segunda fase, antes de asumir la incontrolabilidad del problema.

Nos centramos en la mujer del jugador al ser la proporción de mujeres jugadoras bastante más inferior al de los hombres y se desconozca de forma importante la situación por la que atraviesa la familia de la mujer jugadora.

Para terminar, no nos podemos olvidar de los hijos/as del/la jugador/a. Son los grandes perjudicados por el entorno familiar. El hecho de que los/as hijos/as de jugadores/as tengan, como grupo, una mayor incidencia de patología psicosocial que los/as hijos/as de los/as no jugadores/as, muestra claramente la influencia negativa de este problema. La probabilidad de abuso de alcohol, tabaco y drogas es muy alta, además del hecho de que ser hijo/a de un/a jugador/a patológico/a constituye un factor de riesgo para desarrollar este mismo problema (Lesieur y Rosenthal, 1991).

Es especialmente preocupante el déficit que supone en su desarrollo normal el entorno negativo del hijo del/la jugador/a. El principal modelo de que dispone para aprender sus conductas y madurar como futuro adulto es su padre/madre, pero en este caso su modelo, además de negativo, es pobre. No tiene ejemplos adecuados en su modo de enfrentarse a las dificultades de la vida y el que tiene le muestra formas de enfrentamiento destructivas. Esto deriva en una escasez de habilidades para hacer frente a las situaciones problema, déficit en habilidades sociales básicas, escasa autoestima... (Ochoa y Labrador, 1994).

A nivel afectivo hay una privación emocional importante, como consecuencia de la falta de atención y cariño, el rechazo y el aislamiento y la relación negativa que se establece entre sus padres les afecta directamente.

Sin embargo, las repercusiones que el problema del juego va a tener en cada familia dependen de cómo se hayan repartido los papeles entre los miembros, de las habilidades de que dispongan los miembros de la familia para enfrentarse a los problemas, de las ayudas o recursos con los que cuenten fuera de casa (amistades, trabajo...), de la edad que tuvieran los hijos cuando empezó el problema del padre/madre...

5.6.2. El papel de la familia en el desarrollo del juego

Hay bastantes factores familiares que tienen gran influencia en el desarrollo posterior de la adicción al juego. La Asociación Americana de Psiquiatría señala los siguientes factores predisponentes al juego:

- Disciplina familiar inadecuada (por ausencia, inconsistencia o permisividad).
- Valores familiares que se apoyan en símbolos materiales o financieros.
- Falta de hincapié familiar en la planificación, el ahorro y el establecimiento de presupuestos.
- Despilfarro familiar.
- Padre ausente, bien de manera real (muerte, abandono...) como virtual (presencia insuficiente, ineficaz o inadecuada).
- Presencia de parientes afectados por problemas de juego. La afición al juego por parte de los padres facilita la adopción de este tipo de conductas en los/as hijos/as. De hecho, la probabilidad de que los/as hijos/as de adictos/as al juego se conviertan en jugadores/as puede llegar hasta el 50% de los casos.
- Ruptura del hogar.

Estos factores facilitan el desarrollo de un problema de juego. Así, la ausencia del padre y la disciplina familiar inadecuada dificultan que el sujeto adquiera estrategias adaptativas, sobre todo por carecer de modelos adecuados.

El despilfarro, la falta de planificación o ahorro económico y los valores familiares materiales contribuyen a fomentar el descontrol en el manejo del dinero del/la jugador/a, la idea irracional de que existen formas de ganar dinero fáciles y sin esfuerzo y el concederle demasiada importancia a la posesión de bienes materiales como medidora de la propia valía.

La ruptura del hogar y los problemas familiares en general, aumenta la necesidad de escape de personas que no tienen recursos suficientes para afrontar tales problemas.

La presencia de familiares jugadores facilita que se dé el “ modelado de conductas “ y la “ facilitación “ de las mismas: el aprendizaje de conductas por el simple hecho de haberlas visto ejecutar.

Además de existir una serie de aspectos relacionados con la familia que pueden contribuir o ayudar a que aparezca el problema, hay también unos factores que pueden ayudar a mantenerlo.

El problema ya está creado: el juego ya está generando trastornos en la vida del jugador y en la de los seres cercanos. La familia ya conoce el problema o lo sospecha. Empiezan las deudas, los problemas de dinero, las ausencias del/la jugador/a, las quejas de amigos/as o parientes a los que se les debe dinero...

Empieza el ritual. En casa, cada vez es más desagradable el ambiente: cuando llega el/la jugador/a, encuentra sólo reproches y preguntas, es decir, más problemas, que le llevan a querer escapar más (jugar más): cada vez está menos en casa y cuando está intenta no relacionarse mucho, para evitar problemas.

La situación se mantiene hasta que la familia del jugador le presiona hasta la confesión: la primera confesión. Se descubre el problema, aunque normalmente el/la jugador/a sólo reconoce parte, lo empequece, no cuenta toda la verdad...

La primera reacción de la familia suele ser de comprensión: si el/la jugador/a deja de jugar, la familia se hace cargo del problema, se aprieta el cinturón para pagar las deudas y le ayuda a ocultar el problema delante de los demás.

Este es el error más grande que comete la familia. La familia, con su mejor intención, se hace cargo de los problemas del/la jugador/a, sobre todo de los económicos. Intentando ayudarlo, sólo consiguen perpetuar la conducta de juego: le crean al /la jugador/a la ilusión de que nada le puede pasar, de que siempre se solucionan los problemas.

El/la jugador/a ha encontrado una nueva manera de ganar dinero fácil: hasta ahora mentía y engañaba; ahora, confiesa y promete. Los préstamos, las ayudas económicas tienen en la mente del/la jugador/a las mismas características que el dinero ganado en el juego: dinero fácil, rápido, dinero que soluciona todos los problemas. Si se le quiere ayudar, lo primero es NO DARLE DINERO. Aunque las promesas sean sinceras y el dinero pedido no sea “ para jugar “, sino para pagar la deuda o para tapar el desfalco.

Vemos cómo sin quererlo casi todas las familias contribuyen a mantener el juego: con sus préstamos, con sus reproches, con su confianza en las promesas... ¿Qué hacer, entonces? ¿Cómo no reprochar? ¿Cómo seguir confiando? ¿Cómo arriesgarse a que vuelva a engañar, a jugar?

5.6.3. La familia en el tratamiento del juego excesivo

Vamos a analizar de qué manera puede la familia contribuir a la recuperación del/la jugador/a y cómo puede resolverse esta situación familiar tan deteriorada.

Para ello, vamos a distinguir tres aspectos que todo intento terapéutico debería tener en cuenta: los problemas relacionados con el juego, los problemas familiares anteriores al juego y los problemas familiares derivados del juego.

a) Problemas anteriores al juego

Suele ser común, cuando el/la jugador/a acude con su cónyuge o familiar más cercano en busca de ayuda, detectar una relación conyugal y familiar deteriorada. Tras la fase de agotamiento y la ineficacia de los intentos por parar el problema, tras los cada vez más frecuentes y duros enfrentamientos y reproches mutuos, la relación llega a un punto crítico que no pasa nunca desapercibido.

Si existían estas diferencias, aunque en menor grado, antes de empezar la conducta adictiva o si empezaron tras los problemas ocasionados por el juego, es algo que aparece con claridad tras un tiempo de terapia, observando el tipo de comunicación que establecen los cónyuges; muchas veces los reproches nada tienen que ver con el juego.

En estos casos, cuando la relación estaba ya deteriorada antes del proceso del juego, lo más frecuente es que se haya abandonado al/la jugador/a antes de terapia ; se tiene poca base sobre la que aguantar un problema de tan grandes dimensiones. Pero a veces , bien por los hijos, bien por falta de recursos para independizarse, la mujer sigue al lado del jugador. En estas ocasiones, lo más indicado es una atención psicológica a la pareja, y en muchos casos a la familia entera.

b) Problemas relacionados con el juego

Existen varias formas en que la familia puede ayudar al/la jugador/a en su problema de juego.

En primer lugar, la mayor parte de los/as jugadores/as acude a pedir ayuda porque la familia no le deja otra alternativa; es reciente el último descubrimiento de deuda y el/la jugador/a responde a la amenaza de separación cumpliendo la única condición para recibir una nueva oportunidad.

Esta es la primera y una de las grandes ayudas que la familia puede aportar al/la jugador/a: no seguir creyendo en sus promesas ni manteniendo su juego, sino adoptar una postura firme y dura. Conseguir que vaya a una asociación, a un profesional o a un centro donde se le pueda ayudar es el primer paso.

Declaraciones como “ yo tengo tantas recaídas porque estoy sola “ o “ si no es por mi mujer no hubiera podido abandonar el juego “ manifiestan el efecto positivo de sentirse acompañado en el difícil camino de dejar de jugar. Cuando la familia busca orientación terapéutica para conseguir que su acción se acerque al objetivo buscado, se facilita en gran manera la terapia.

Aquellos jugadores que carecen de familia cercana, tienen mayor dificultad para abandonar su adicción que los que tienen una familia implicada, afectada por el problema, pero dispuesta a ayudar a conseguir la rehabilitación plena de aquél a quien quieren.

Otra ayuda importante es la referida al control del dinero. Una de las primeras orientaciones terapéuticas es la de que el control del dinero recaiga sobre la familia. Se suele aconsejar que el/la jugador/a no disponga de cantidad alguna de dinero durante un período más o menos largo de tiempo; se pone la cuenta corriente a nombre de los dos de forma que sea imposible que el/la jugador/a saque dinero sin autorización del otro titular. En caso de imposibilidad por razones laborales, la familia debe llevar un control absoluto del/la jugador/a, pidiéndole cada día cuenta de los gastos, exigiéndole justificantes de ellos siempre que sea posible.

Al cabo de un tiempo sin jugar, cuando las relaciones afectivas en el seno de la familia comienzan a normalizarse, empieza a hacerse más duro para el/la jugador/a este control. Aún recuerda las estrategias que manejaba para conseguir dinero cuando estaba jugando, e intentará obtenerlo de alguna manera, aunque su intención no se la de jugárselo. La familia, antes de tomar ninguna decisión, debe consultar al terapeuta o al grupo.

Especial cuidado deben poner los familiares de empleados autónomos, cuyos ingresos, a veces diarios, son difícilmente controlables. Nadie mejor que la familia para observar si cumple con las orientaciones y da cuenta sincera de sus ingresos y gastos. Será después de aprender algunas estrategias para el control del dinero, cuando se podrá decidir ir incrementando la cantidad de dinero que puede llevar encima.

Otra ayuda importante de la familia se refiere al pago de deudas. Uno de los errores más frecuentes cometidos por la familia del/la jugador/a es hacerse cargo de las deudas. Parte del proceso terapéutico consiste en enseñar al/la jugador/a a ser responsable de sus actos, a afrontar las consecuencias de los mismos, como parte imprescindible de su proceso de maduración. Por esto es importante que quede claro que nadie ni la familia va a hacerse cargo de sus deudas. Se puede establecer y negociar un plan de pago y de ahorro, pero siempre desde la base de que es el/la jugador/a quien debe ir pagándolas.

Otro importante papel es el referido al de las ideas irracionales. Si se descubriesen ideas irracionales causantes de ansiedad, que pudiesen estar en la base del mantenimiento de la adicción al juego, como muchas veces ocurre, la familia tendría un papel importante a la hora de discutirlos en casa, intentando cambiarlos por pensamientos racionales. Las ideas irracionales más frecuentes son del tipo: “ Soy incapaz de dejar de jugar “, “ no he tenido suerte hasta ahora, pero a las quinielas se puede ganar “, “ me quedo tranquilo cuando juego y por eso juego “, “ a mí las máquinas no me pueden “ y, sobre todo, la idea más resistente a cambiar es “ sólo seré una persona normal cuando sea capaz de jugar como lo hacen las personas no adictas “. Esta idea, al mantenerse, lleva al/la jugador/a a probarse; se acerca al jugar seguro de que ya ha superado su problema, y que se retirará cuando quiera. Al no conseguirlo, retrocede de nuevo en su proceso de rehabilitación, la idea irracional se mantiene y cuando aumente la ansiedad volverá a intentarlo, cayendo en multirrecaídas. Por eso es importante que la familia sea el recordatorio de los comentarios y las discusiones de estas ideas irracionales.

Y, por último, el/la jugador/a necesita llenar el espacio vacío que ha dejado el juego con actividades que sean también gratificantes. El juego exige mucha dedicación, bien para buscar la forma de conseguir dinero, bien para buscar excusas o inventar fábulas para ir saliendo del paso, o bien para jugar. El mundo del/la jugador/a ha sido el juego y fuera de él no sabe qué hacer con el tiempo que le sobra. Durante un tiempo, además, se le aconseja que evite el contacto con los lugares y personas relacionados con el juego.

La ayuda familiar en este punto va a resultar fundamental. El objetivo es que el/la jugador/a se sienta querido/a, hacerle ver que no está solo/a, que las relaciones familiares, poco a poco, pueden reestablecerse. Tratamos de que florezca el mundo personal de intereses y valores en presencia de la familia, buscar actividades que sirvan para satisfacer ese campo, para compartir entre todos momentos y actividades agradables, momentos que sirvan para satisfacer no sólo para llenar el tiempo del/la jugador/a, sino también, sin duda, para ir recuperando poco a poco un ambiente familiar más agradable y cercano.

c) Problemas familiares derivados del juego

El juego siempre afecta negativamente al ámbito familiar: continuas discusiones, desatención o falta de dedicación, problemas económicos, las mentiras o engaños...

En algunos casos, la familia aprovecha la indefensión del/la jugador/a que acaba de reconocer su problema para invertir los roles familiares, de forma que es el otro cónyuge y los hijos, los que han estado sufriendo los problemas, los que ahora intentan establecer relaciones dominantes sobre el/la jugador/a, ahora desprotegido.

En la mayor parte de los casos, es conveniente enseñar a la familia técnicas de enfrentamiento y resolución de problemas y habilidades de comunicación. De hecho, según los/as jugadores/as y sus familias, los dos aspectos más afectados por la conducta del juego patológico son la comunicación y la confianza de la familia.

Si existían buenas habilidades de comunicación entre la pareja antes del juego, los sentimientos afloran con mayor rapidez y la comunicación se reestablece más rápidamente que cuando las relaciones previas eran más distantes.

Existen una serie de habilidades de comunicación que se pueden entrenar y que indican qué intervenciones son estériles y cuáles son las que favorecen la interacción; p.e. hay que evitar caer en continuos reproches, en expresiones catastrofistas o negativas, es muy conveniente expresar sentimientos, admitir responsabilidades, no interrumpir al otro cuando habla, aunque no se esté de acuerdo...

La confianza es el aspecto que más tarda en reestablecerse. Por una parte han sido muchas las mentiras del/la jugador/a que fueron creídas en su momento y la familia no termina de convencerse de que sea precisamente ahora cuando está diciendo la verdad.

5.6.4. Intervención familiar

El papel que la familia desempeña a lo largo de la intervención resulta de gran importancia para motivar al/la jugador/a de cara al tratamiento, supervisar el cumplimiento de las tareas terapéuticas prescritas y reforzar los progresos alcanzados.

La familia, así como su entorno más inmediato, también se encuentran afectados por un problema que no pueden entender ni controlar. Por eso, para implicar a la familia en el proceso terapéutico, el elemento educativo es fundamental. Las personas implicadas deben saber en qué consiste el trastorno y cuáles son los mecanismos que explican su aparición y mantenimiento en cada caso particular. Cuando la familia ya tenga esta información, será importante alcanzar un acuerdo para formular el objetivo terapéutico que se persigue.

La intervención con la familia tiene el objetivo de facilitar y mantener el cambio conductual del/la jugador/a. Las conductas sobre las que se va a intervenir serán aquellas que resulten significativas para el mantenimiento del problema y siempre dependerán de cada caso particular. En general, la intervención se dirigirá a los siguientes aspectos:

1. Reforzar y apoyar los intentos del/la jugador/a para dejar de jugar y desarrollar conductas alternativas.
2. Potenciar las conductas de los familiares que faciliten el desarrollo de conductas alternativas al juego.
3. Identificar y suprimir los comportamientos de los miembros de la familia que pudieran estar propiciando la conducta de jugar.
4. Mejorar las normas familiares con respecto a temas como manejo de dinero...
5. Desarrollo de actividades conjuntas, nuevos temas de conversación y, en general, de relaciones familiares no centradas en el juego.
6. Desarrollo de nuevas formas de tomar decisiones y resolver problemas.
7. Entrenamiento como coterapeutas en la observación y transmisión de información objetiva y en el cumplimiento de las directrices dadas por el terapeuta para la aplicación de técnicas como el control estimular y la exposición con prevención de respuesta.

5.7. CONCLUSIONES

Una vez recogida la demanda que ha llegado a los diferentes centros y servicios asistenciales de Vitoria-Gasteiz y de Álava, el número de personas que han participado en un proceso de rehabilitación han sido 154. Ésta ha sido la muestra que se ha utilizado para el desarrollo de este Estudio sobre las características de los/as demandantes en Vitoria-Gasteiz y Álava.

En el estudio que ASAJER realizó en el año 2000 sobre la prevalencia del juego patológico en Álava, se concluyó que el número de jugadores/as problemáticos/as era de unos 1.674 (un 0.8% de la población). Si tenemos en cuenta las dos cifras mencionadas, 1.674 jugadores/as problemáticos/as y 154 personas que acuden a tratamiento, se observa **como es bastante reducido el número de afectados/as que acuden a los diferentes recursos asistenciales, que consideramos numerosos, e inician un proceso de rehabilitación.**

Por otro lado, se ha observado que **dicha población opta por recursos ofertados desde la sanidad pública o por colectivos como ASAJER (e incluso en algunos casos se combinan ámbos) antes que acudir a los gabinetes privados.** Esto nos lo demuestran las cifras. De los 42 centros privados que han colaborado, únicamente en 4 habían tratado a ludópata durante los años 2001-2002, 17 habían tenido casos en años anteriores pero no en el periodo requerido y 14 no habían tenido demanda alguna. Siete de los centros no abordaban esta problemática.

El perfil del /la jugador/a patológico/a alevés/a que acude a tratamiento no difiere mucho de otros perfiles descritos por otros estudios y análisis:

- Varón
- De entre 35 y 45 años
- Casado
- Con bachillerato superior y estudios universitarios
- Con un trabajo no cualificado: obrero o empleado
- El juego problema son las máquinas tragaperas
- Empieza a jugar entre los 18 y 29 años
- Lleva jugando entre 1 y 5 años
- Con antecedentes familiares de juego patológico
- Acude por iniciativa propia a iniciar un proceso de rehabilitación
- Viene acompañado por la familia
- Consumidor de alcohol y tabaco
- Con problemas de ansiedad y/o depresión
- Toma medicación, fundamentalmente ansiolíticos y antidepresivos.

Un punto a destacar sería el acceso de las mujeres a los diferentes recursos. **Durante los años 2001 y 2002, el número de mujeres que han iniciado un proceso de rehabilitación es de 12 (un 7.51%). Ninguno de los casos se ha recogido de la práctica privada.** Aún partiendo del hecho de que hay menos mujeres que hombres afectadas y hablando algunos autores de que aproximadamente un tercio de la totalidad de los/as afectados/as son mujeres, la demanda es muy reducida. Si tenemos en cuenta los datos recogidos en el Estudio sobre la prevalencia realizado en el año 2000, 558 mujeres estarían afectadas en Álava por la problemática del juego patológico.

Si reducido es el número de hombres que acuden a tratamiento, más lo es el de las mujeres que lo hacen. ¿Qué ocurre para que esto sea así?

La soledad con la que la mujer se enfrenta a esta situación, el poco apoyo que se le ofrece, el silencio con el que en muchas ocasiones la vive, unido a la consideración tan negativa del problema en este colectivo, son algunos de los motivos que pueden explicar la situación. La unión de lo indicado con otros factores no conocidos hace que se retrase mucho el acceso de la mujer a los diferentes recursos y cuando lo hace, llega en un estado mucho más deteriorado que en el caso de los hombres.

Es por todo ello que sería necesario el desarrollo de medidas que permitieran un mayor acercamiento a la mujer jugadora con problemas buscando el acceso de las mismas a los diferentes recursos de tratamiento lo antes posible.

Otro de los puntos importantes hace referencia a la familia y su implicación y acompañamiento en el proceso de rehabilitación del/la afectado/a. Podríamos destacar **la iniciativa, en algunos casos y sobre todo si el afectado es varón, a la hora de acudir a algún recurso. Pero junto a ello estaría la poca implicación que la misma muestra en el proceso de rehabilitación.** Valoramos que la familia tiene muchas dificultades para entender que ella también es parte del problema y que ha de iniciar su propio proceso de recuperación conjuntamente a la del/la afectado/a.

Una de las maneras de acceso de los/as afectados/as a los diferentes recursos que ofertan tratamiento, y sobre todo en la red pública, es la derivación. En el caso de la sanidad pública, algunos/as afectados/as son derivados por diferentes profesionales de los centros de salud y en el de ASAJER han sido los/as profesionales del Servicio de Alcoholismo y Ludopatía los que han derivado a algunas personas. Lo que sorprende es la nula derivación que se produce desde los servicios sociales. No podemos determinar el motivo o motivos de esta situación pero sí que sería interesante conocer y valorar la misma.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se podrían plantear las siguientes propuestas:

1. Analizar el número de personas afectadas y familiares implicados que se ponen en contacto con los diferentes recursos y compararlo con el de aquellas personas que han iniciado un tratamiento. Esto permitiría contabilizar un mayor número de casos de personas afectadas. También sería interesante ver de quién procede esa primera demanda y para quién porque se podría valorar si la llegada a los diferentes recursos también está mediatizada por quien hace la misma.
2. Es necesaria la concienciación de los/as jugadores/as problema y patológicos/as, indicándoles que cuanto antes se inicie un proceso de recuperación es posible que el grado de deterioro al que se llegue sea menor o menos grave. Para ellos se podrían poner en marcha campañas dirigidas a esta población concreta utilizando recursos como los que ofrecen la radio y la televisión (cuñas radiofónicas, anuncios,...).
3. Valorar más claramente cuál es la situación de la mujer afectadas y realizar campañas específicas dirigidas a este colectivo.
4. Ayudar a la familia de los/as afectados/as a entender qué es el juego patológico y cuál es su papel dentro del proceso de recuperación del/la mismo/a. Para ello sería interesante el desarrollo de materiales específicos dirigidos a ellos/as en los que no sólo se aclare cuál ha de ser su comportamiento y su actitud ante el/la afectado/a sino como esta problemática le afecta y cuál ha de ser su propio proceso de recuperación.
5. Dar a los servicios sociales de base recursos que les permitan reconocer, o en su caso, poder detectar ante una situación “sospechosa”, una problemática con el juego de azar. Para ello sería necesario que tuvieran mayor información sobre el juego patológico, sus síntomas y consecuencias y ofrecerles el recurso de un cuestionario breve que, de una forma sencilla, les permitiera detectar la posibilidad de un problema con el juego de azar. Es importante destacar que, en muchas ocasiones, un problema de juego está oculto tras síntomas depresivos o de ansiedad, al igual que de problemas familiares o de pareja.
6. Otros estudios a realizar:
 - a. Profundizar más en las características de los/as familiares de los/as jugadores/as patológicos/as. Son pocos los datos que se conocen y pocos los estudios que recogen cómo afecta esta problemática a los/as diferentes componentes de la familia y a otras personas del entorno inmediato como los/as novios/as de los/as mismos/as.
 - b. Desarrollar un cuestionario que nos permitiera a los diferentes recursos recoger las demandas de información y orientación por parte de personas afectadas y de sus familias y entorno cercano y compararlo con el número de afectados/as que se comprometen en un proceso de rehabilitación.

5.8. EL TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO EN VITORIA-GASTEIZ: RECURSOS PÚBLICOS Y PRIVADOS

Álava cuenta con una amplia oferta de recursos de tratamiento de la Ludopatía.

Respecto a la oferta terapéutica, la corriente más utilizada es la cognitivo-conductual seguida de la sistémica, las cuales en algunos casos se combinan. Asimismo prevalece la terapia individual sobre la grupal. Únicamente ASAJER ofrece esta última oferta. El uso de fármacos en el tratamiento de la Ludopatía es una modalidad únicamente ofertada por la sanidad pública (Osakidetza) a través del Servicio de Alcoholismo y Ludopatía.

Algunos recursos dan gran importancia al trabajo familiar respecto al tratamiento de la ludopatía, ofertando no sólo terapia individual sino también terapia familiar y de pareja, lo cual valoramos como muy acertado teniendo en cuenta cómo afecta la ludopatía a todo el entorno del jugador.

A continuación, presentamos un listado de los diferentes recursos existentes en Álava. En dicho listado, hemos incorporado únicamente los recursos que abordan la ludopatía y que nos han especificado las características del tratamiento que ofertan.

5.8.1. Listado de Centros de Tratamiento en Vitoria-Gasteiz y en Álava

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

ASAJER (Asociación Alavesa de Jugadores en Rehabilitación)

- Nombre del/la titular:

**IDOIA AXPE ORMAECHEA
ANA M^a HERREZUELO ORTE**

- Tipo de Centro:

ASOCIACIÓN. PRIVADO SIN ÁNIMO DE LUCRO

- Dirección:

C/ General Álava, 25-1^a drch.

- Teléfono:

945-140468

- Correo Electrónico:

aajr@euskalnet.es

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

13 AÑOS

- Características del tratamiento:

**CORRIENTE COGNITIVO-CONDUCTUAL Y SISTÉMICA.
GRUPOS DE APOYO PARA AFECTADOS/AS. REUNIONES MENSUALES PARA
FAMILIARES. SEGUIMIENTOS MENSUALES INDIVIDUALES PARA
AFECTADOS/AS Y/O FAMILIA.**

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

SERVICIO DE ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA (OSAKIDETZA)

- Nombre del/la titular:

**CARLOS CASO
VÍCTOR PUENTE**

- Tipo de Centro:

PÚBLICO

- Dirección:

C/ Angulema, 1.

- Teléfono:

945-120636

- Correo Electrónico:

csmalcohol@scc.osakidetza.net

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

8 AÑOS

- Características del tratamiento:

TRATAMIENTO CONDUCTUAL: Control estimular, prevención de recaídas, exposición en vivo.

TERAPIA SISTÉMICA. TERAPIA FARMACOLÓGICA

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta
ABAD Y COLÁS GABINETE PSICOTERAPÉUTICO, D.C.
- Nombre del/la titular:
ROBERTO ABAD
- Tipo de Centro:
PRIVADO
- Dirección:
C/ Portal del Rey, 6-1º B.
- Teléfono:
945-270289
- Correo Electrónico:

- Población:
VITORIA-GASTEIZ
- Tiempo que lleva funcionando el centro:
4 AÑOS
- Características del tratamiento:
CORRIENTE SISTÉMICA. TERAPIA INDIVIDUAL.

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

CENTRO MÉDICO-PSICOLÓGICO "FLORIDA"

- Nombre del/la titular:

BELÉN LATATU ANGULO

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ San Antonio, 15. Oficina 3ºB.

- Teléfono:

945-233737

- Correo Electrónico:

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

6 AÑOS

- Características del tratamiento:

CORRIENTE COGNITIVO-CONDUCTUAL: Cambios de hábitos, pensamientos,...

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

JOSE RAMÓN ELIZONDO LARREINA

- Nombre del/la titular:

JOSE RAMÓN ELIZONDO LARREINA

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ General Álava, 20-4º drch. Oficina 13.

- Teléfono:

945-138795

- Correo Electrónico:

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

5 AÑOS

- Características del tratamiento:

CORRIENTE COGNITIVO-CONDUCTUAL. TERAPIAS INDIVIDUALES, DE PAREJA Y FAMILIARES.

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

EDUARDO URCELAY

- Nombre del/la titular:

EDUARDO URCELAY

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

**POLICLÍNICA SAN JOSÉ
C/ Beato Tomás de Zumárraga, 10.**

- Teléfono:

945-140900

- Correo Electrónico:

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

7 AÑOS

- Características del tratamiento:

TERAPIA DE PAREJA.

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

PSIKOBIDEA

- Nombre del/la titular:

**BLANCA CASADO
CHARO KORTABERRIA**

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ Florida nº 58- Bajo. Oficina 4

- Teléfono:

945-284051

- Correo Electrónico:

psikobidea@correo.cop.es

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

18 AÑOS

- Características del tratamiento:

**COGNITIVO-CONDUCTUAL: Exposición en vivo , Relajación,
Desensibilización...**

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

BIZIA

- Nombre del/la titular:

**ARANTXA INCHUSTA SARACIBAR
AMELIA FERNÁNDEZ**

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

Avda. Gasteiz nº 32- Oficina 5

- Teléfono:

945- 13 95 60

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

2 AÑOS y 4 MESES

- Características del tratamiento:

COGNITIVO- CONDUCTUAL

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

GABINETE DE PSICOLOGÍA BLANCA CORRAL

- Nombre del/la titular:

BLANCA CORRAL

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ Basoa nº 15

- Teléfono:

945- 22 50 65

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

9 AÑOS

- Características del tratamiento:

CORRIENTE CONDUCTUAL

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

GABINETE PSICOLÓGICO PUNTO CERO

- Nombre del/la titular:

FERNANDO CÁMARA LANDETA

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ San Francisco nº 1- 2º

- Teléfono:

945- 27 17 33

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

N. S.

- Características del tratamiento:

PSICOTERAPIA

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

CENTRO MÉDICO- PSICOLÓGICO VITORIA-GASTEIZ, S. L.

- Nombre del/la titular:

FERNANDO MOSQUERA ULLOA

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ Adriano VI nº 18- 1º Ida.

- Teléfono:

945- 13 88 52/ 945- 23 29 86

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

8 AÑOS

- Características del tratamiento:

COGNITIVO-CONDUCTUAL

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

ABENDAÑO CENTRO MÉDICO PSICOLÓGICO

- Nombre del/la titular:

**BEATRIZ MORENO ALVAREZ
ISABEL MARTÍNEZ DÍAZ DE ZUGAZUA**

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ Pintor Juan Angel Sáez nº 4 - 1º Ida.

- Teléfono:

945-230666

- Correo Electrónico:

**abendanopsico@terra.es
www.abendanopsicologia.com**

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

2 AÑOS

- Características del tratamiento:

COGNITIVO-CONDUCTUAL

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta
ELKARBIDE PSICOTERAPIA
- Nombre del/la titular:
FELICIA LAZKANO ZALDUNBIDE
- Tipo de Centro:
PRIVADO
- Dirección:
C/ Florida nº 58 - 1º . Oficina 2.
- Teléfono
945- 22 29 18
- Población:
VITORIA-GASTEIZ
- Tiempo que lleva funcionando el centro:
14 AÑOS
- Características del tratamiento:
CORRIENTE CONDUCTUAL

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

ESPERANZA GARCÍA OYARBIDE

- Nombre del/la titular:

ESPERANZA GARCÍA OYARBIDE

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

Avda. Gasteiz nº 90.

- Teléfono:

945- 22 77 63

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

10 AÑOS

- Características del tratamiento:

COGNITIVO-CONDUCTUAL Y SISTÉMICO

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

ARRATE GUIASOLA JAUREGI

- Nombre del/la titular:

ARRATE GUIASOLA JAUREGI

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ San Antonio nº 26- 3º .

- Teléfono:

945- 13 15 38

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

15 AÑOS

- Características del tratamiento:

CORRIENTE PSICOANALÍTICA

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

GRUPO COMA

- Nombre del/la titular:

**JESÚS OCASAR
MAMEN PESO**

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ Arka nº 11- 1er piso.

- Teléfono:

945- 13 98 02

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

2 AÑOS

- Características del tratamiento:

CORRIENTE SISTÉMICA

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

M^º DEL CARMEN ISASMENDI OCHOA DE ALAIZA

- Nombre del/la titular:

M^º DEL CARMEN ISASMENDI OCHOA DE ALAIZA

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ Francia nº 23- 2º Dcha.

- Teléfono:

945- 28 24 51

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

20 AÑOS

- Características del tratamiento:

CORRIENTE PSICOANALÍTICA

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

ISLADA

- Nombre del/la titular:

AITOR MARTINEZ DE GUEREÑU

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

Portal de Gamarra nº 1. Oficina 203.

- Teléfono:

945- 27 16 61

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

1 AÑO

- Características del tratamiento:

CORRIENTE COGNITIVO-CONDUCTUAL Y SISTÉMICA

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

CENTRO LANAIDE

- Nombre del/la titular:

MARIAN URRETXU

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

Avda. Gasteiz nº 38 - 1º Ida.

- Teléfono:

945- 14 92 25

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

9 MESES

- Características del tratamiento:

ABORDAJE FAMILIAR: SISTÉMICO Y ANÁLISIS TRANSGENERACIONAL

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

MIKEL ABAL

- Nombre del/la titular:

MIKEL ABAL

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ Arana nº 7. Oficina 6.

- Teléfono:

945- 27 60 99

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

15 AÑOS

- Características del tratamiento:

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

NAHIA PSICOTERAPIA

- Nombre del/la titular:

**ANA LARRIETA PASCUAL
ISAURA REGUEIRO**

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ Manuel Iradier nº 24 - 2º- Apto. 4.

- Teléfono:

945- 14 80 53

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

11 AÑOS

- Características del tratamiento:

TRABAJAN LAS CONSECUENCIAS DE ADICCIONES EN FAMILIARES, NO LA ADICCIÓN EN SÍ MISMA: CRISIS DE PAREJA, DEPRESIONES...

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

DRA.OKON MADRAZO

- Nombre del/la titular:

OKON MADRAZO

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

Policlínica San José. Consulta 18.

- Teléfono:

945- 14 09 00

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

7 AÑOS

- Características del tratamiento:

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL: TERAPIA INDIVIDUAL Y TERAPIA DE PAREJA.

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

M. PÉREZ ALONSO

- Nombre del/la titular:

MARÍA DEL MAR PÉREZ ALONSO

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ Pio XII nº 7- 7º Dcha.

- Teléfono:

945- 28 23 63

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

7 AÑOS

- Características del tratamiento:

CORRIENTE PSICOANALÍTICA.

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

C. E. PORTILLO MARTIN

- Nombre del/la titular:

CLARA EUGENIA PORTILLO MARTIN

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ Beato Tomás de Zumarraga nº 13.

- Teléfono:

945- 24 90 72

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

N.S.

- Características del tratamiento:

TERAPIA FAMILIAR. NO HAN TENIDO CASOS DE LUDOPATÍA.

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta
URKAR. CENTRO DE PSICOTERAPIA.
- Nombre del/la titular:
**XAVIER URKIZU
PILAR ARIAS**
- Tipo de Centro:
PRIVADO
- Dirección:
C/ Honduras nº 8.
- Teléfono:
945- 24 89 30
- Población:
VITORIA-GASTEIZ
- Tiempo que lleva funcionando el centro:
25 AÑOS.
- Características del tratamiento:
PSICOTERAPIA PROFUNDA.

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

ISABEL VARGAS Y JOSE RUIZ DE GAUNA.

- Nombre del/la titular:

**ISABEL VARGAS
JOSE RUIZ DE GAUNA**

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ Florida nº 17- 1º Dcha.

- Teléfono:

945- 13 15 42

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

12 AÑOS.

- Características del tratamiento:

**TRABAJAN LA LUDOPATÍA COMO SÍNTOMA.
CORRIENTE DINÁMICA-SISTÉMICA: TERAPIA INDIVIDUAL, FAMILIAR Y
DE PAREJA.**

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

PATXI DÍAZ , ELISA ARGUIJO

- Nombre del/la titular:

**PATXI DÍAZ
ELISA ARGUIJO**

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ General Alava nº 20- 3º Ida. Oficina 6.

- Teléfono:

945- 14 94 72

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

3 AÑOS.

- Características del tratamiento:

CORRIENTE PSICOANALÍTICA: TERAPIA INDIVIDUAL, FAMILIAR Y DE PAREJA.

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

MONTSERRAT IBÁÑEZ ALVAREZ

- Nombre del/la titular:

MONTSERRAT IBÁÑEZ ALVAREZ

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ Portal del Rey nº 8.

- Teléfono:

945- 28 03 98

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

20 AÑOS.

- Características del tratamiento:

UTILIZA TODO TIPO DE CLÍNICA.

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

F. URCANEGUI LACA

- Nombre del/la titular:

F. URCANEGUI LACA

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ Gorbea nº 29.

- Teléfono:

945- 22 04 24

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

20 AÑOS.

- Características del tratamiento:

CORRIENTE DINÁMICA- PSICOANALÍTICA.

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

GABINETE PSICOPEDAGÓGICO IZAR

- Nombre del/la titular:

JUDITH IBARROLA

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ Pio XII nº 1 - 1º C.

- Teléfono:

94- 672 63 19

- Población:

LLODIO (ALAVA)

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

11 AÑOS.

- Características del tratamiento:

ENFOQUE COGNITIVO- CONDUCTUAL.

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

EQUIPO PSICOTERAPÉUTICO LAUDIO (SOCIEDAD F.G.S ,S.C.)

- Nombre del/la titular:

ANA ISABEL GÓMEZ MATEO

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ Virgen del Carmen nº 31 .

- Teléfono:

94- 672 43 99

- Población:

LLODIO (ALAVA)

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

12 AÑOS.

- Características del tratamiento:

ENFOQUE COGNITIVO- CONDUCTUAL.

DATOS DEL CENTRO/ CONSULTA PRIVADA

- Nombre del centro/ consulta

GRUPO TRES PSICÓLOGOS

- Nombre del/la titular:

JAVIER EGURZEGI

- Tipo de Centro:

PRIVADO

- Dirección:

C/ Portal del Rey nº 3 - Oficina 11.

- Teléfono:

945- 26 81 17

- Población:

VITORIA-GASTEIZ

- Tiempo que lleva funcionando el centro:

3 AÑOS.

- Características del tratamiento:

ENFOQUE COGNITIVO- CONDUCTUAL COMBINADO CON HUMANISTA.

5.9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ochoa, E. y Labrador, F.J. (1994). "El juego patológico". Barcelona: Plaza & Janés.

Secades Villa, R. y Villa Canal, A. (1998). "El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia". Madrid: Pirámide.

ASAJER (2000). "Estudio sobre la prevalencia de la adicción al juego en Álava".

Ibáñez Cuadrado, A. Y Sáiz Ruiz, J. (2000). "La ludopatía: una "nueva" enfermedad". Barcelona: Masson.

J. de la Gándara, J., Fuertes, J.C. y Álvarez, M^a T. (2002). "Jugar perjudica seriamente la salud". Barcelona: Plaza & Janés.

Fernández-Alba, a. y Labrador, F.J. (2002). "Juego patológico". Editorial Síntesis.